ELTE Pedagógiai
és Pszichológiai Kar

Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.

Személyiség, egészség, egészségfejlesztés

SZERKESZTETTE
Demetrovics Zsolt – Urbán Róbert – Rigó Adrien – Oláh Attila

ELTE EÖTVÖS KIADÓ
EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM

AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA ELMÉLETE ÉS ALKALMAZÁSA I.
SZEMÉLYISÉG, EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Szerkesztette:
Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert,
Rigó Adrien, Oláh Attila

Klinikai és Egészségpszichológiai Szakkönyvtár

Sorozatszerkesztők: Demetrovics Zsolt és Urbán Róbert

AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA ELMÉLETE ÉS ALKALMAZÁSA I.

SZEMÉLYISÉG, EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Szerkesztette:
Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert,
Rigó Adrien, Oláh Attila

Budapest, 2012

ELTE EÖTVÖS KIADÓ

© Szerzők, 2012

Lektorálta: Dr. Buda Béla

I. kötet:
ISBN 978 963 312 107 8

I–II. kötet:
ISBN 978 963 312 106 1 ö

ELTE EÖTVÖS KIADÓ www.eotvoskiado.hu

Felelős kiadó: az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar dékánja
Felelős szerkesztő: Pál Dániel Levente
Tördelőszerkesztő: Bornemissza Ádám
Borító: Váraljai Nóra
Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft.
Borítófotó: Europress Fotóügynökség / Thinkstock

TARTALOM

Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrien, Oláh Attila:
Előszó 7

I. A személyiség szerepe az egészségben

Rózsa Sándor:
Betegségre hajlamosító személyiségtényezők 13
Nagy Henriett és Oláh Attila:
A pozitív pszichológia hozzájárulása a megküzdés értelmezéséhez.
A személyiség protektív faktorai 45
V. Komlósi Annamária:
Az önbecsülés egészségpszichológiai nézőpontból 69
Berkes Tímea:
Az iszkémiás szívbetegségek pszichológiai háttere 95

II. Az egészségfejlesztés területei és célpontjai

Hevesi Krisztina és Urbán Róbert:
A fizikai aktivitás szerepe az egészségfejlesztésben 133
Czeglédi Edit:
A testsúlyszabályozás interdiszciplináris megközelítése 171
Tombor Ildikó és Urbán Róbert:
Várandós nőkkel végzett, a dohányzásról
leszokást támogató tanácsadás módszerei 217
Németh Zsófia és Demetrovics Zsolt:
A hozzáférhetőség szerepe az alkoholhasználat
és következményeinek megelőzésében 239
Gábor Edina, Kiss Judit, Gazsó József, Lőrik Eszter,
Fekete Krisztina, Köteles Gábor és Taller Ágnes:
A munkahelyi egészségfejlesztés keretei 259
Nagybányai Nagy Olivér:
A coaching szerepe a munkahelyi egészségfejlesztésben 295
Dúll Andrea:
Környezet–pszichológia–egészség 337

ELŐSZÓ

Az egészségpszichológia a pszichológia elméleti, gyakorlati ismereteinek és módszertanának alkalmazása (1) az egészség fejlesztésében és fenntartásában; (2) a betegségek megelőzésében és kezelésében; (3) az egészség, betegség és a kapcsolódó működészavarok okainak és veszélyeztető tényezőinek azonosításában és végül (4) az egészségügy és az egészségpolitika elemzésében és fejlesztésében (Matarazzo 1982[1]). Az egészségpszichológia fejlődésében két markánsan elkülönülő irányvonal figyelhető meg. A klinikai gyakorlatban az egészségpszichológia elsősorban a szomatikus vagy pszichoszomatikus egészségi problémák megelőzéséhez, felismeréséhez, kezeléséhez és rehabilitációjához járul hozzá; pszichológiai eszközökkel. A *klinikai egészségpszichológia* a szomatikus betegségek kezelésében természetes módon együttműködik a kezelést irányító orvossal vagy más egészségügyi szakszemélyzettel. Az egészségpszichológia ily módon jól elkülönül az elsődlegesen a mentális zavarok megelőzésére, felismerésére és pszichológiai módszerekkel való kezelésére fókuszáló klinikai pszichológiától.

Az egészségpszichológia másik markáns irányvonala a betegségek megelőzésével és az egészség, valamint jóllét fejlesztésével foglalkozik azoknál, akik még nem betegek, tehát nem kerülnek a klinikai munka látókörébe. Ez a *népegészségügyi (egészség) pszichológia* a pszichológiai ismeretek, modellek, intervenciós módszerek alkalmazása a népesség egészségének fejlesztésében. Ezen a területen az egészségpszichológia összefonódik más szakterületekkel, mint az epidemiológia, az antropológia, a szociológia, a pedagógia vagy a szociális munka. Az egészségpszichológia ezen irányvonalának alkalmazása olyan színterekhez kapcsolódik, mint az oktatási intézmények, a munkahelyek, a kisebb-nagyobb közösségek, továbbá érinthet egyént, családot és nagyobb társadalmi csoportokat egyaránt.

Az egészségpszichológia az elmúlt évtizedekben látványos módon vált a pszichológia új, önálló kutatási, tudományos és alkalmazási területévé. Részben a klinikai pszichológiából, részben az orvostudományból, az orvosi pszichológiából, a népegészségügyből

[1] Matarazzo, J. D. (1982): Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist,* 37. 1–14.

és más szakterületekből táplálkozva alakította ki kutatási paradigmáit, módszereit, eszközeit. A területet ma már számtalan nemzetközi folyóirat képviseli, s hazánk is az első pillanattól bekapcsolódott e tudományág művelésébe, fejlesztésébe; nem véletlen, hogy ma már az ország több egyetemén folynak nemzetközi elismertségű egészségpszichológiai kutatások, s a pszichológusoktatásban jelentős teret kap az egészségpszichológiai ismeretek átadása.

Az egészségpszichológiának éppen ez a kettős – klinikai és népegészségügyi – jellege magyarázza a terület dinamikus fejlődését. Az egészségpszichológia ilyen gyors fejlődése és a változó kihívások megkívánják a naprakész tájékozódást a szakemberektől. Jelen kötet bevezetőként szolgál egy hosszabb könyvfolyamhoz, amelyben a gyakorló és a kutató szakemberek számára gyors áttekintést nyújtunk az egészségpszichológia egyes kérdéseiből. Jelen válogatást az ELTE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékén, valamint a Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszéken dolgozó oktatók, kutatók és doktoranduszok összefoglaló, áttekintő munkáiból állítottuk össze. Ennélfogva, bár ez a kötet nem képezheti le a hazai egészségpszichológiai kutatás széles és igen színes horizontját, ugyanakkor a fejezetek beválasztásával egyes témákról akár hiánypótló összefoglalót tud nyújtani az olvasónak.

A kötet első nagy egysége négy tanulmányt fog át, amelyek mindegyike a személyiség viszonylag állandó sajátosságai és az egészség/betegség kapcsolatát vizsgálja más-más aspektusból. *Rózsa Sándor* elsősorban a személyiségjellemzőkre mint rizikófaktorokra tekint, *Nagy Henriett és Oláh Attila* pedig a pozitív pszichológia nézőpontjából a személyiség protektív potenciáljaira teszi a hangsúlyt. A rizikó és a protektív tényezők ismerete egyaránt kritikus a személyiség és egészség kapcsolatának vizsgálatában. *V. Komlósi Annamária* az egyik leggyakrabban vizsgált jellemző, az önbecsülés és az egészség kapcsolatára vonatkozó kutatásokat integrál egy fejezetben. Az önbecsülés vizsgálata óhatatlanul behozza a társas kontextust a személyiség működése és az egészség összefüggéseinek vizsgálatába. Végül *Berkes Tímea* az egyik leggyakoribb halálokként is számon tartott iszkémiás szívbetegséggel kapcsolatba hozott pszichológiai jellemzőket tekinti át. Az iszkémiás szívbetegség pszichológiai korrelátumainak és prediktorainak kutatása végigkíséri az egészségpszichológia fejlődését.

A kötet második egysége az egészségfejlesztés és a viselkedésváltozást elősegítő programok fókuszpontjaiból mutat be néhányat. A válogatás itt nem teljes, hiszen a téma további köteteket tölthetne meg. Így felvállaltan azokat a viselkedéseket érintjük, amelyek népegészségügyi jelentőségük okán kiemeltek. *Hevesi Krisztina és Urbán Róbert* fejezete a fizikai aktivitás, testedzés egészségpszichológiai aspektusaiba nyújt betekintést. A fejezet törekedett arra, hogy a téma tárgyalása során biopszichoszociális és környezeti aspektusokat egyaránt felmutasson. *Czeglédi Edit* a testsúlyszabályozás kérdését tárgyalja biopszichoszociális megközelítésben. Az elhízás népegészségügyi jelentősége kiemelt fontosságúvá teszi a témát. A fejezet bemutatja, hogy a sikeres egyéni és társadalmi testsúly-szabályozási programok alapvetően interdiszciplináris természetűek, sőt esetenként szükségessé teszik az interszektoriális együttműködéseket, amelyekben az

egészségpszichológusok facilitátori szerepet vállalhatnak. *Tombor Ildikó és Urbán Róbert* fejezete a dohányzás kiemelt témáján belül a várandós és a fiatal anyákkal végzett tanácsadó munka alapelveit mutatja be. Bár ez a fejezet elsősorban ezzel a kiemelten veszélyeztetett csoporttal foglalkozik, hasznos olvasmány lehet mindazoknak, akik dohányzó, még egészséges vagy már beteg embereknek kívánnak szakszerű támogatást nyújtani a leszokásban. Ebben az egységben található *Gábor Edina* és munkatársainak a fejezete is, amely a munkahelyi egészségfejlesztést mutatja be. Míg az előző fejezetek a viselkedésre fókuszáltak, addig ez a fejezet a hétköznapokban lezajló intervenciók egyik színterét, a munkahelyet vizsgálja. Ezt a fejezetet mintegy kiegészíti *Nagybányai Nagy Olivér* munkája, amelyben a munkahelyi színtéren végzett támogató, segítő intervenció, a coaching alapelveit mutatja be. Az egységet *Dúll Andrea* tanulmánya zárja, amelyben kísérletet tesz a környezetpszichológia és az egészségpszichológia közös területeinek a felvázolására. A fejezet egyik fontos tanulsága, hogy a gyógyításhoz, a mentális és a fizikai betegségek megelőzéséhez, a jóllét és egészség fejlesztéséhez fontos szempontokkal járulhat hozzá a környezeti és ökológiai szemlélet alkalmazása is.

A kötet hasznos olvasmány lehet egyrészt a pszichológusképzés minden szintjén, de haszonnal forgathatják mindazok, akik az egészségtudományok és az egészségfejlesztés terén tájékozódni kívánnak az egészségpszichológia számukra is érdekes fejleményeiről. Így ajánlhatjuk a kötetet pszichológusoknak, pedagógusoknak, egészségfejlesztő szakembereknek és főiskolai/egyetemi hallgatóknak egyaránt.

Budapest, 2012. március 24.

A Szerkesztők

I.

A SZEMÉLYISÉG SZEREPE AZ EGÉSZSÉGBEN

Rózsa Sándor

BETEGSÉGRE HAJLAMOSÍTÓ SZEMÉLYISÉGTÉNYEZŐK

BEVEZETÉS

A gondolatok, az érzelmek és a viselkedés stabil mintázatait már az orvostudományok kezdetétől fogva összefüggésbe hozzák a különböző testi megbetegedésekkel. Elsőként talán Hippokratészt érdemes kiemelni, aki a testet és a lelket egymástól különböző, ám egymással szoros összefüggésben állónak gondolta, s minden betegséget a négy alapvető temperamentumtípus által meghatározott, éltető testnedvek hibás keveredéséből származtatott (McMahon 1976).

Bár a személyiség és a testi megbetegedések kapcsolódásában számos eltérő megközelítés bontakozott ki (pl. a tudattalan tartalmak a pszichoanalitikus megközelítésben) az elmúlt évszázad során, ennek ellenére a test-lélek felfogás változatlan maradt (Smith–Gallo 2001). Az utóbbi évtizedek fiziológiai válaszokat elemző stresszkutatásainak eredményei azonban újabb megcáfolhatatlan bizonyítékul szolgáltak a személyiség és a megbetegedések közötti szoros összefüggés feltételezéséhez. E kutatási irányzatból emelhető ki a Friedman és Rosenman (1959) által leírt *A típusú személyiség*, amit a kutatási eredmények alapján egyértelműen a szív- és érrendszeri megbetegedésekre hajlamosító személyiségstruktúrának tekinthetünk.

A szerteágazó kutatási eredményeket figyelembe véve elmondható, hogy a személyiség és az egészség közötti kapcsolatrendszer meglehetősen komplex. Az elmúlt évtizedekben számos olyan elméleti modell született, amely e bonyolult kapcsolatrendszer átfogó magyarázatát kísérli meg (Cohen–Rodriguez 1995; Contrada–Coups 2002; Wiebe–Fortenberry 2006). Jelen tanulmány első részében a személyiség és a betegség kapcsolatát magyarázó modellek kerülnek bemutatásra, amit az egyes személyiségvonások és egyéb közvetítő tényezők részletes bemutatása követ.

A SZEMÉLYISÉG ÉS A BETEGSÉG KAPCSOLATÁT MAGYARÁZÓ MODELLEK

A stressz közvetítő szerepét és az egészségmagatartást hangsúlyozó modellek elsődlegesen abból a feltevésből indulnak ki, hogy a személyiségjellemzők a pszichofiziológiai mechanizmusokon keresztül fejtik ki hatásukat és biológiai közvetítéssel okoznak megbetegedést. A fiziológiai reaktivitás a *konstitucionális vulnerabilitásmodell*nek is fontos része, de ez a személyiségfejlődést és a betegség kialakulását egyaránt meghatározza, a személyiség és a betegség között azonban nem feltételez oksági kapcsolatot. Az *egészségmagatartás-modell* megközelítése szerint a személyiségjellemzők az egészségmagatartáson keresztül fejtik ki hatásukat, míg a *betegségmagatartás-modell* értelmében a betegség szubjektív tapasztalatai és az észlelt tünetekre adott viselkedéses válasz tekinthető közvetítő tényezőnek.

A stressz közvetítő szerepén alapuló modellek

A stressz közvetítő szerepét hangsúlyozó modellek abból az alapfeltevésből indulnak ki, hogy a személyiség és a betegség kapcsolatában a fiziológiai stresszválaszok meghatározó szerepet játszanak (Smith 2006). A kutatások eredményei meggyőző bizonyítékul szolgálnak arra, hogy a gyakran előforduló, intenzív és tartósan fennálló stresszhatások, a szimpatikus és neuroendokrin rendszerek – így például a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg tengely aktiválásával – a különböző betegségek kiváltó tényezőinek tekinthetők (Chrosus 1998; Cohen et al. 2000; Lovallo–Gerin 2003; Kulcsár és mtsai. 2004). A szív- és érrendszeri megbetegedéseket, ideértve a szívizominfarktust, magas vérnyomást, agyvérzést, leginkább a fokozott neuroendokrin (pl. katekolaminok, kortizol) és a szív-ér rendszeri stresszválaszokkal (pl. vérnyomásváltozás) hozzák kapcsolatba. Tartós stressz hatására a centrális és perifériás rendszerek az immunfunkciók zavarát is okozhatják, ami olyan problémákban juthat kifejeződésre, mint például a stresszindukált immunszupresszió vagy különféle krónikus gyulladások, amelyek arthritishez vagy daganatos megbetegedésekhez vezethetnek (Smith–Gallo 2001; Molnár 2010).

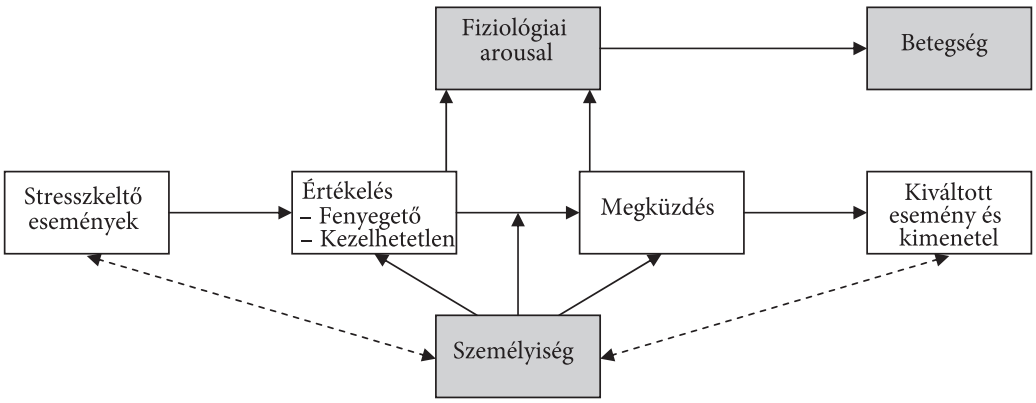
A személyiségjellemzők a stressz és a megküzdés folyamatában számos helyen befolyásolhatják a kiváltott stresszválasz intenzitását, a stresszindukált fiziológiai arousalt *(1. ábra)*. Egy adott környezeti eseményt a fenyegetettség szubjektív megítélésén és a rendelkezésre álló megküzdési kapacitásunkon keresztül értékelhetünk jelentősnek (Lazarus–Folkman 1984). Számos kutatási eredmény igazolta, hogy néhány személyiségjellemző jelentősen befolyásolhatja az aktuális életesemények jelentőségének és fenyegetettségének megítélését. Az érzelmileg instabil személyek már egy hétköznapi, semleges életeseményt is jelentős fenyegetettségként észlelhetnek, míg a szívós és kitartó személyek egy fokozottan stresszkeltő életeseményt is gyakran kihívásként

és megoldandó feladatként kezelnek (Gallagher 1990; Wiebe 1991). A személyiségjellemzők a stressz kezelésének mechanizmusát közvetlenül is befolyásolhatják. Az érzelmileg instabil személyek többnyire az elkerüléssel és az érzelmi fókuszú megküzdéssel jellemezhetők, míg a stabil és kiegyensúlyozott személyek inkább a pozitív átértékelést és az aktív problémafókuszú megküzdési módokat részesítik előnyben. Egy adott megküzdési módot nem tekinthetünk egyértelműen az esemény adaptív vagy maladaptív megoldásának, de a személyiségjellemzők jelentősen befolyásolhatják annak valószínűségét, hogy az egyén adaptív megküzdési stratégiát fog alkalmazni (Bolger–Zuckerman 1995; Park et al. 2004).

A kiindulási alapként felvázolt stresszközvetítő modell korlátját a személyiség statikus jellege adja, melyben a személyiségvonásokat a környezettől független, stabil válaszmintázatokkal jellemeztük. Ebből a modellből hiányzik a személyiség és a társas környezet dinamikus kölcsönhatását megjelenítő kapcsolatrendszer, amely a jelenleg elfogadott társas-kognitív és tranzakcionalista személyiségmodell központi eleme. Ennek fényében a személyiségjellemzők nemcsak a stresszkeltő életeseményekre adott válaszokat befolyásolják, hanem aktívan hozzájárulnak a különböző életesemények és társas kapcsolatok kialakulásához is. A stresszközvetítő modell tranzakcionalista értelmezése alapján az ellenségességgel jellemezhető egyén olyan társas környezetet teremt, amelyben az interperszonális stressz mértéke fokozott, a társas támogatottság mértéke pedig jelentősen beszűkül. Ezzel szemben a lelkiismeretes személy gondos tervezése, valamint proaktív megküzdési stratégiája csökkenti a stresszt és növeli a hatékony megküzdéshez szükséges forrásokat (Smith 1992; Friedman et al. 1993). Ezek a hatások azonban nemcsak az egészséget befolyásoló tényezők, hanem jelentős szerepet játszanak a személyiségjellemzők alakulásában és stabilizálódásában is.

Érdemes kiemelnünk Oláh Attila pszichológiai immunrendszer-koncepcióját, amely a személyiség immunkompetenciáját, stressztűrő képességét és megküzdési kapacitását biztosító rendszert 16 személyiségkomponens (pszichológiai antitest) integrált egységeként definiálja (Oláh 2004; 2006). A rendszert alkotó komponensek mérésére a Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőívet (PIK) dolgozta ki. A pszichológiai immunrendszer komponenseiként feltételezett konstruktumok az alábbiak: *pozitív gondolkodás*, *kontrollérzés*, *koherenciaérzés*, *öntisztelet*, *növekedésérzés*, *rugalmasság és kihíváskeresés*, *empátia és társas monitorozás*, *leleményesség*, *énhatékonyság-érzés*, *társas mobilizálás képessége*, *szociális alkotóképesség*, *szinkronképesség*, *kitartásképesség*, *impulzivitáskontroll*, *érzelmi kontroll*, *ingerlékenységgátlás*. A fenti mutatók mellett három ún. járulékos mutatót is képez, amelyeket a fenti konstruktumokon végzett faktoranalízis segítségével nyert: I. *Megközelítő és monitorozó rendszer*, II. *Mobilizáló, alkotó, végrehajtó rendszer*, III. *Önszabályozás*.

Az *1. ábrán* a Tranzakcionalista stresszközvetítő modell főbb elemei és kapcsolatrendszere látható. A szaggatott vonal bejelölése az interakcionalista stresszközvetítő alapmodell kiegészítését szolgálja (Wiebe–Fortenberry 2006).



1. ábra. Tranzakcionalista stresszközvetítő modell (Wiebe–Fortenberry 2006)

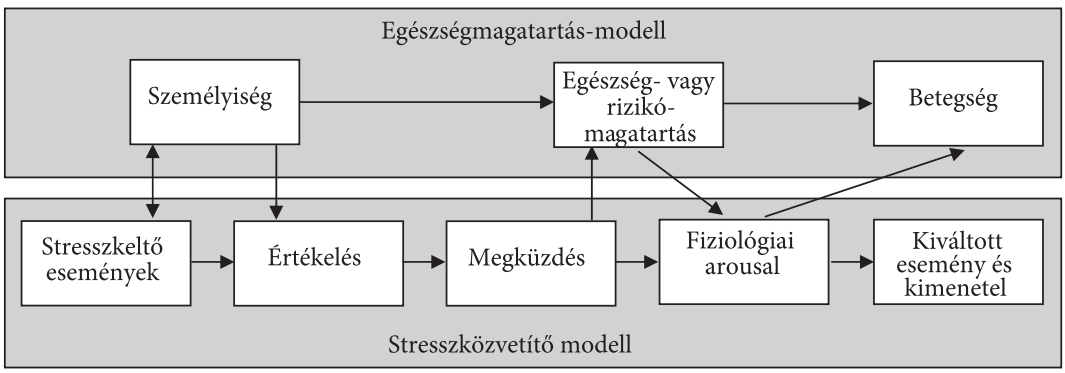
Egészségmagatartás-modell

Az előzőekben bemutatott stresszközvetítő tranzakcionalista modellben láthattuk, hogy a stressz fiziológiai komponense közvetítő szerepet töltött be a személyiség és a betegség között. A jelen fejezetben ismertetésre kerülő egészségmagatartás-modell alapján a személyiségvonások az egészséget megőrző vagy károsító magatartásformákon keresztül hatnak az egészségre, illetve a betegségek megjelenésére. A modellt olyan kutatási eredmények alapján állították fel, amelyek megbízható bizonyítékként szolgálnak arra, hogy bizonyos egészségkárosító magatartásformák (pl. dohányzás, mozgásszegény életmód, egészségtelen táplálkozás) különböző betegségek rizikótényezőjének tekinthetők (Blair et al. 1989). Mindezek mellett több empirikus eredmény is alátámasztja azt, hogy az olyan személyiségjellemzők, mint például a szívósság, az érzelmi instabilitás vagy az ellenségesség, befolyásolják annak valószínűségét, hogy egészségkárosító szokások jelenjenek meg (Wiebe–McCallum 1986; Costa–McCrae 1987; Siegler 1994; Smith et al. 2004).

A különböző személyiségjellemzők eltérő motivációs hátteret jelenthetnek az egészségkárosító magatartásoknál. Cooper és munkatársai (2000) 18–25 éves fiatalok reprezentatív mintáján azt találták, hogy az érzelmileg instabil személyeket és az extrovertáltakat egyaránt jellemzi a rizikómagatartás (pl. alkoholfogyasztás és veszélyes szexuális magatartás), de a két csoport érzelemszabályozási szükséglete eltér. Az érzelmileg instabil személyek főként negatív hangulatuk oldására választottak egészségkárosító magatartásformát, míg az extrovertáltak pozitív hangulatuk kiteljesítésére.

Az egészségmagatartás-modell több ponton is összekapcsolható a stresszközvetítő modellel *(2. ábra)*. Az egészséget befolyásoló olyan szokások, mint például a dohányzás vagy a rendszeres testmozgás, egyfajta megküzdési stratégiaként is felfoghatók. Mindezek mellett számos egészségkárosító szokás (pl. egészségtelen táplálkozás, az immun-

funkciókat csökkentő kevés alvás) fiziológiai változást is eredményezhet, csakúgy mint a stressz (Hall et al. 1998). Több kutatás arról is beszámol, hogy a dohányzás és a kávéfogyasztás fokozott stresszválaszt eredményez (MacDougall et al. 1988; Davis–Matthews 1990).



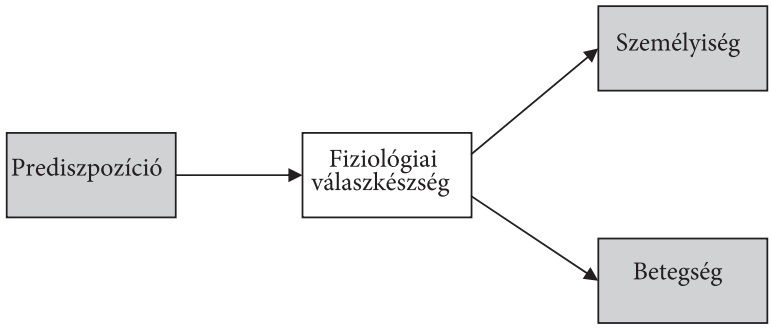
2. ábra. Egészségmagatartás-modell (Wiebe–Fortenberry 2006)

Konstitúciós vulnerabilitási modell

A konstitúciós vulnerabilitási modell alapfeltevése, hogy a személyiségjellemzők és a megbetegedések közötti statisztikai összefüggés egy harmadik tényezőnek, nevezetesen a korai biológiai válaszoknak köszönhető. Ilyenek például a genetikai tényezők, a prenatális és perinatális hatások vagy a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló szocializációs jellemzők. Az elméleti modell alátámasztására egyelőre kevés szisztematikus empirikus kutatás irányult, de fontos megemlíteni, hiszen az egészséggel kapcsolatos személyiségjellemzők részben öröklődőek (Plomin–Caspi 1999).

A *3. ábrá*n bemutatott modell alapján láthatjuk, hogy a fiziológiai reaktivitásunkat a szerzett adottságaink határozzák meg. A fiziológiai válaszkészségünk pedig befolyásolja a személyiség alapműködését (pl. érzelmi válaszok) és az egészségi problémákat egyaránt. A modell jól szemlélteti a statisztikában gyakran előforduló harmadik változó problémáját: a személyiségjellemzők és az egészségi állapot közötti látszólagos összefüggés csupán statisztikai műtermék, ami a két változót meghatározó közös biológiai háttértényező eredménye.

A modell érvényességét az A típusú személyiség és a szívizominfarktus, valamint az ellenségesség és a betegségmegjelenés között empirikusan igazolták (Krantz–Durel 1983; Williams 1994).



3. ábra. Konstitúciós vulnerabilitási modell (Wiebe–Fortenberry 2006)

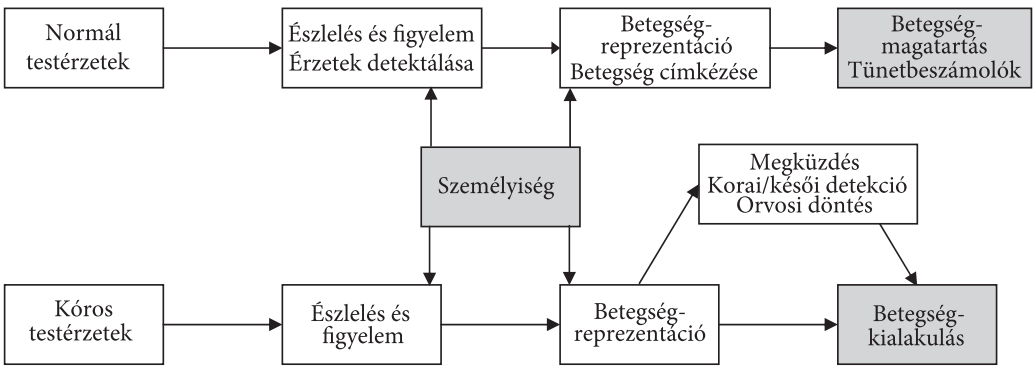
Betegségmagatartás-modell

Az előzőekben bemutatott modellektől eltérően a betegségmagatartás-modell azt sugallja, hogy a személyiségműködés közvetlenül nem befolyásolja a betegség kialakulását, de hatással van a testi egészség szubjektív észlelésére. A *4. ábrán* szereplő modell a normál és kóros testérzetek interpretációjának alakulását szemlélteti. A betegségmagatartás olyan tevékenységet jelöl, amit az egyén abban az esetben tesz, amikor azt gondolja, hogy beteg (pl. beszámol a tüneteiről, felkeresi orvosát, gyógyszert szed). Bár a betegségmagatartás kétségkívül összefüggésben van az aktuális egészségi állapottal, de ezt a kapcsolatot a testérzetek detekciójának és attribúciójának meglehetősen komplex pszichológiai mechanizmusa jelentősen befolyásolja (Cioffi 1991; Pennebaker 1982; Rózsa–Kő 2007; Rózsa 2009).

A *4. ábra* felső részén azokat a mechanizmusokat láthatjuk, amelyek segítségével a személyiség patofiziológiai elváltozások nélkül befolyásoló hatást fejthet ki a betegségmagatartásra. A testérzeteink folyamatosan jelen vannak és fluktuálnak. Ezek a jelzések fontos információkat szolgáltatnak egészségi állapotunkról. Az általános egészségi állapotban bekövetkező kisebb változásokra és a kellemetlenségekkel járó testi tünetekre eltérő módon reagálhatunk. A szokatlan és kellemetlen testérzeteket sokszor a betegség jelének tekintjük. A tünetek azonban nem feltétlenül biológiai jelzések, hanem egy komplex bio-pszicho-szociális folyamat eredményeinek tekinthetők, amelyben szociodemográfiai tényezők, személyiségjellemzők, érzelmek, elvárások és a betegséggel kapcsolatos feltevések egyaránt szerepet kapnak (Wenger 1993; Burman 1996; Kolk et al. 2003). Az ábrán a betegségmagatartás két legfontosabb befolyásoló tényezőjét láthatjuk, az észlelést és a figyelmet, valamint a betegségreprezentációt.

Láthatjuk, hogy a tünetpercepció meglehetősen komplex folyamat, melynek során a betegségek fontos jelzéseit gyakran figyelmen kívül hagyjuk, vagy éppen ellenkezőleg, nem betegségre utaló testérzetváltozást tévesen valamilyen betegség tünetének tulajdonítunk. Fontos megjegyeznünk, hogy a betegségmagatartás-modell nem más, mint egy önszabályozási folyamat.

A *4. ábra* alsó részén a betegség önszabályozási folyamatát látjuk, s ugyanazok a mechanizmusok jutnak főszerephez, mint azt az előbbiekben bemutattuk. Természetesen a folyamatszabályozás lefutása jelentős egyéni különbségeket adhat, pl. milyen hamar detektálunk egy betegséget, milyen reprezentációval rendelkezünk erről a betegségről, hogyan kezeljük.



4. ábra. Betegségmagatartás-modell (Wiebe–Fortenberry 2006)

A SZEMÉLYISÉG ÉS AZ EGÉSZSÉG KÖZVETÍTŐ TÉNYEZŐI

A személyiség és az egészség közvetítő tényezőinek átfogó tárgyalásánál érdemes tisztázni azokat a főbb tényezőket, amelyek a hatásokat közvetíthetik. Az alábbiakban látni fogjuk, hogy néhány személyiségjellemző főként a stressz mentén hozható kapcsolatba az egészséggel, míg más jellemzők az egészségmagatartáson keresztül. A szakirodalmi adatok fényében a legjelentősebb közvetítő mechanizmusoknak a szív- és érrendszert, az immunrendszert, a stresszt, a betegségreprezentációt és az egészségmagatartást tekintjük.

SZEMÉLYISÉGVONÁSOK MINT A TESTI MEGBETEGEDÉSEK RIZIKÓTÉNYEZŐI

A következőkben azokat az alapvető személyiségvonásokat ismertetjük, amelyeket a kutatási eredmények alapján összefüggésbe hozhatunk az egészséggel. Természetesen a személyiségvonások listája nem lehet teljes, de igyekeztünk azokat számba venni, melyek egészséggel való kapcsolatát meggyőző empirikus kutatási eredmények

támasztják alá. A bemutatások során a legfőbb kutatási eredmények mellett ismertetjük a feltételezett kapcsolódási mechanizmust, valamint a személyiségjellemző mérésére kidolgozott módszereket. A módszerek ismertetésénél külön figyelmet szentelünk a hazánkban elérhető mérőeszközöknek, ezzel is segítve a hazai szakembereket.

Még mielőtt a személyiségvonások bemutatására rátérnénk, az *1. táblázat*ban azokat a személyiségjellemzőket szemléltetjük, amelyeket konceptuálisan vagy kutatási eredmények alapján az egészségesség kulcsának vagy a testi megbetegedések fontos személyszintű kiváltóinak tekinthetünk. A személyiség és az egészség kapcsolódásának finomabb jellemzése érdekében a táblázat jelzi, hogy az adott személyiségjellemző milyen lehetséges mechanizmuson keresztül fejti ki hatását. Contrada és Guyll (2001) összefoglaló tanulmánya alapján a közvetítő tényezők közül hármat emelünk ki: *stressz*, *egészségmagatartás*, *betegségre adott reakció*.

1. táblázat. A személyiség mint a betegség rizikótényezője (Contrada–Guyll 2001 nyomán)

Személyiségjellemzők	Stressz	Egészség-magatartás	Betegségre adott reakció
Alexitímia	×	×	
Ártalomkerülés	×	×	
A típusú személyiség	×	×	×
Célorientáltság	×	×	×
Depresszió	×	×	×
Dühkontroll	×		
Ellenségesség	×		
Energia és aktivitás	×	×	×
Énhatékonyság	×	×	×
Érzelemfókuszú megküzdés	×	×	×
Érzelmi szupresszió	×		
Extraverzió	×	×	×
Feminitás/maszkulinitás	×	×	×
Hisztéria (MMPI)		×	
Humor	×		
Jutalomfüggőség		×	
Kontrollhely	×	×	
Kötődési stílus	×		
Lelkiismeretesség	×	×	
Mánia (MMPI)		×	
Monitorozás (fenyegető helyzetek)	×	×	
Negatív affektivitás	×		
Neuroticizmus		×	
Pesszimista magyarázó stílus	×	×	×

Optimizmus	×		
Pozitív affektivitás	×		
Problémafókuszú megküzdés	×	×	×
Szenzoros élménykeresés		×	
Szívósság	×		×
Tagadás	×	×	
Társas introverzió (MMPI)	×		
Újdonságkeresés		×	
Vonásszorongás	×	×	

A személyiség ötfaktoros modellje és az egészség

Az elmúlt két évtizedben egyre több empirikus bizonyítékot sorakoztattak fel a kutatók a személyiségvonás-struktúra ötfaktoros megoldása mellett. A személyiség jellemzésére szolgáló független dimenziók az ún. Big Five megközelítés alapján az alábbiak: *extraverzió*, *barátságosság*, *lelkiismeretesség*, *érzelmi instabilitás* és *nyitottság*.

A vizsgált személyiségjellemzők közül az egyik legátfogóbb és leggyakrabban kutatott dimenzió az ún. *negatív affektivitás*, amit többnyire a *neuroticizmus*sal vagy az *érzelmi instabilitás*sal rokon fogalomként írnak le (Watson–Clark 1984; CostaMcCrae 1987). A negatív affektivitás alapvető jellemzői az ingerlékenység, az érzelmi labilitás, a szorongás és az aggodalom. A fokozott negatív affektivitással jellemezhető személyek a különböző helyzetekben magasabb distresszt élnek át, elégedetlenebbek, negativisztikusak és nagyobb introspekcióval jellemezhetők, mint az alacsony vagy átlagos negatív affektivitással jellemezhető személyek (Pennebaker–Watson 1991).

Fontos megjegyezni, hogy a szakirodalmi eredmények egyértelműen alátámasztják azt, hogy a neuroticizmus sokkal inkább a betegség szubjektív érzetével jár együtt, mintsem az objektív mutatókkal. A különböző felmérések eredményeinek összefoglaló áttekintése szerint a negatív affektivitás szinte valamennyi testi tünet említésével együtt jár; a korrelációs mutatók 0,30 és 0,50 között mozognak. A magas és az alacsony negatív affektivitásértékkel jellemezhető csoportokba tartozók ellenben nem mutattak lényeges különbséget a tényleges egészségi állapot tekintetében (Watson–Pennebaker 1989).

Az egészségi állapot és a negatív affektivitás kapcsolatának feltárására irányuló kutatásokban az állapot és vonás jellegű negatív affektivitás megkülönböztetése hasznosnak bizonyult. A konstruktum vonás jellegű megközelítése a negatív affektivitást stabil diszpozíciónak tekinti, ami a személy affektív válaszait hónapokon, éveken vagy akár az egész életen át konzisztensen jellemzi. Ez az általános személyiségvonás nagyon gyakran alacsony önértékeléssel és rossz közösségi szellemmel, vonásszorongással, valamint pesszimizmussal társítható. Ezzel szemben az állapot jellegű negatív affektivitás olyan érzelmi válaszokat takar, amelyek időről időre jelentősen változhatnak (Cohen et al. 1995). Több kutatás valószínűsíti, hogy az állapot és a vonás jellegű negatív affektivitás

egymástól függetlenül is befolyásolja az egészségi állapottal kapcsolatos panaszok mértékét. A két konstruktum közötti együttjárás többnyire nem haladja meg a 0,5-nél magasabb korrelációt (Watson 1988; Parker et al. 1989; Smith et al. 1989; Cohen et al. 1995).

Légzőszervrendszeri megbetegedések vizsgálata során Cohen és munkatársai (1995) azt találták, hogy a gyakoribb testi panaszok a magas vonás jellegű negatív affektivitással rendelkező személyek esetében viszonylag függetlennek bizonyultak a tényleges betegségtől, ezzel szemben a magas állapot jellegű negatív affektivitást mutató személyek megnövekedett panaszai sokkal szorosabb kapcsolatot mutattak a betegséggel. A fentiek – összhangban más kutatási eredményekkel (Costa–McCrae 1985; Watson–Pennebaker 1989) – megerősítik, hogy a vonás jellegű negatív affektivitás olyan kognitív torzítással jár, ami számottevően befolyásolja a tünetbeszámoló mértékét. Mindezek azt a módszertani problémát is felvetik, hogy a magas vonás jellegű negatív affektivitást mutató személyek retrospektív módon történő önbeszámolói (a múltbeli betegségekről és a tünetekről) jelentős mértékű mérési hibát hordozhatnak.

Larsen (1992) 43 egyetemi hallgatóra kiterjedő, két hónapon keresztül tartó, közérzeti naplós kutatásában (napi három értékelés) arra kereste a választ, hogy a neuroticizmus a tünetekről hordozott információk kódolását vagy annak előhívását befolyásolja-e jelentősebben. Eredményei szerint a neuroticizmusskálán magas pontszámot elérők baljósabbnak és fenyegetőbbnek észlelik, illetve akként interpretálják testi tüneteiket (kódolás). Mindezek mellett az emlékezetből történő előhívás tovább súlyosbíthatja a múltbeli tünetekről és betegségekről történő beszámolókat. Az elemzésre kerülő négy tünetcsoport – depresszió, fájdalmak, gyomor- és bélrendszeri, illetve légzőszervrendszeri problémák – közül a fájdalomtól eltekintve mind a kódolás, mind az előhívás torzító hatása jelentős. A fájdalom esetében a kellemetlen tünetek felidézését nem befolyásolta számottevően a neuroticizmus mértéke. Összességében a depresszió, a gyomor- és bélrendszeri, valamint a légzőszervrendszeri problémákra utaló tünetek esetében a felidézés torzító hatása jelentős, s az utóbbi kettő esetében ez a torzítás nagyobb mértékű, mint a kódolásból származó pontatlanság.

A fentiek alapján láthatjuk, hogy a neuroticizmus fontos szerepet tölt be a stressz közvetítésében. Az érzelmileg instabil személyek fokozottan észlelt stresszt és interperszonális konfliktust élnek át. Esetükben gyakori az olyan érzelmi fókuszú megküzdés, mint az elkerülés vagy a tagadás. A neuroticizmus tehát összefüggésbe hozható a stresszre adott fokozott emocionális reaktivitással, amit minden bizonnyal az értékelési és a megküzdési módozatok közvetítenek (Watson–Pennebaker 1989; Rózsa 2009).

Az ötfaktoros személyiségmodell másik széles körben kutatott dimenziója a *lelkiismeretesség*, amely leginkább a pontossággal, az önfegyelemmel, a kötelességtudattal és a céltudatossággal jellemezhető. A jelenlegi kutatási eredmények alapján valószínűsíthető, hogy a lelkiismeretesség közvetlen kapcsolatban áll a társas környezettel (pl. munka, családi állapot) és az egészségmagatartással, ugyanakkor nincs direkt kapcsolatban a pszichofiziológiai mechanizmusokkal (Roberts–Bogg 2004; Roberts et al. 2003). A lelkiismeretességgel további más tényezők is együtt járnak, amelyek jelentős mértékben kedveznek a pozitív egészségi állapotnak: pl. szocioökonómiai státusz, stabil házasság, vallásosság (Judge et al.

1999; Cramer 1993; MacDonald 2000). Mindezek mellett a lelkiismeretesség negatív kapcsolatban van az olyan egészségkárosító magatartásformákkal, mint például a szerhasználat, egészségtelen táplálkozás, felelőtlen autóvezetés (Bogg–Roberts 2004).

Érdemes megemlítenünk az egyik legértékesebb prospektív nyomon követéses kutatás, a *Terman Life-Cycle Study* eredményét, amely szerint a magas lelkiismeretességpontszámmal jellemezhető személyeknek magasabb a várható élettartama, sokkal kisebb valószínűséggel halnak meg valamilyen sérülés következtében, illetve egészségmegőrző magatartásuk kedvezőbb, a lelkiismeretesség az egészséggel kapcsolatos szokások széles körére kiterjed (Friedman et al. 1993; 1995; Friedman 2000).

Az ötfaktoros modell további dimenzióinak egészséggel kapcsolatos összefüggéseiről egyelőre kevés kutatási eredménnyel rendelkezünk. A barátságosság dimenziót leginkább az egészségmegőrző magatartással hozzák kapcsolatba, a nyitottság esetében pedig általában a stresszt csökkentő hatást hangsúlyozzák, az extraverziónál inkább az egészségkárosító magatartásformák kerülnek előtérbe (Goodwin–Friedman 2006).

Ellenségesség, A típusú személyiség és düh

Az *ellenségesség* leggyakoribb jellemzői a gyanakvás, a sértődöttség, a gyakori düh, a cinizmus és a bizalmatlanság (Adler–Matthews 1994; Siegman 1994; lásd még jelen kötetben Berkes Tímea tanulmányát). Mivel az ellenségességet az A típusú személyiség egyik meghatározó komponensének tartják, így számos egészségpszichológiai kutatás irányult a hatásmechanizmus pontos feltárására. Az ellenségesség az ötfaktoros személyiségmodell terminusaiban leírva nem más, mint a magas neuroticizmus és az alacsony barátságosság kombinációja. Az ellenségesség a vonás jellegű düh konstruktumával is szoros összefüggésbe hozható, amely a szív- és érrendszeri megbetegedések fontos prediktora (Wiebe–Fortenberry 2006). A kutatási eredmények alapján a még tünetmentes magas vonás jellegű dühvel jellemezhető személyeknél a szívizominfarktus kockázata 50–75%-kal növekszik (Williams et al. 2000), az ellenségesség pedig az érelmeszesedés korai indikátora (Bleil et al. 2004). A szív- és érrendszeri megbetegedések során az ellenségesség erős előrejelzője az újra megjelenő szívizominfarktusnak és a szív- és érrendszerrel összefüggésbe hozható más halálozásnak (lásd még Berkes Tímea tanulmányát). A kutatási eredmények valószínűsítik, hogy az ellenségesség a szívkoszorúér-betegség kifejlődését és lefolyását is jelentősen meghatározza.

A kutatási eredmények a tranzakcionalista stresszközvetítő modell elméleti megközelítését támogatják, miszerint az ellenségességgel jellemezhető személy a környezetében élőkkel fokozott konfliktushelyzetbe kerül s ezekre a konfliktusokra gyakran és hosszan tartó fiziológiai reaktivitással válaszol. Az ellenségesség jelentősen befolyásolja a környezetet a társas konfliktusok és az alacsony társas támogatottság révén, valamint a helyzetekre adott fiziológiai reakciókat, ami egy fokozott pszichoszociális sebezhetőséget eredményez (Smith 2003).

Az ellenségesség és az egészségi állapot másik fontos közvetítő eleme az egészségmagatartás lehet. Az ellenségesség többnyire fokozott dohányzással és alkoholfogyasztással, valamint más egészségkárosító magatartásformákkal jár együtt (Lee et al. 1988; Weiss et al. 2005). Az egészségmagatartás-modell elméleti kerete tehát szintén hasznos oksági megközelítést kínál az ellenségesség és az egészség kapcsolatának értelmezéséhez.

Az A típusú személyiség az ellenségesség mellett a következő tulajdonságokkal jellemezhető: versengő, teljesítményorientált, türelmetlen, nem képes kikapcsolódni és pihenni, képes dühbe gurulni minden kis halogatástól és apróságtól. Az elmúlt évtizedek kutatási eredményei egyértelműen alátámasztották az A típusú személyiség és a szívkoszorúér-betegség kapcsolatát. A típusú személyeknél kétszer nagyobb a kockázata a szívkoszorúér-betegségnek, mint a B típusúaknál, akiket rendszerint az A típus ellentéteként definiálnak (Friedman 1996).

Az A típusú személyiség és a szív- és érrendszeri megbetegedések kapcsolatát néhány kutatás nem tudta igazolni, amit az A típusú személyiség többtényezős felépítésével magyaráztak (Barefoot et al. 1989). Feltehető, hogy az A típusú személyiségjegyek közül csak néhány hozható szoros kapcsolatba a szív- és érrendszeri megbetegedésekkel: pl. ellenségesség, dominancia.

Az A típusú személyiség és az egészség kapcsolatát leginkább a betegségmagatartás-modell alapján magyarázzák. Az A típusú személyek a szív- és érrendszeri problémák előjelző tüneteire kevéssé érzékenyek, nem fordítanak rá figyelmet, különösen akkor, ha a munkájuk nagy erőfeszítést igényel. Ugyanakkor a betegszerepet is elutasítják és gyakran még a betegségből való felépülés előtt munkába állnak (Alemagno et al. 1991). Ez a sajátosság sokkal inkább az A típusú személyiség versengő és teljesítményorientált aspektusával van kapcsolatban, mint az ellenségességgel.

Diszpozicionális optimizmus

A Carver és Scheier (1982) által kidolgozott konstruktum a viselkedéses önszabályozás fontos eleme. Az optimista életszemlélet a pozitív érzelmek fenntartásának és a célok elérésének alapvető tényezője. A generalizált pozitív és negatív elvárások jelentős mértékben befolyásolják a személy viselkedését és alkalmazkodóképességét. Kihívást jelentő helyzetben az optimista életszemlélettel jellemezhető egyén bizakodó lesz a kimenetellel kapcsolatban, így képes több energiát fektetni célja elérésébe, szemben a pesszimistával, aki nem bízik a célok elérésében.

A kutatási eredmények szerint a fokozott optimizmus a jobb szubjektív egészségi állapottal hozható összefüggésbe, valamint a testi tünetek száma és súlyossága is enyhébb az optimisták körében (Aspinwall–Taylor 1992; Wengler–Rosen 1995; Szondy 2006). Andersson (1996) harminc vizsgálatra kiterjedő, átfogó metaelemzése alapján azt találta, hogy a vonásoptimizmus és a tünetbeszámolók között viszonylag csekély, de konzisztens pozitív kapcsolat van: $r = 0{,}23$.

Az optimizmus és az objektív egészségi állapot kapcsolatának feltárására jóval kevesebb vizsgálat irányult, ezek eredményei azonban azt sugallják, hogy az optimizmus nemcsak a tünetbeszámolókkal hozható kapcsolatba, hanem olyan objektív egészségi mutatókkal is, mint például az immunfunkciók, a betegségből való felépülési idő vagy a mortalitás (Cohen et al. 1999; Mahler–Kulik 2000; Kohut et al. 2002; Szondy 2004).

Az optimizmus és az egészségi állapot közti kapcsolatot feltehetően több tényező is közvetíti. Az optimista személyek kevesebb stresszorral találkoznak, a stresszorokat reálisan észlelik, mindezek mellett aktív lépéseket tesznek leküzdésükre (Szondy 2008).

Fontos kiemelnünk, hogy az optimizmus és pesszimizmus testi egészséggel mutatott kapcsolata eltérő jellegű. A pesszimizmus lineáris kapcsolatot mutat a negatív egészségmutatókkal, vagyis minél pesszimistább egy adott személy, annál gyengébbek az egészségmutatói. Ezzel szemben az optimizmusnál feltehető, hogy a túl alacsony és a túl magas optimizmusszint is maladaptív lehet bizonyos körülmények között (Miliam et al. 2004; Szondy 2008).

C típusú személyiség

Néhány kutatási eredmény a daganatos megbetegedések és a személyiség között is talált kapcsolatot, bár ez korántsem olyan erősségű és meggyőző, mint az A típusú személyiség esetén (pl. Faraghar–Cooper 1990; Greer–Morris 1975; Temoshok–Dreher 1992). A rákra hajlamosító ún. C típusú személyiség (cancer-prone) legfontosabb viselkedéses jellemzői közül az együttműködést, konfliktuskerülést, a túlalkalmazkodást, a negatív érzelmek elfojtását és az autoritás elfogadását emelhetjük ki. Ezek a viselkedésmintázatok rendszerint a társas kapcsolatok beszűkülését jelentik; az ilyen személyek a stresszre többnyire depresszióval és tehetetlenségérzéssel reagálnak. A C típusú személyiség ellentéteként gyakran a nagy küzdőszellemmel (fighting spirit) jellemezhető viselkedést említik.

Greer és munkatársai (1979; 1990) 57 mellrákos nő megküzdési stratégiáit vizsgálták három hónappal a műtétet követően, majd öt, tíz és tizenöt éves utánkövetéssel. A küzdőszellemmel és tagadással jellemezhető csoport túlélési mutatói lényegesen felülmúlták a sztoikus elfogadó és reménytelenséggel reagáló csoportét (pl. tíz év múlva 55%, illetve 22%).

Gross (1989) 18 kutatás eredményeinek áttekintése alapján arra a következtetésre jutott, hogy az érzelemkifejezés vagy érzelmek kontrollja kapcsolatba hozható a daganatos megbetegedések megjelenésével és lefolyásával.

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy általánosan elfogadott az a nézet, miszerint a daganatos megbetegedések kialakulása soktényezős folyamat, a személyiség pedig csak bizonyos körülmények között (pl. nem, életkor), bizonyos daganattípusoknál, bizonyos stádiumokban s csak más oki tényezőkkel történő interakcióban tekinthető kockázati tényezőnek (Ranchor–Sanderman 2008).

D típusú személyiség

Az elmúlt évek során számos pszichológiai tényezőt hoztak kapcsolatba a kardiovaszkuláris morbiditással és mortalitással (Rozanski et al. 1999; összefoglalásként lásd Berkes tanulmányát a kötetben). A D típusú személyiségmegközelítés egy olyan konceptuális modell, amely a pszichológiai tényezőket és a szív-ér rendszeri betegségek kapcsolatrendszerét igyekszik megragadni.

Denollet és munkatársai (2001) megközelítése szerint a kardiovaszkuláris rizikót fokozó pszichológiai tényezők közös jellemzői a gyakori *negatív érzelmek* és a *szociális gátoltság*, melyek magas hétköznapi stressz-szintet eredményeznek. A fenti jellemzőket a szerzők a szív-ér rendszeri betegségekre pszichológiai okokból hajlamos személyek két fő központi vonásaként határozták meg. A már korábban bemutatásra kerülő negatív affektivitást főként az aggódás, az ingerlékenység és a lehangoltság jellemzi, míg a szociális gátoltságot leginkább a tartózkodás és a magabiztosság hiányával azonosítják.

Számos vizsgálat bizonyította a D típusú személyiség és a rosszabb prognózis kapcsolatát mind miokardiális infarktuson átesett, mind infarktuson még át nem esett koronáriabetegeknél. A D típusú személyiség négy-nyolcszorosára növeli a halálozást a szívinfarktus esetén (Denollet et al. 1995; 1996; 1998; 2000). A D típusú személyiséget a kardiovaszkuláris betegségek független rizikófaktorának és jó előrejelzőjének tekintik.

A D típusú személyiséget kiterjedten vizsgálják Európában. A vizsgálatára kifejlesztett kérdőívnek számos különböző hosszúságú változata van: 24, 16 és 14 tételes verziók (Habra et al. 2003; Denollet et al. 1998). A 14 tételes magyar változat pszichometriai mutatói jók, a mérőeszköz gyakorlati és kutatási alkalmazhatóságát dicsérik (Purebl és mtsai. 2006).

Viselkedésaktiváció: újdonságkeresés, impulzivitás és szenzoros élménykeresés

A személyiség ötfaktoros megközelítése mellett érdemes két további átfogó személyiségmodellt is megemlíteni, amelyeket gyakran alkalmaznak egészségpszichológiai kutatásokban: *Cloninger-féle pszichobiológiai személyiségmodell* és a *Zuckerman–Kuhlman-féle alternatív ötfaktoros modell*. Mindkét modellben létezik egy alapvető viselkedésaktivációt leíró temperamentumdimenzió. A Cloninger-féle modellben ezt *újdonságkeresés*nek, míg az alternatív ötfaktoros modellben *impulzív élménykeresés*nek nevezik a szerzők. Bár eltérő biológiai hátteret feltételeznek (dopamin és monoamino-oxidáz), ennek ellenére a két konstruktum szoros együttjárást mutat.

A cloningeri meghatározás értelmében az újdonságkeresés a viselkedés aktivációjának, kezdeményezésének olyan öröklött mintája, amely gyakori explorációs aktivitással jár együtt (Cloninger et al. 1993). Az új ingerekre vagy potenciális jutalomforrásokra adott válaszokban vagy a büntetés alóli felszabaduláskor izgalmi

állapot, jókedv, derültség figyelhető meg. További jellemzője az impulzív döntéshozás, a jutalom megközelítése és a frusztráció, a monotónia, a potenciális büntetés aktív elkerülése.

Az újdonságkeresés vagy az impulzív élménykeresés a balesetező hajlam mellett más egészségkárosító magatartásformákon (pl. szerhasználat) keresztül fejti ki hatását. Például a szenzoros élménykeresés együtt jár a magasabb mértékű alkoholfogyasztással (Hittner–Swickert 2006; Urbán és mtsai. 2008), a dohányzással (Urbán 2010), valamint más illegális szerhasználattal és rizikómagatartással (Roberti 2004; Palmgreen et al. 2007).

Az érzelmek és az egészség kapcsolódási pontjai

A fent ismertetésre kerülő személyiségjellemzők közül már többet is szoros kapcsolatba hoztunk az érzelmekkel és a stresszel. A fejezet további részében olyan konstruktumok kerülnek bemutatásra, amelyek szigorú értelemben véve nem feltétlenül tekinthetők stabil személyiségdiszpozícióknak. Függhetnek attól, hogyan operacionalizáljuk vagy milyen helyzetekben mérjük ezen a jellemzőket. Többségük a szubjektív egészségi állapoton vagy a fokozott tünetképzés komplex mechanizmusán keresztül fejti ki hatásukat.

Az alábbiakban a személyiség, az érzelmek és az egészség lehetséges közvetítő konstruktumai közül az *alexitímiát*, az *egészséggel kapcsolatos szorongás*t vagy *hipochondriát*, az *érzelmi szupressziót* és a *pesszimista magyarázó stílus*t tekintjük át.

Alexitímia: Az *alexitímia* fogalmát elsőként Nemiah és Sifneos (1970; Nemiah 1977) írták le, akik pszichoszomatikus betegségben szenvedőkkel végzett vizsgálódásaik során figyeltek fel arra, hogy pácienseik többsége érzelmeit nehezen tudja szavakba önteni, képzeletviláguk szegényes és hajlamosak a külső környezeti tényezők vég nélküli, részletes leírására anélkül, hogy belső élményeiket vagy érzelmeiket figyelembe vennék (Taylor et al. 2000; Rózsa 2009). A beszűkült érzelmi élettel jellemezhető alexitímia nem jelenti egyértelműen azt, hogy az ilyen problémával küszködő személyeknek nincsenek érzelmeik. Számos esetleírás megerősíti, hogy az alexitímiával jellemezhető személyeknek vannak érzelmei, amelyek olykor még el is áraszthatják őket, de ezek differenciálatlanok és diffúzak (Taylor 1984; Kökönyei 2008). Az alexitímiát tartós és konzisztens személyiségjellemzőként, azaz -vonásként definiálhatjuk (De Gucht 2003).

Az alexitímia etiológiájáról több neurobiológiai elképzelés is létezik, bár az empirikus vizsgálatok eredményei szerteágazóak. Klinikai és nem klinikai mintákon végzett kutatási eredmények szerint az alexitímia kapcsolatba hozható a két agyfélteke közötti szenzomotoros információk cseréjének deficitjével (Zeitlin et al. 1989; Parker et al. 1999). Lane és munkatársainak (1997) feltételezései szerint az alexitímia az érzelmi válaszok feldolgozásában fontos szerepet játszó anterior cinguláris kortex deficitjéhez kapcsolható.

Az alexitímia főként a stressz- és megküzdési kapacitáson, valamint a betegségmagatartáson keresztül hozható kapcsolatba az egészséggel. A mérésére a leggyakrabban az önjellemzésen alapuló, 20 tételes Toronto Alexitímia Skálát alkalmazzák, melynek segítségével az összpontszám mellett a további három alskála is alkalmazható: *1. az érzelmek azonosításának nehézsége*; *2. az érzelmek leírásának nehézsége*; *3. konkrét gondolkodás*. A kutatási eredmények szerint az első alskála az egészséggel kapcsolatos jellemzők rizikótényezője, míg a harmadik protektív tényező (Lumley et al. 1996; Cserjési és mtsai. 2007).

Hipochondriázis: A *hipochondriázis* meglehetősen korai klinikai koncepció, amely az egészséggel kapcsolatos szorongást és a testi tünetek miatti túlzott aggodalmat foglalja magába. A hipochondriázisban szenvedő személyek egyes testi tüneteiket (pl. heves szívdobogás, verejtékezés, köhögés) alaptalanul valamilyen súlyos betegség jeleiként értelmezik és túlzott figyelmet fordítanak a tünetek jelentésére és eredetére (Abramowitz et al. 2002). Az epidemiológiai felmérések a hipochondriázis élettartam-prevalenciáját 0,8–8,5% közé teszik (Barsky et al. 1990; Faravelli et al. 1997). Az egészségügyi alapellátásban megjelenő pácienseknek kb. 4–6%-a felel meg a hipochondriázis kritériumainak. A kutatási eredmények szerint a hipochondriázis nem mutat számottevő összefüggést a szociodemográfiai tényezőkkel (pl. családi állapot, szocioökonómiai státusz). A hipochondriázis legvalószínűbb megjelenése 20–30 éves kor közé tehető (Guggenheim 2000).

Napjainkra a hipochondriázis patofiziológiája és pszichológiai mechanizmusa jól feltárt terület. A legfőbb etiológiai tényezők közül általában az alábbiakat hangsúlyozzák: az amplifikációs stílust, kognitív tényezőket (pl. a bűntudat következtében kialakult elhárító mechanizmus vagy az agresszív és ellenséges vágyak testi panaszokba történő fordítása a represszió és az áttolás mechanizmusán keresztül), a betegszerepet (a szociális tanuláselméletből kiindulva), illetve a kórképet a pszichiátriai zavarok módosult változatának (pl. a szorongás és a depresszió variánsának) tekintik.

Az egészséggel kapcsolatos túlzott szorongás fenntartásának három faktorát: *fiziológiai, kognitív* és *viselkedéses tényezők*et különböztetnek meg (Abramowitz et al. 2002). A szorongásra adott normál stresszreakció következtében a szimpatikus arousal megnövekszik, amely a szervezet ún. „*támadj vagy menekülj*" néven ismert *fiziológiai* védekezőmechanizmusát szolgálja. A stresszreakciókkal társuló autonóm válaszokat a hipochondriázisban szenvedő személy tévesen a súlyos betegség egyértelmű jelének tekinti. Mindez egy tartós, nehezen kioltható önfenntartó kört eredményez. A zavart fenntartó *kognitív* tényezők közül a már korábban részletesen tárgyalt szelektív figyelmet (pl. a feltételezett betegséggel kapcsolatos információk gyűjtése), a testi tudatosságot és a bizonytalansággal szembeni intoleranciát (pl. a problémák folyamatos felülvizsgálata) emelhetjük ki. Ez utóbbi tényező átvezet a *viselkedéses* tényezőkhöz, mivel a hipochondriázisban szenvedő személy biztonságkereső magatartása specifikus viselkedéshez, a tévesen interpretált testi tünetek folyamatos önvizsgálatához vagy az orvosi segítség rendszeres igénybevételéhez vezet.

Érzelmi szupresszió: A kutatások meggyőző eredményeket sorakoztatnak fel annak bizonyítására, hogy az érzelmek gátlása a legkülönfélébb betegségekkel hozható összefüggésbe: pl. asztma, daganatos megbetegedések, krónikus fájdalomzavar, szív- és érrendszeri megbetegedések (Mauss–Gross 2004).

Az érzelmi szupresszión általában olyan szándékos és tudatos erőfeszítést értünk, melynek során próbáljuk legátolni negatív érzelmeinket, vagy ezek kifejeződését. Ez jól elkülöníthető a pszichoanalitikus elfojtástól, amit egy olyan énvédő mechanizmusnak tekintünk, melynek során a negatív érzelmek és az ezekhez társuló gondolatok a tudatból automatikusan kiürülnek. Sok olyan konstruktum létezik, amelyek az érzelmi szuppresszióhoz vagy az elfojtáshoz közel esőek: pl. a tagadás, az alexitímia vagy az érzelemkifejezés zavara.

Az érzelmek szuppressziójáról vagy szabad kifejeződéséről már több fenti konstruktum leírásánál is beszéltünk: pl. A, C vagy D típusú személyiség, düh kifejezése. Mauss és Gross (2004) átfogó tanulmányukban az érzelmek kifejeződését, valamint a szív- és érrendszeri betegségek kapcsolatát elemezték. A kutatási eredmények módszeres áttekintése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az érzelem kifejezése és a szuppressziója is szerepet játszhat a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásában. A laboratóriumi körülmények között végzett kutatások azt mutatják, hogy a negatív (pl. undor, szomorúság) vagy pozitív (meglepődés) érzelmek szuppressziója a szív-ér rendszer szimpatikus aktivációját eredményezi. Ez a hatás azonban csak rövid idejű. Feltehető, hogy pszichofiziológiai és pszichoszociális tényezők szerepet játszhatnak abban, hogy az érzelmi szupresszió akut hatása hosszú távon veszélyeztesse a szív-ér rendszer hatékony működését.

Peszimista magyarázó stílus: A pesszimista magyarázó stílus egy olyan oksági attribúció a viselkedés és ennek negatív kimenetele között, melynek során a negatív életeseményeket stabilnak, belsőnek és globálisnak tekintjük. Ezzel szembehelyezhető az optimista oksági attribúció, amely a negatív eseményeket külsőnek, instabilnak és speciálisnak tekinti. A magyarázó stílus a kognitív és tanulási sajátosságokon alapszik. A tanult tehetetlenség átfogalmazásának is tekinthető. Az értékelésére használt módszert Peterson és Seligman (1984) dolgozták ki, amikor a kontrollálatlan stresszre adott válaszok egyéni mintázódásait tanulmányozták. Az Attribúciós Stílus Kérdőív értékelése három szempont szerint történik: internális-externális, stabil-instabil, globális és speciális (Peterson–Seligman 1987).

A pesszimista magyarázó stílust a kutatási eredmények alapján a következő egészségmutatókkal kapcsolhatjuk össze: az egészségi állapot szubjektív értékelése, az egészségi állapot orvosi értékelése, a szívizominfarktus túlélési ideje és mellrák (Peterson 1988; Peterson et al. 1988; Buchanan 1995; Levy et al. 1988).

Tünetattribúció és betegségmagatartás: Az orvoshoz fordulás leggyakoribb okaként valamilyen testi betegségre utaló egészségügyi panaszainkat, tüneteinket jelöljük meg. A különböző testérzeteket az egyéni interpretációk alapján címkézhetjük testi

tüneteknek. Sokszor ugyanaz a testérzet (pl. verejtékezés) eltérő interpretációt eredményez. Egy adott tünetből, illetve a tünetek együtteséből, a betegséggel kapcsolatos előzetes tapasztalatainkból és a betegségről alkotott ismereteinkből következtetünk a betegségre. Az interpretációt olyan kognitív és perceptuális folyamatok határozzák meg, amelyek pszichológiai és társas hatásokat tükröznek (Pennebaker 1982; Cioffi 1991).

A tünetek és a betegség hátterében álló oki tényezők megítéléséhez, az oktulajdonításhoz vagy attribúcióhoz szükség van olyan betegségsémákra és kognitív struktúrákra, amelyek korábbi, a betegségekkel kapcsolatos tapasztalatainkon és elképzeléseinken alapulnak.

A kutatások alátámasztották, hogy érdemes megkülönböztetni a tünetattribúciót a betegségre vonatkozó oktulajdonítástól. A betegségattribúció többnyire nem a betegséglefolyás kezdeti stádiumaiban történik, hanem később, a tartós és súlyos tünetegyüttesek alapján felállított diagnózist követően, vagy a kezelés során. Ezzel szemben a szokványostól eltérő testérzetek és a diagnózist megelőző, bevezető tünetek értelmezése széles interpretációs tartományban mozog.

A pszichológiában az oktulajdonításnak két nagy típusát különböztetjük meg: *a)* a belső diszpozíciókon alapulókat és *b)* a helyzeti vagy külső környezeti tényezőkön nyugvókat. A Kelly-féle leszámítolási elvből (Kelly 1973) következik, hogy egy eseményt csak azokban az esetekben magyarázunk személyes jellemzőkkel, diszpozíciókkal, ha azt a külső környezeti tényezőktől függetlennek ítéljük. Ha a fenti elvet a testi tünetek attribúciójára alkalmazzuk, akkor azt kapjuk, hogy ha lehetőség nyílik rá, a testi tünetek megjelenési okainak inkább olyan helyzeti és környezeti tényezőket tulajdonítunk, mint például átmeneti kimerültség, túlterheltség, alváshiány, fokozott környezeti ingerlés (pl. hang, fény, hőmérséklet). Ha a helyzeti vagy környezeti tényezőkön alapuló oktulajdonítás nem kielégítő, akkor kerülhet sor olyan diszpozicionális tényezők számbavételére, mint például megbetegedés, fokozott aggodalmaskodás vagy testi gyengeség (Robbins–Kirmayer 1991).

Robbins és Kirmayer (1991) a tünetek attribúciójának három fő típusát különböztetik meg: *környezeti*, *testi* és *pszichológiai*. Elméletük alapján a környezeti vagy más néven normalizáló attribúciós stílus alapvető jellemzője az, hogy a különböző testérzetek megjelenésének okát elsődlegesen a helyzeti tényezőknek, külső környezeti hatásoknak vagy a test normál fiziológiai reakcióinak tulajdonítjuk: pl. azért fáj a fejem, mert rossz a szoba megvilágítása; azért szédülök, mert hirtelen álltam fel. Testi attribúciós stílusról akkor beszélünk, ha a testérzetek interpretálásának alapját a test működésének zavarai és megbetegedései jelentik: pl. azért fáj a fejem, mert az agyi vérkeringésem rossz. A pszichológiai attribúciós stílus esetében a testérzeteket olyan belső, pszichológiai állapotokkal értelmezik, mint amilyen a szorongás vagy a depresszió: pl. azért fáj a fejem, mert túlságosan levert vagyok. Alapvetően az attribúciós stílus határozza meg azt, hogy egy testérzetet szomatikus vagy pszichológiai tünetként élünk-e meg.

A fenti felosztásból láthatjuk, hogy a normalizáló attribúciós stílus a helyzeti és a környezeti tényezők oktulajdonítását foglalja magába, míg a testi és pszichológiai attribúciós

stílus diszpozicionális attribúciónak tekinthető. A testi és pszichológiai attribúciók közötti megkülönböztetés az orvosi gyakorlatban is megjelenik, mivel a diagnózisoknak két jól elkülönülő osztályát különböztetik meg: *organikus eredetű* és *funkcionális* megbetegedések. Az organikus eredetű megbetegedések (pl. daganatos megbetegedés, ízületi gyulladás) esetén valamilyen testi elváltozás következik be, míg a funkcionális problémák (pl. fejfájás, insomnia, kimerültség) hátterében többnyire pszichológiai konfliktusok és viselkedésjellemzők állnak (Schmelkin et al. 1988; Robbins–Kirmayer 1991). Az attribúciós stílus alapján megkülönböztetett személyek csoportját *normalizálók*nak, *szomatizálók*nak vagy *pszichologizálók*nak nevezzük.

Énképkomplexitás

Az emberek alapvetően különböznek életük eseményeire adott válaszaik szélsőségességében. Egyesek drámai érzelmi ingadozásokat élnek meg mindennapjaikban, míg mások számára kevésbé ismert ez a probléma. Linville (1985) feltételezése szerint e különbségekért részben a szelfreprezentációk szerkezete, közelebbről azok komplexitása felelős. Minél kevésbé komplex egy személy szelfjének kognitív reprezentációja, annál szélsőségesebb ingadozások lépnek fel az érzelmek és az önértékelés területén.

Az énkomplexitás-fogalom két tényező függvénye: az egyik azon aspektusok száma, amelyeket a személy a szelfről szóló tudásának kognitív szervezésére használ, a másik ezen aspektusok hasonlóságának foka. Az alacsonyabb énkomplexitással bírók nagyobb fokú hangulati és önértékelésbeli ingadozásokat éltek át sikert vagy kudarcot követően. A fizikai és a mentális egészség zavaraira (ideértve a depressziót is) mind a komoly stresszt okozó (pl. válás, közeli hozzátartozó halála, nyugdíjba menés), mind a mindennapi apró, ám felhalmozódó életesemények hatással vannak (lásd Dohrenwend–Dohrenwend 1978; Kanner–Coyne–Shaefer–Lazarus 1980; Silver–Wortman 1980). Az életesemények és a fizikai vagy mentális egészség közötti kapcsolat gyakran alacsony vagy közepes szintű, ami a stresszkeltő életeseményekkel szembeni egyéni variabilitásért felelős köztes változók jelenlétére enged következtetni. Linville kutatási eredményei alapján az énkomplexitás fontos moderáló tényező lehet.

További közvetítők

A fentiekben a személyiség és az egészség közötti kapcsolat főbb közvetítő konstruktumait szemléltettük. A sor korántsem lehet teljes, és a bemutatások során is láthattuk, hogy az egyes konstruktumok gyakran jelentősen átfedik egymást. Az *1. táblázat* szemléltetés gyanánt számos feltételezett és/vagy empirikusan legalább már részben igazolt közvetítőt tartalmaz. Ez a lista – az empirikus kutatási eredményeknek megfelelően – feltehetően folyamatosan bővül, illetve néhány jellemző hatásmechanizmusát vagy alkotó komponenseit

finomítják. A fenti bemutatások esetében különös figyelmet szenteltünk a stressznek, az egészségmagatartásnak és a betegségre adott reakcióknak, mást azonban kevéssé érintettünk. Kevéssé érintettük a személyiség olyan protektív, egészségfenntartó tényezőit, mint például a *kontrollképesség* (Averill 1973; Rothbaum et al. 1982), az *egészségkontrollhely* (Wallston et al. 1978), a *tanult leleményesség* (Rosenbaum 1980), a *szívósság* (Kobasa–Maddi 1984), a *koherenciaérzék* (Antonovsky 1979), az *élet értelme* (Rahe et al. 2000), az *éntudatosság* (Fenigstein et al. 1975) vagy az *énhatékonyság* (Bandura 1997). Ezek a jellemzők azonban valamennyire köthetőek a már fent tárgyalt, átfogóbb konstruktumokhoz, közvetítő tényezőkhöz. Ezeket a jellemzőket azonban azért érdemes megemlítenünk, mert e konstruktumoknak léteznek hazai adaptációi (vagy e fenti jellemzőket ötvöző, hazai fejlesztésű mérőmódszer, pl. a Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív; Oláh 2005), alkalmazhatóságukról nemcsak külföldi, hanem hazai tudományos cikkek is beszámolnak.

AZ EGÉSZSÉG ÉS A HOSSZÚ ÉLET TITKA A NYOMON KÖVETÉSES KUTATÁSOK TÜKRÉBEN

A személyiség és egészség kapcsolatának vizsgálatakor több esetben is láthattuk, hogy bizonyos személyiségjellemzők akut hatása mellett a hosszabb távú hatásmechanizmust nehéz bizonyítani (pl. érzelemszupresszió, valamint szív- és érrendszeri megbetegedések). A keresztmetszeti kutatási elrendezésű vizsgálatoknak óriási hátránya, hogy a hosszú távú hatás feltárására, a speciális ok-okozati kapcsolatok kimutatására, a személyiségfejlődési aspektusok figyelembevételére vagy az egyszeri felmérésből fakadó mérési hibák kiküszöbölésére nincs lehetőség. A dolgozat hátralévő fejezetében éppen ezért azokat a módszertanilag jól felépített, nyomon követéses kutatások eredményeit szemléltetjük, amelyek a személyiség és az egészség kapcsolódását, a hosszú élet titkát fürkészik. A könnyebb azonosíthatóság érdekében a vizsgálatok elnevezéseit meghagytuk az eredeti angol nyelven, ahogyan a tudományos közleményekben utalnak rájuk.

Terman Life-Cycle Study

A kaliforniai tehetséges gyerekekre kiterjedő prospektív nyomon követéses vizsgálat 1921-ben indult, 1 528 diák bevonásával. Az átlagosan 12 éves gyermekek intelligenciahányadosa a Stanford–Binet-intelligenciateszt alapján 135 vagy annál magasabb volt (Terman 1925; 1930; 1947; Terman–Oden 1959). Az 1986-os felmérés alapján 720 személy élt.

Az eredeti kutatási cél a tehetséges gyermekek fejlődésének tényszerű dokumentálása volt. Az ismételt felmérések során a legkülönfélébb mérőeszközök kerültek felvételre személyes interjú és önkitöltős kérdőíves formában. A vizsgált jellemzők között szerepelt az egészségi

állapot, a fizikai teljesítőképesség, az érzelmi fejlődés, a tanulmányi előmenetel, a szabadidős tevékenységek, a családi háttér, a társas kapcsolatok alakulása, a jövedelem, a foglalkoztatottság és a politikai beállítottság. Mivel 1972-ben az öregedés folyamatának feltárása speciális hangsúlyt kapott, így a kutatást az élettartamot végigkövetővé alakították.

A számos izgalmas kutatási eredmény közül témánk szempontjából az alábbiak emelhetők ki. A *lelkiismeretes* személyek sokkal kisebb valószínűséggel halnak meg valamilyen sérülés következtében, illetve egészségmegőrző magatartásuk kedvezőbb. A lelkiismeretesség az egészséggel kapcsolatos szokások széles körére kiterjed. A szociábilisabbnak ítélt személyek nem éltek hosszabb ideig. A szociábilisabbak nagyobb valószínűséggel nyúltak cigarettához és italhoz, ezt azonban a házasság, a párkapcsolati problémák és a válás alapvetően befolyásolta.

Friedman (2000) szerint a kapott kutatási eredmények a neuroticizmus és az egészségi állapot kapcsolatának újraértelmezését követelik. A szerző kétféle csoportot különböztet meg a neuroticizmus hatásmechanizmusa alapján. Az egyik csoport fő jellemzője, hogy a sorozatos kudarcok hatására pesszimistává, szorongóvá válik, az eddigiekben folytatott egészséges életmódot feladja, helyette valamilyen szer használójává válik, és elkerüli a segítséget jelentő társas támogatást. Mindez a fokozott frusztrácó érzésével társulva krónikus haragot, ingerlékenységet, depresszív állapotot, alacsony önértékelést és az élettel való elégedetlenséget vált ki. Látható, hogy ez a fejlődési irány az egészségmagatartás, a fiziológiai reakció vagy a társas környezet szempontjából egyértelműen negatív.

A másik fejlődési utat követők csoportjára a szerző Woody Allen példáját hozza, melynek során a neuroticizmus fokozott figyelmet és érzékenységet vált ki az egészségkárosító tényezőkre (pl. baktériumok). Ilyen esetekben a személy aktívan figyeli tüneteit, egészségi állapotát, az egészségi állapottal és a betegséggel kapcsolatos orvosi kutatások eredményeit, valamint jól együttműködő, ha valamilyen betegség kezeléséről van szó. Az ilyen neurotikusok általában teljesen egészségesek. Ugyanakkor Friedman azt is megjegyzi, hogy ez az egészség törékeny, amit a fokozott stressz könnyen kikezd. A Terman-féle kutatás adatai azt bizonyítják, hogy azok a neurotikusok, akik stabil családban nőttek fel, sokkal jobb túlélési statisztikával rendelkeznek, mint azok, akik családjában a veszekedések mindennaposak voltak vagy a szülők elváltak.

További meglepő kutatási eredmény, hogy az optimizmus és a humor az elvárásokkal ellentétben az élettartammal negatív kapcsolatban volt (Friedman et al. 1993).

Baltimore Longitudinal Study on Ageing

Az 1958-ban indult kutatás az öregedés normál és kóros folyamataira fókuszál. 1978-ig kizárólag csak férfiak voltak benne, de innentől nőket is bevontak. A vizsgálati minta több mint 1 400 olyan önkéntesből áll, akik életkora 20 és 90 év közötti. A vizsgálat kiváló lehetőséget biztosít az öregedés folyamatával kapcsolatos megbetegedések feltárására, lefolyásuk monitorozására.

A kutatás személyiséggel összefüggő főbb eredményei a következőképpen összegezhetőek. Körülbelül harmincéves korra a főbb személyiségjellemzők stabilizálódnak. Azok a személyek, akik vidámak és asszertívak harmincéves korukra, feltehetően nyolcvanéves korukban is ilyenek lesznek. Ez ellentmond annak a sztereotípiának, hogy az idősebb személyeket visszahúzódóbbnak, depressziósnak és merevnek hisszük (Costa et al. 1994). A fiziológiai jellemzőket tekintve a harminc-negyven év körüli korra tehető, hogy a szervezet kevesebb kalóriát éget, a magasság csökken és a folyamatos hallásromlás is megkezdődik.

Ugyancsak elfogadott az a nézet, hogy az idősek merevebbek, megfáradtak és elvesztették megküzdőkapacitásaikat. A kutatási eredmények azonban nem ezt mutatják. Az időseknek sokkalta több kihívással és fenyegető helyzettel kell szembenézniük (pl. betegségek, gyengülő fizikai teljesítőképesség), mint a fiataloknak. Érdemes azonban azt is megjegyezni, hogy ennek ellenére az idősek kevesebb stresszt élnek át. A fiatalok sokszor kevésbé hatékony megküzdési módokat használnak (pl. ellenséges reakcók, fantáziába menekülés). A megküzdési képességek életkori alakulását elemezve McCrae (1989) azt találta, hogy az idősebbek összességében hatékonyabban küzdenek meg, mint a fiatalabbak.

Érdekes módszertani eredmény, hogy a boldogságot jobban bejósolhatónak találták a személyes diszpozíciókból, mint az életeseményekből (Costa–McCrae 1996).

Australian Longitudinal Study of Ageing (ALSA)

A kutatás 1992 és 2004 között zajlott, összesen 1 500 idős ausztrál személy (65 évnél idősebb) bevonásával. A kutatás fő célkitűzése annak vizsgálata volt, hogy a társas kapcsolatok, a viselkedés, a gazdasági és egyéb környezeti feltételek, milyen kapcsolatba hozhatók az egészségi állapotban bekövetkező, életkortól függő változásokkal, valamint a jólléttel.

A társas támogatottsággal és a pozitív érzelmekkel kapcsolatos főbb eredmények szerint a gyermekekkel és a családtagokkal mutatott szoros kapcsolatok csekély hatással voltak az idősek élettartamára. Azok az idős személyek, akiknek kiterjedt és jó kapcsolataik voltak (pl. barátok, bizalmasok), túlélték azokat, akiknek ez a kapcsolati hálójuk nem volt ilyen jó. A kutatók hangsúlyozzák, hogy ezen eredmények nem feltétlenül jelentik azt, hogy a szoros családi kötelékeknek ne lenne hatása. Giles és munkatársai (2005) valószínűsítik, hogy az idős személyek barátai, a problémákat és az öregedés folyamatát megtapasztalva, sokkal inkább tudnak tanácsot (pl. leszokás a dohányzásról, orvosi kivizsgálásokkal kapcsolatos tapasztalatok), bátorítást adni, mint a problémákat kevésbé értő fiatalabb családtagok. A barátok a nehéz helyzetekben is hatékonyabb megoldásokhoz segíthetik az idős személyt, pozitív hatást gyakorolva ezzel a hangulatra és az önértékelésre.

Harvard Study of Adult Development

A kutatás az egyik leghosszabb időintervallumot, 68 évet felölelő nyomon követéses vizsgálat. A vizsgálati mintában két férfiakból álló csoport szerepel (268 diák a Harvardról és 456 a bostoni jogi egyetemről), akiket fiatalkoruktól kezdve követtek nyomon, vizsgálva az „egészséges" öregedés bejóslóit (Vaillant 1977). A kétévente történő felmérések során többek között az alapvető személyiségvonásokat, a társas tényezőket, családi kapcsolataik alakulását, tanulmányi előmenetelüket és a biológiai érés folyamatait monitorozták. Ötévenként részletes orvosi kivizsgáláson vettek részt.

A kutatási eredményekből a pozitív gondolkodás és az egészség összefüggéseit ragadnánk ki. Peterson és Bossio (1991) többek között azt elemezték, hogy a fizikailag egészséges és sikeres egyetemi hallgatók milyen okokkal magyarázták kritikus élethelyzeteiket. Az oktulajdonítás következő három dimenzióját különítették el: *1. általános érvényű*, illetve *egyszeri, esetleges*; *2. stabil*, illetve csak az *adott helyzetre* érvényes; *3. belső* és *külső*, a személy akaratától, törekvéseitől, személyiségvonásaitól függő, illetve attól független okokra vezették vissza. A szerzők az általános, stabil és belső oktulajdonítást tekintették *pesszimistá*nak, míg ezzel szemben az egyszeri, csak az adott helyzetre érvényes és a külső okkal érvelő oktulajdonítást *optimistá*nak. A fentiek alapján tehát az optimista szemlélettel jellemezhető egyén általában a következőképpen vélekedik kritikus élethelyzetéről: „*Bármi okozta is a kedvezőtlen eseményt, ez holnap már nem lesz érvényben.*" A kutatás fő eredménye, hogy a fiatalkorban meghatározott optimizmus és az évtizedekkel később felmért egészségi állapot között viszonylag szoros kapcsolat van ($r = 0{,}37$, $p<0{,}01$), ami erősebb, mint a dohányzás és a tüdőrák között mutatkozó együttjárás (Kulcsár 1998).

IRODALOMJEGYZÉK

Abramowitz, J. S. et al. (2002): A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings*, 77. 12. 1323–1330.

Adler, N. – Matthews, K. (1994): Healt Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45. 229–259.

Alemagno, S. A. et al. (1991): Health and illness behavior of Type A persons. *Journal of Occupational Medicine*, 33(8). 891–895.

Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being.* Jossey-Bass, San Francisco.

Aspinwall, L. G. – Taylor, S. E. (1992): Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63. 989–1003.

Averill, J. R. (1973): Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80. 286–303.

Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman, New York.

Barefoot, J. C. et al. (1989): Type A behavior and survival: a follow-up study of 1,467 patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 1. 64(8). 427–432.

Barsky, A. J. et al. (1990): The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatrical Epidemiology*, 25. 89–94.

Blair, S. N. et al. (1989): Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA,* 3. 262(17). 2395–2401.

Bleil, M. E. et al. (2004): Anger-related personality traits and carotid artery atherosclerosis in untreated hypertensive men. *Psychosomatic Medicine*, 66. 633–639.

Bogg, T. – Roberts, B. W. (2004): Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral constributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130. 6. 887–919.

Bolger, N. – Zuckerman, A. (1995): A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5). 890–902.

Buchanan, G. M. (1995): Explanatory style and coronary heart disease. In: Buchanan, G. M. – Seligman, M. E. P. (eds) (1995): *Explanatory style*. Erlbaum Associates.

Burman, M. (1996): Daily symptoms and responses in adults: A review. *Public Health Nursing*, 13(4). 294–301.

Carver, C. S. – Scheier, M. F. (1982): Control theory: Useful conceptual framework for personality – social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92. 111–135.

Chrousos, G. P. (1998): Stressors, stress and neuroendocrine integration of adaptive response: the 1997 Hans Selye Memorial Lecture. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 851. 311–335. Magyarul: Stresszorok, stressz és az adaptív válasz neuroendokrin integrációja: Selye János-emlékelőadás, 1997. In: Kulcsár Zs. és mtsai. (szerk.) (2004): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek*. Medicina, Budapest.

Cioffi, D. (1991): Beyond attentional strategies: A cognitiveperceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109. 25–41.

Cloninger, C. R. et al. (1993): A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50. 975–990.

Cohen, S. et al. (2000): The stability of and intercorrelations among cardiovascular, immune, endocrine, and psychological reactivity. *Annals of Behavioral Medicine*, 22. 1–10.

Cohen, S. et al. (1995): State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68. 1. 159–169.

Cohen, F. et al. (1999): Differential immune system changes with acute and persistent stress for optimists vs. pessimists. *Brain, Behavior and Immunity*, 13. 155–174.

Cohen, S. – Rodriguez, M. (1995): Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14. 374–380.

Contrada, R. J. – Coups, E. J. (2003): Personality and self-regulation in health and disease: Towards an integrative perpective. In: Cameron, L. D. – Leventhal, H. (eds): *The Self-regulation of health and illness behaviour.* Routledge, London. 66–94.

Contrada, R. J. – Guyll, M. (2001): On who gets sick and why: The role of personality and stress. In: Baum, A. et al. (eds): *Handbook of health psychology.* Erlbaum, Hillsdale, NJ. 139–172.

Cooper, M. L. et al. (2000): A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68. 1059–1088.

Costa, P. T. – McCrae, R. R. (1996): Mood and personality in adulthood. In: Malatesta-Magai – McFadden (eds): *Handbook of emotion, aging and the lifecourse.* Academic Press, Orlando, FL.

Costa, P. T. et al. (1994): Personality stability and its contribution to successful aging. *Journal of Geriatric Psychiatry,* 27. 41–59.

Costa, P. T. – McCrae, R. R. (1985): Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When a somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40. 19–28.

Costa, P. T. – McCrae, R. R. (1987): Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55. 299–316.

Cramer, D. (1993): Personality and marital dissolution. *Personality and Individual Differences*, 14. 605–607.

Cserjési R. és mtsai. (2007): A Torontói Alexitímia Skála (TAS-20) magyar változata: megbízhatósága és faktorvaliditása egyetemista mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62(3). 355–368.

Davis, M. D. – Matthews, K. A. (1990): Cigarette smoking and oral contraceptive use influence women's lipid, lipoprotein, and cardiovascular responses during stress. *Health Psychology*, 9. 717–736.

De Gucht, V. – Heiser, W. (2003): Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54. 5. 425–34.

Denollet, J. – Brutsaert, D. L. (1998): Personality, disease severity, and the risk of long term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 97(2). 167–173.

Denollet, J. et al. (1995): Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomtic Medicine*, 57(6). 582–591.

Denollet, J. et al. (1996): Personality as independent predictor of long term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347. 417–421.

Denollet, J. et al. (2000): Inadequate response to treatment in coronary heart disease. Adverse Effects of Type D Personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102(6). 630–635.

Faragher, E. B. – Cooper, C. L. (1990): Type A stress prone behavior and breast cancer. *Psychological Medicine*, 20. 663–670.

Faravelli, C. et al. (1997): Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatrical Epidemiology*, 32. 24–29.

Fenigstein, A. et al. (1975): Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43. 522–527.

Friedman, M. – Rosenman, R. H. (1959): Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169. 1286–1296.

Friedman, M. (1996): *Type A Behavior: Its Diagnosis and Treatment*. Plenum Press, New York.

Friedman, H. S. et al. (1993): Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65. 176–185.

Friedman, H. S. et al. (1995): Childhood conscientiousness and longevity: Health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68. 696–703.

Friedman, H. S. (2000): Long-term relations of personality and health: Dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68. 1089–1108.

Gallagher, D. J. (1990): Extraversion, neuroticism and appraisal of stressful academic events. *Personality and Individual Differences*, 11(10). 1053–1057.

Giles, L. C. et al. (2005): Effects of social networks on 10 year survival in very old old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59. 574–579.

Goodwin, R. D. – Friedman, H. S. (2006): Health Status and the Five-factor Personality Traits in a Nationally Representative Sample. *Journal of Health Psychology*, 11(5). 643–654.

Greer, S. – Morris, T. (1975): Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19. 147–153.

Greer, S. et al. (1979): Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, 2. 785–787.

Greer, S. et al. (1990): Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet,* 335. 49–50.

Gross, J. (1989): Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science and Medcine*, 28(12). 1239–1248.

Guggenheim, F. G. (2000): Somatoform Disorders. In: Sadock, B. J. – Sadock, V. A. (eds): *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Lippincott Williams and Wilkins.

Judge, T. A. et al. (1999): The Big Five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52. 621–652.

Habra, M. E. et al. (2003): Type D is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3). 235–245.

Hall, M. et al. (1998): Sleep as a mediator of the stress-immune relationship. *Psychosomatic Medicine*, 60. 48–61.

Kobasa, S. R. – Maddi, S. C. (1984): *The hardy executive: Health under stress.* DowJones Invin, Homewood, IL.

Kohut, M. L. et al. (2002): Exercise and psychosocial factors modulate immunity to influenza vaccine in elderly individuals. *Journal of Gerontology*, 57. 557–562.

Kolk, A. M. et al. (2003): A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science and Medicine*, 57(12). 2343–2354.

Kökönyei Gy. (2008): *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Bölcsészdoktori disszertáció. ELTE PPK, Budapest.

Kulcsár Zs. (1998): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Kulcsár Zs. és mtsai. (szerk.) (2004): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. Szöveggyűjtemény. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Lane, R. D. et al. (1997): Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biologocal Psychiatry*, 42. 834–844.

Larsen, R. J. (1992): Neuroticism and selective encoding and recall of symptoms: Evidence from a combined concurrent – retrospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62. 3. 480–488.

Lazarus, R. S. – Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York.

Lee, D. J. et al. (1988): The relationship between hostility, smoking, and alcohol consumption in Mexican Americans. *International Journal of the Addictions*, 23. 887–896.

Levy, S. M. et al. (1988): Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: seven-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 50. 520–528.

Linville, P. W. (1985): Self-complexity and affective extremity: don't put all of your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*, 3. 94–120.

Lumley, M. A. et al. (1996): Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58. 211–216.

Lovallo, W. R. – Gerin, W. (2003): Psychophysiological reactivity: mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 65. 36–45.

MacDonald, D. A. (2000): Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality*, 68. 153–197.

MacDougall, J. M. et al. (1988): Smoking, caffeine, and stress: Effects on blood pressure and heart rate in male and female college students. *Health Psychology,* 7. 461–478.

Mahler, H. I. M. – Kulik, J. A. (2000): Optimism, pessimism and recovery from coronary bypass surgery: prediction of affect, pain and functional status. *Psychology, Health and Medicine*, 5. 347–358.

Mauss, I. B. – Gross, J. J. (2004): Emotion suppression and cardiovascular disease: Is hiding feelings bad for your heart? In: Temoshok, L. R. et al. (eds): *Emotional expression and health: Advances in theory, assessment, and clinical applications*. Brunner-Routledge, New York. 62–81.

McMahon, C. E. (1976): The role of imagination in the disease process: Pre-Cartesian medical history. *Psychological Medicine*, 6. 179–184.

Milam, J. E. et al. (2004): The roles of dispositional optimism and pessimism in HIV disease progression. *Psychology and Health*, 19. 167–181.

Molnár I. (2010): A tartós stressz hatása a szervezet védekezőképességére, a krónikus gyulladások és a daganatok kialakulására. *LAM*, 20(1). 31–37.

Nemiah, J. C. (1977): Alexithymia: theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28. 199–206.

Nemiah, J. C. – Sifneos, P. E. (1970): Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Psychosomatic Medicine*, 2. 26–34.

Oláh A. (2006): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk mérésének módszerei.* Trefort Kiadó, Budapest.

Oláh A. (2004): Psychological Immunity: A New Concept in Coping with Stress. *Applied Psychology In Hungary*, V. 149–191.

Palmgreen, P. et al. (2007): Effects of the Office of National Drug Control Policy's Marijuana Initiative Campaign on high-sensation-seeking adolescents. *American Journal of Public Health*, 97(9). 1644–1649.

Park, C. L. et al. (2004): Appraisal coping goodness of fit: A daily Internet study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30. 558–569.

Parker, J. D. et al. (1989): Toronto alexithymia scale, EPQ, and self-report measure of somatic complaints. *Personality and Individual Differences*, 10. 599–604.

Parker, J. D. et al. (1999): Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: an experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 61. 464–468.

Pennebaker, J. W. (1982): *The Psychology of physical symptoms*. Springer, New York.

Pennebaker, J. W. – Watson, D. D. (1991): The psychology of somatic symptoms. In: Kirmayer, L. J. – Robbins, J. M. (eds): *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives.* American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, London, England.

Peterson, C. (1988): Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12. 117–130.

Peterson, C. et al. (1988): Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55. 23–27.

Peterson, C. – Seligman, M. E. P. (1984): Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91. 347–374.

Peterson, C. – Seligman, M. E. P. (1987): Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55. 237–265.

Peterson, C. – Bossio, L. M. (1991): *Health and optimism*. Free Press, New York.

Plomin, R. – Caspi, A. (1999): Behavioral genetics and personality. In: Pervin, L. A. – John, O. P. (eds): *Handbook of personality: Theory and research*. 2nd edn. Guilford Press, New York. 251–276.

Purebl Gy. és mtsai. (2006): A D-típusú Személyiség Skála pszichometriai jellemzői reprezentatív vizsgálat alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7. 3. 225–230.

Rahe, R. H. et al. (2000): The stress and coping inventory: An educational and research instrument. *Stress Medicine*, 16. 199–208.

Ranchor, A. V. – Sanderman, R. (2008): The Role of Personality in Cancer Onset and Survival. In: Vollrath, M. E. (ed.): *Handbook of Personality and Health.* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, 137–156.

Roberts, B. W. – Bogg, T. (2004): A longitudinal study of the relationships between conscientiousness and the social environmental factors and substance use behaviors that influence health. *Journal of Personality*, 72. 325–353.

Roberts, B. W. et al. (2003): Work experiences and personality development in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84. 582–593.

Roberti, J. W. (2004): A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 38(3). 256–279.

Rosenbaum, M. (1980): A schedule for assessing self-control behaviors. Primary findings. *Behavior Therapy*, 11. 109–121.

Rothbaum, R. et al. (1982): Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42. 5–37.

Rozanski, A. et al. (1999): Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation*, 99 (16). 2192–2217.

Rózsa S. (2009): *A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana.* Bölcsészdoktori disszertáció. ELTE PPK, Budapest.

Rózsa S. – Kő N. (2007): A mindennapos testi problémák tünetpercepciós modellje. In: Demetrovics Zs. és mtsai. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig.* Trefort Kiadó, Budapest. 111–133.

Siegler, I. C. (1994): Hostility and risk: Demographic and lifestyle variables. In: Siegman, A. W. – Smith, T. W. (eds): *Anger, hostility, and heart.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ. 199–214.

Siegman, A. W. (1994): From Type A to hostility to anger: Reflection on the history of coronary-prone behavir. In: Siegman, A. W. – Smith, T. W. (szerk.): *Anger, hostility, and the heart.* Erlbaum, Hillsdale, NJ. 1–21.

Smith, T. W. et al. (1989): Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: An alternative interpretation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56. 640–648.

Smith, T. W. (1992): Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11. 139–150.

Smith, T. (2006): Personality as risk and resilience in physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 15. (5). 227–231.

Smith, T. W. – Gallo, L. C. (2001): Personality traits as risk factors for physical illness. In: Baum, A. et al. (eds): *Handbook of health psychology.* Erlbaum, Hillsdale, NJ. 139–172.

Smith, T. W. et al. (2004): Hostility, anger, aggressiveness and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion and health. *Journal of Personality*, 72. 1217–1270.

Smith, T. W. (2003): Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. In: Salovey, P. – Rothman, A. J. (eds): *Social psychology of health: Key readings.* Psychology Press, New York. 325–341.

Szondy M. (2006): Optimizmus és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61(4). 617–636.

Szondy M. (2004): Optimizmus és immunfunkciók. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5(4). 301–319.

Szondy M. (2008): *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás*. Doktori disszertáció. ELTE PPK, Budapest.

Taylor, G. J. (1984): Alexithymia: concept, measuremet, and implication for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141. 725–732.

Taylor, G. J. (2000): Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 45. 2. 134–142.

Temosok, L. – Dreher, H. (1992): *The type C connection: The behavioral links to cancer and your health.* Random House, New York.

Terman, L. M. (1925): *Mental and physical traits of a thousand gifted children (I).* Stanford University Press, Stanford, CA.

Terman, L. M. (1930): *The promise of youth, follow-up studies of a thousand gifted children: Genetic studies of genius, III.* Stanford University Press, Stanford, CA.

Terman, L. M. (1947): *The gifted child grows up, twenty-five years follow up of a superior group: Genetic studies of genius, IV.* Stanford University Press, Stanford, CA.

Terman, L. M. – Oden, M. H. (1959): *The gifted group at mid-life, thirty-five years follow-up of the superior child: Genetic studies of genius*, *V.3.* Stanford University Press, Stanford, CA.

Urbán R. és mtsai. (2008): Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 33. 1344–1352.

Urbán R. (2010): Smoking outcome expectancies mediate the association between sensation seeking, peer smoking, and smoking among young adolescents. *Nicotine and Tobacco Research*, 12. 59–68.

Vaillant, G. E. (1977): *Adaptation to Life*. Little, Brown, Boston, MA.

Wallston, K. A. et al. (1978): Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2). 160–170.

Watson, D. (1988): Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to helath complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54. 1020–1030.

Watson, D. – Clark, L. A. (1984): Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96. 465–490.

Watson, D. T. – Pennebaker, J. W. (1989): Health complaints, stress, and distress. Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96. 234–254.

Weiss, J. W. et al. (2005): Hostility, depressive symptoms, and smoking in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 28(1). 49–62.

Wenger, A. F. Z. (1993): Cultural meaning of symptoms. *Holistic Nursing Practice*, 7(2). 22–35.

Wenglert, L. – Rosen, S. (1995): Optimism, self – esteem, mood and subjective health. *Personality and Individual Differences*, 18. 653–661.

Wiebe, D. J. (1991): Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60. 89–99.

Wiebe, D. J. – McCallum, D. M. (1986): Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychology*, 5. 425–438.

Wiebe, D. J. – Fortenberry, K. T. (2006): Mechanisms Relating Personality and Health. In: Vollrath, M. E. (ed.): *Handbook of Personality and Health.* John Wiley & Sons Ltd, Chichester. 137–156.

Williams, J. E. et al. (2000): Anger proneness predicts coronary heart disease risk: prospective analysis from the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Circulation*, 2. 101(17). 2034–2039.

Zeitlin, S. B. et al. (1989): Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 146. 1434–39.

Nagy Henriett és Oláh Attila

A POZITÍV PSZICHOLÓGIA HOZZÁJÁRULÁSA A MEGKÜZDÉS ÉRTELMEZÉSÉHEZ
A SZEMÉLYISÉG PROTEKTÍV FAKTORAI

A POZITÍV PSZICHOLÓGIA ALAPFOGALMAI, CÉLKITŰZÉSEI

A pozitív pszichológia egy tudományos áramlat, amely Seligman és Csíkszentmihályi (2000) szerint olyan ígéretes, hogy az új évezred pszichológiájának is nevezhető. Szellemiségében közel áll a humanisztikus mozgalomhoz, azonban szigorúan empirikus kutatások eredményeire támaszkodva építi fel elméleteit. A pozitív pszichológia az akadémikus pszichológián belül két tekintetben képvisel jelentős újítást: az alapfogalmak és a célkitűzések területén. Az alapfogalmak vonatkozásában feléleszti a *karakter* fogalmát, valamint új konstruktumokat vezet be, mint például a flow. A célkitűzések tekintetében pedig elsősorban a pszichológia feladatairól való gondolkodás terén hajt végre forradalmi fordulatot. A pozitív pszichológia olvasatában a pszichológia feladata nem csupán a mentális betegségek gyógyítása, hanem az is, hogy empirikus alapon megalapozott elméletek kidolgozásával és gyakorlati útmutatások megfogalmazásával segítse az embereket életük kiteljesítésében, boldogságuk megteremtésében, tehetségük és közösségeik fejlesztésében.

A pozitív pszichológia az emberi természet „jó oldalát" emeli a figyelem középpontjába. Az embert szabad akarattal és autentikus pozitív érzelmekkel rendelkező lényként szemléli, aki autonóm módon választott célokat követ, és aki a tudatos célválasztásain keresztül képes arra, hogy a negatív érzelmi állapotait kontroll alatt tartsa, illetve önmaga képes előmozdítani azt, hogy minél több pozitív élményt tapasztaljon meg. A pozitív pszichológia tükrében az ember a saját sorsáért tenni tudó személy, aki képes a benne rejlő lehetőségek kibontakoztatására, a folyamatos növekedésre, fejlődésre.

A POZITÍV EMBERI MŰKÖDÉS MODELLJEI

A pszichológia a legutóbbi évtizedekig főként a pszichológiai működés negatív végkifejleteivel foglalkozott. A pozitív pszichológia hatására azonban áttörés figyelhető meg ezen a területen, és nagyszámú tanulmány születik a pozitív emberi működésről vagy jóllétről. Az eudaimonia (görög szó, jelentése: emberi boldogság, jóllét) a pozitív pszichológia egyik központi témája.

A negatív hangsúly ellenére nem igaz, hogy a pozitív emberi működésről egyáltalán nem születtek jelentős munkák a pozitív pszichológia zászlóbontása előtt is. A fejlődéspszichológus Erikson (1968) például a pszichoszociális fejlődést leíró szakaszmodelljében a jóllét egy egész életen keresztüli folyamatos növekedésének jellegzetességeit ragadta meg. A személyiségpszichológusok közül Maslow (1991) önmegvalósítás-, Rogers (1979) teljességgel működő személyiség teóriája vagy Allport (1980) az érett személyiség kritériumait megfogalmazó munkája lényegében szintén a pozitív emberi működésről szólnak.

A pozitív pszichológia a pozitív pszichológiai működés kulcsaspektusának az önbeszámolós jóllétet (vagy szubjektív jóllétet) tekinti. A szubjektív jóllétkutatásnak két fő irányvonala bontakozott ki. Az első kutatási irány prototípusa a szubjektív jóllét úgynevezett háromdimenziós modellje, amelyet Diener (1984) dolgozott ki. E modell elsősorban az érzelmi jóllétet, vagyis a boldogságot vizsgálja. A második irányvonal a pozitív működés tágabb dimenzióinak megragadására tesz kísérletet. Ez utóbbi irányzathoz tartozik Ryff és Keyes (1995) pszichológiai jóllét-, valamint Keyes (1998) szociális jóllétmodellje.

A fejezet elsőként Diener háromdimenziós szubjektív jóllétmodelljét tekinti át, különös hangsúlyt helyezve annak érzelmi jóllét aspektusára, a második rész pedig Ryff többdimenziós jóllétmodelljét ismerteti, amely a pszichológiai egészség feltételeit foglalja össze. Végül Keyes szociális jóllétmodelljét mutatjuk be, amely a pozitív működést elsődlegesen társas jelenségnek tekinti.

A SZUBJEKTÍV JÓLLÉT TUDOMÁNYOS KUTATÁSA

A boldogság keresése olyan mély emberi törekvés, amely feltehetőleg egyidős az emberiséggel. Arisztotelész a *Nikomakhoszi etiká*ban az emberiség legkiemelkedőbb tapasztalatának és egyetlen igaz szenvedélyének tekintette a boldogság elérését. Értelmezésében a boldogság az erénnyel összhangban lévő lélek állapota, amit akkor érhet el a személy, ha olyan tevékenységeket folytat, amelyek leginkább illeszkednek alkatához. A boldogság jelenségével a művészetek, a filozófia és a vallás is sokat

foglalkozott, miközben nagyon különböző álláspontra helyezkedtek a tekintetben, hogy az embert mi teheti igazán boldoggá. 2 300 évvel ezelőtt Epikurosz a boldogság elérésében az önfegyelem szerepét hangsúlyozta, szerinte akkor lehetünk boldogok, ha megtanuljuk vágyaink kielégülését késleltetni. Jóval később egy ezzel éppen ellentétes jelentésű „korszellem" vált divatossá: a „carpe diem", mely szerint a pillanatnak élés és az élvezetek habzsolása teheti csak az embert boldoggá. A vallási tanítások a filozófiához hasonlóan az önkontroll szerepét hangsúlyozták, e szerint a földön elsődlegesen a boldogtalanság elkerülésére és nem a boldogság keresésére kell törekednünk, a boldogságot megfelelő életvezetés mellett a földi élet után jutalomként kapjuk (Diener et al. 2002).

A tudományos pszichológia sokáig úgy gondolta, hogy a boldogság túl összetett jelenség ahhoz, hogy empirikus módszerekkel kutatható legyen. A pszichoanalitikus elméletalkotók és főként a humanisztikus pszichológusok ugyan nem végeztek empirikus kutatásokat a témában, de kifejtették elképzeléseiket a boldogsággal kapcsolatban. Nevükhöz a boldogság úgynevezett szükséglet-, illetve cél-elégedettség elméletei köthetők. A *szükségletelméletek* szerint a feszültségek csökkenése, valamint a biológiai és pszichológiai szükségletek kielégítése vezet boldogsághoz. A *célelméletek* pedig azt állítják, hogy akkor érhetjük el a boldogságot, ha egy ideális állapot felé tartunk vagy egy értékes célt valósítunk meg. Idetartozik például Freud (1982) örömelv- vagy Maslow (1983) szükséglethierarchia modellje. A szükséglet- és célelméletek egyik legfontosabb következtetése, hogy a boldogság a szükségletek kielégítése, illetve a célok beteljesülése után következik be, vagyis a boldogság lényegében egy kívánatos célállapot, amely felé minden cselekedet irányul.

A szubjektív jólléttel kapcsolatos empirikus kutatások csak a 20. század elején indultak. Diener és munkatársai (2002) a legkorábbi próbálkozások között Flugelt (1925) említik, aki a kutatásban részt vevő személyektől azt kérte, hogy írják le az érzelmi eseményeiket, majd összegezte az érzelmi reakcióikat. A második világháborút követően a közvélemény-kutatások során kezdték el kiterjedten megkérdezni az embereket arról, hogy mennyire elégedettek az életükkel. Norman Bradburn (1969) munkássága mérföldkőnek számít ezen a területen, ugyanis ő mutatott elsőként rá arra, hogy a pozitív és a negatív érzelmek egymástól függetlenek lehetnek és nem egyszerűen egymás ellentétei. Bradburn elsősorban azzal érvelt, hogy a pozitív és negatív érzelmeknek különböző korrelátumai vannak. A pozitív és negatív érzelmek függetlenségéből a pozitív pszichológia nagyon sok jelentős állítása eredeztethető. A legfontosabb ezek közül, hogy nem törekedhetünk kizárólagosan a negatív hatások kiküszöbölésére, mert ettől a pozitívak még nem fognak automatikusan megjelenni, másképp fogalmazva, attól, hogy az embereket megszabadítjuk szorongásaiktól és más negatív érzelmektől, még semmit sem tettünk azért, hogy boldogok is legyenek.

A boldogság kutatása az 1980-as évek elejére került a tudományos pszichológia főáramába. Ebben jelentős szerepet játszott Diener 1984-ben megjelent tanulmánya, amely összefoglaló áttekintést adott a boldogsággal kapcsolatos kutatások addig felhalmozódó

eredményeiről. Az 1990-es években a szubjektív jóllét tudományos diszciplínája sokat fejlődött, és ez a fejlődés a mai napig töretlenül zajlik. A fejlődést mindenekelőtt az alapozta meg, hogy a kutatók megfogalmazták a boldogság definícióit, illetve számos módszert fejlesztettek ki a szubjektív jóllét mérésére (Diener et al. 2002).

A pozitív pszichológia azt feltételezi, hogy a boldogságnak lényegi eleme a szubjektivitás: csak a személy maga ítélheti meg, boldog-e vagy sem, illetve ha a személy úgy érzi, hogy boldog, akkor ezt el kell fogadnunk, függetlenül attól, hogy az illető mit ért boldogság alatt. A második fontos megállapítás, hogy a boldogság nem egy homogén dolog, ehelyett fontos a szubjektív jóllét különböző komponenseit elkülöníteni. Diener (1984) azt feltételezi, hogy a pozitív érzelmi állapotok (úgymint öröm, jókedv, büszkeség, gyengédség, extázis stb.) gyakori jelenléte és a negatív érzelmek (úgymint bűntudat, szégyen, szomorúság, szorongás, félelem, düh, kétségbeesés, levertség, irigység stb.) relatív hiánya, valamint egy élettel való általános elégedettségérzet a szubjektív jóllét alapvető komponensei. Az élettel való elégedettséget – mint a szubjektív jóllét kognitív komponensét – nemcsak általánosan az élet egészére, de specifikus területekre vonatkozólag is vizsgálhatjuk (pl. elégedettség a munkával, a jövedelemmel, a szociális kapcsolatokkal, a társadalmi helyzettel, az egészséggel stb.). Fontos ismét kiemelnünk, hogy a pozitív pszichológia szubjektív jóllétmodellje szerint a boldogság nem csupán a pozitív érzelmek megtapasztalásából fakad, hanem a pozitív és negatív érzelmek érzékeny egyensúlyával jellemezhető.

A BOLDOGSÁG GENETIKAI VAGY PREDISZPOZÍCIÓS ELMÉLETEI

A genetikai vagy személyi prediszpozíciós elméletek megalkotói abból indultak ki, hogy az egyének jóllétszintjének stabilitásában van egy olyan elem, amelyet a személy életkörülményei nem tudnak megmagyarázni. E modellek azt állítják, hogy a boldogságnak jelentős személyiségbeli vagy genetikai komponensei vannak. A *boldogság dinamikusegyensúly-modell*je leírja, hogy ugyan a különböző életesemények átmenetileg el tudnak bennünket billenteni a ránk jellemző *boldogságalapszint*től, de egy bizonyos idő után boldogságszintünk visszatér a ránk jellemző alapvonalra. Ez még olyan horderejű életesemények megtapasztalásakor is megfigyelhető, amilyen például egy lottóötös nyeremény vagy negatív példát említve: egy bénulással járó gerincvelősérülés. Bár ezek az eredmények nagyon elgondolkoztatóak, egyelőre nem értjük tisztán az alapvonalra való visszatérés hátterében álló mechanizmusokat. Kérdéses, hogy ez az adaptáció mennyiben nyugszik biológiai alapokon (azaz pusztán egyfajta habilitációnak köszönhető) és/vagy mennyiben függ a személy rendelkezésére álló megküzdési mechanizmusoktól, illetve mennyiben igazodik a személy céljaihoz és elvárásaihoz (Diener 1998).

A személyiség és a jóllét kapcsolatára irányuló empirikus kutatások egyértelműen jelzik, hogy bizonyos személyiségvonások összefüggést mutatnak az egyén boldogságszintjével. A legmegbízhatóbban az *extroverzió* és a *neuroticizmus* vonásról állíthatjuk ezt. DeNeve és Cooper (1998) metaanalízist végeztek az *extroverzió* és *neuroticizmus*, valamint a szubjektív jóllét közötti kapcsolat mértékének pontos meghatározása céljából. Azt találták, hogy az *extroverzió* és a boldogságszint között gyenge, pozitív irányú összefüggés, a *neuroticizmus* és a boldogságszint között pedig gyenge, negatív irányú kapcsolat áll fenn. Ezek az összefüggések felvetik a szubjektív jóllét örökletességének lehetőségét.

Lykken és Tellegen (1996) szerint a boldogságban mutatkozó egyéni különbségek nagyrészt örökletesek, a megosztott családi környezet pedig csak nagyon kis mértékben hat a szubjektív jóllétre. Az együtt nevelkedett kétpetéjű ikrek boldogságszintjükben átlagosan jóval kevésbé hasonlítanak egymásra, mint a külön otthonokban felnevelt egypetéjű ikrek, illetve az örökbe fogadott gyerekek jobban hasonlítanak e tekintetben a vér szerinti szüleikhez, mint az örökbe fogadó szülőkhöz.

Azonban felmerül az is, hogy nem a biológiailag meghatározott temperamentum áll az *extroverzió* és szubjektív jóllét közötti kapcsolat hátterében, hanem az extrovertáltak által kedvelt életkörülményekben kell keresnünk a választ. Egy extrovertált személy szociabilitása és energikussága miatt feltehetőleg képes olyan társas helyzeteket létrehozni, amelyek növelik a helyzetben részt vevő más személyek szubjektív jóllétét is. Továbbá figyelembe kell vennünk azt is, hogy az extrovertált személy nagyobb valószínűséggel lesz boldog egy ingerteli szituációban (a nyugati világban többnyire ilyenek a hétköznapjaink), míg az introvertált személyek inkább egy ingerszegényebb környezetben fogják jól érezni magukat (Eysenck 1978). Ez a magyarázat arra épít, hogy a személyiségvonásoknál sokkal jobban meghatározza a boldogságszintet a személy-környezet interakció minősége, vagyis az, hogy egy bizonyos személyiségvonás hozzásegít-e bennünket a nagyobb jólléthez, az attól függ, hogy milyen életkörülmények közé kerülünk. Másképp fogalmazva azt mondhatjuk, hogy a személy olyan intenzitású szubjektív jóllétet fog megtapasztalni, amilyen mértékben a környezete jutalmazónak találja őt, illetve a környezet akkor tud inkább jutalmazóvá válni, ha az egyén személyisége passzol a szituációhoz.

FOLYAMAT- VAGY TEVÉKENYSÉGELMÉLETEK

A folyamat- vagy tevékenységelméletek prototípusát Csíkszentmihályi Mihály (1999) flow-koncepciója képezi. A jól működésnek vannak az emócióktól mentes állapotai, amelyekre nem az aktuális élmény érzelemcentrikus szubjektív megélése, hanem kifejezetten a végzett tevékenység figyelemmel követése (vagyis egy tökéletes bevonódás abba, amit csinálunk) a jellemző. Ezek olyan működésmódok, olyan mindennapi emberi

létformák, amikor az ember a képességeivel összhangban álló foglalatosságokban vesz részt, olyasmit cselekszik, ami a képességei folyamatos fejlődését szavatolja. Az ilyen állapotokat, amelyekre a tökéletes bevonódás (kizárólag a tevékenységet kísérő tartós és lankadatlan figyelemkoncentráció) és a kihívás/képesség egyensúly a jellemző, Csíkszentmihályi Mihály az optimális élmény és működés állapotaként definiálta. Az optimális működés következményei boldogságélményt teremtenek. A flow-koncepció ezért állítja azt, hogy általános boldogságunk döntő meghatározója az, hogy képesek legyünk valamennyi tevékenységünket úgy végezni, hogy az áramlatélményt termeljen.

E szerint boldogságunk elsősorban azon múlik, hogy milyen gyakran élünk át flow-t, vagy más néven áramlatélményt. A flow-koncepció interakcionalista szemléletű, a személy-környezet interakciót tekinti a boldogság alapjának és fenomenológiai hangsúlyú, mivel azt a szubjektív élményt állítja a középpontba, amelybe az egyén az adott pillanatban teljesen bevonódik. Az ilyenkor jelentkező élmény legfontosabb összetevői a koncentráltság és a feloldódás, a mély bevonódás és a felfedező izgalom. Csíkszentmihályi legfontosabb felfedezése a boldogsággal kapcsolatban éppen az, hogy az emberek nem attól lesznek boldogok, amit csinálnak, hanem attól, ahogyan végzik különböző tevékenységeiket. E teória lényegében a boldogság szükséglet- és célelméleteivel ellentétes álláspontra helyezkedik, amikor azt állítja, hogy egy cselekvéssel való elfoglaltság utólagos érzelmi kiértékelése önmagában boldogságélményt nyújthat, és az emberek azt követően a legboldogabbak, amikor egy a képességi szintjüknek éppen megfelelő tevékenységgel vannak elfoglalva. Ha egy személy a képességei felett álló tevékenységet végez, tipikusan szorongást él át, ha pedig a tevékenységhez a képességeihez mérten jóval alacsonyabb szintű képességek is elegendőek, unalmat él át.

Pszichológiai jóllét

Az előző fejezetben a pozitív humán működés legszűkebben meghatározott formáját, az általános boldogságérzetet tekintettük át, amely koncepció a pozitív érzelmeket tekintette a pozitív működés legfontosabb markereinek. A most bemutatásra kerülő pszichológiai jóllétkonstruktum a szubjektív jóllét egy kitágított modelljének tekinthető, mely szerint a jóllét nem csupán abból áll, hogy boldognak érezzük magunkat és elégedettek vagyunk az életünkkel, hanem még számos további összetevője is van. A pszichológiai jóllét multidimenzionális modelljét Ryff (1989) alkotta meg, döntően az optimális öregedésről, a pozitív működésről és az optimális humán fejlődésről szóló elméleti összefoglaló tanulmányok alapján.

Ryff, miután áttekintette a korábbi irodalmakat, úgy találta, hogy a pszichológiai egészség különböző szempontjai egy többdimenziós jóllétmodellben integrálhatók, amely a következő komponenseket tartalmazza: az (1) egyén pozitív értékelése önmaga és az élete iránt; a (2) folyamatos növekedés és a személyiség fejlődésének érzete; az a (3) hit, hogy az egyén élete céltudatos és jelentésteli; hogy (4) minőségi kapcsolatban

van más egyénekkel; valamint hogy rendelkezik az (5) élete és az őt körülvevő világ hatékony irányítására való kapacitással; illetve az (6) önmeghatározásra való képességgel (Ryff–Keyes, 1995).

Ami összeköti a szubjektív jóllét Diener által meghatározott, szűkebb háromdimenziós modelljét a Ryff által leírt pszichológiai jóllétkoncepcióval, elsősorban az, hogy mindkét elképzelés a célkövető magatartás szerepét hangsúlyozza a pozitív humán működésben. A fontos célok és azok elérésére tett cselekedetek, illetve az e cselekedetekbe való teljes bevonódás elősegítheti a jóllét mindkét aspektusát. A célok azonban nemcsak összekapcsolják a pszichológiai jóllét és a háromdimenziós szubjektív jóllét fogalmát, hanem ki is emelik az egyén aktív szerepét saját jólléte formálásában. A célok kiválasztásával és megvalósításával megteremtődik a lehetőség az érzelmi önszabályozásra. Az emberek valószínűbben elégedettek az életükkel, ha aktívan bevonódnak személyesen értékelt célok követésébe és eredményeket érnek el azokban, illetve ha kompetensnek érzik magukat azokban a feladatokban, amelyek a sikeres célkövetéshez szükségesek, továbbá ha hisznek a célkövető magatartás pozitív kimenetelében és úgy érzik, a környezetük támogatja őket és erőforrásokat nyújt számukra céljaik követéséhez.

Szociális jóllét

A szociális jóllét többdimenziós modelljét Keyes alkotta meg. Keyes (1998) meghatározásában a jóllét elsődlegesen társas jelenség, ami akkor nyilvánul meg, amikor az egyén különböző szociális jellegű feladatokkal találkozik. E modell azt az egyént tekinti pozitívan működőnek, aki jól boldogul és jól érzi magát a szociális világában. Az ilyen személy úgy érzi, hogy vannak közös dolgai, ügyei azokkal a személyekkel, akik a szociális valóságát alkotják, pozitív érzelmekkel viszonyul azokhoz a közösségekhez, amelyekhez tartozik (a többi embertől nem támadásra, hanem támogatásra számít), úgy érzi, ő maga is aktív és értékes formálója ezeknek a közösségeknek, vagyis tud valami értékeket nyújtani mások számára. Úgy látja, hogy ami tágabb környezetében zajlik, az értelmezhető, kezelhető és értelmes.

Optimális jóllét

Empirikus bizonyítékok állnak rendelkezésre azzal kapcsolatban, hogy a pozitív funkcionálás fent ismertetett területei (szubjektív jóllét, pszichológiai jóllét, szociális jóllét) elkülönülhetnek egymástól (pl. Keyes 1998). Attól, hogy boldognak érezzük magunkat, még nem feltétlenül vagyunk pszichológiai értelemben is jól funkcionálók, továbbá az, hogy boldognak érezzük magunkat, nem mindig jelenti azt sem, hogy jól működünk a szociális világunkban is. Optimális jóllétről akkor beszélünk, ha egy személynek mind a szubjektív jólléte, mind a pszichológiai jólléte magas szinten áll. A kutatások azt

mutatják, hogy általában a magasabb életkorú, magasabb iskolai végzettségű, az *extroverzió* és a *lelkiismeretesség* magas szintjével és a *neuroticizmus* alacsony szintjével jellemezhető személyek számolnak be optimális jóllétről. A fiatal, magasan képzett és új élmények iránt *nyitott* személyek tipikusan magasabb pszichológiai jóllétről és alacsonyabb érzelmi jóllétről számolnak be (Keyes et al. 2002).

A pozitív élményállapotok megteremtését szolgáló képességek és kompetenciák

A pozitív pszichológia a megküzdés folyamatának differenciáltabb értelmezéséhez vezetett. Amíg a coping hagyományos modelljei elsősorban a nehézségek leküzdésének képességeit hangsúlyozták, addig a pozitív pszichológia a megküzdéskutatások fókuszába a boldogság és az optimális élmény megteremtésének képességeit helyezi. Ebben a keretben a megküzdés már nem egyenlő a negatív állapotok megszüntetésével és a kihívások kezelésével (a coping nem csupán a helyreállítás és a leküzdés szinonimája), vagyis nem egyszerűen egy distresszt kezelő folyamat, hanem magában foglalja a jóllét fokozását, a pozitív élményállapotok megteremtését is, küzdelmet, erőfeszítést és „kihívásgyártást" is jelent az élvezettel teli, boldog életért. A legújabb kutatásokban (pl. Bryant–Veroff 2007) a figyelem azokra a kapacitásokra irányul, amelyek ahhoz járulnak hozzá, hogy az egyén képes legyen megélni, értékelni és fokozni a pozitív élményeit.

A savoring fogalmát – amely a boldogsággyártás mentális eszköztárát, az örömtudatosságra törekvés tényezőit, a pozitív élményállapotok megteremtését szolgáló képességeket és kompetenciákat foglalja össze – Bryant és Veroff vezette be a pszichológia szakirodalmába. A „savor" szó latin eredetű, jelentése: ízlelni. A kifejezés magyarra fordítása nehézségekbe ütközik, leginkább az élvezet fogalmával azonosítható, annál azonban többet jelent: a savoring mindig magában foglalja az élvezet bizonyos fokú tudatosságát és az átélt pozitív érzelmek méltányolását is. Egy jó bor megízlelése például sokak számára nyújthat pozitív élményt, azonban ez az élmény csak abban az esetben azonosítható savoringélményként, ha a személy figyelme a bor kóstolására irányul és a személy méltányolja is a bor fogyasztásával járó kellemes élményt.

A savoringélmények nemcsak egyszerű szenzoros eseményekre korlátozódhatnak, hanem komplex gondolatokkal kapcsolatban is megélhetők, valamint a jelenbeli történések átélése mellett az elmúlt eseményekre való visszaemlékezés folyamatával és a jövőbeli élmények anticipálásával is előhívhatók. Sőt behelyettesítő savoringről is beszélhetünk, amikor mi is savoringélményként tapasztalunk meg egy pozitív élményt, amelyet egy másik személy (pl. családtag, barát, kolléga) él át.

A megküzdési stratégiák analógiájára beszélhetünk ún. savoringstratégiákról (pl. megosztás másokkal, emlékek építése, öngratuláció, összehasonlítás, szenzoros-perceptuális élesítés, abszorpció, viselkedéses kifejezés, idői tudatosság, a hála átélése). Ezek a pozitív ingerekre adott kognitív vagy viselkedéses válaszok mode-

rálják a pozitív események pozitív érzelmekre gyakorolt hatását (pl. felnagyítják a pozitív érzelmek intenzitását vagy megnyújtják a pozitív érzelmek időtartamát) (Bryant–Veroff 2007).

Számos kutatás vizsgálta (pl. Kitayama et al. 2000; Oishi et al. 2004; Lindberg 2004), hogy a kultúra hogyan befolyásolhatja az egyén pozitív élmények irányába mutatott általános attitűdjét, illetve a pozitív élményekre adott gondolati és viselkedési módjait. A kutatások egyöntetűen megerősítették, hogy a kultúra jelentős hatást gyakorol a savoringfolyamat minőségére. Lindberg (2004) eredményei szerint az észak-amerikai diákoknál gyakoribb az olyan savoringstratégiák használata, amelyek fokozzák vagy meghosszabbítják a pozitív élményt (pl. öndicséret vagy szenzoros perceptuális élesítés), a kelet-ázsiai diákok pedig inkább olyan stratégiákat alkalmaznak, amelyek tompítják vagy megrövidítik a pozitív élmények élvezetét (pl. ünneprontó gondolkodás). A japán diákok körében néhány olyan savoringstratégia is felfedezhető, amely az amerikai mintában nem található meg (pl. a nagyobb erőbedobás, az aktivitás, a tudás növelése, a folyamatos kapcsolattartás másokkal). Úgy tűnik, a japán diákok szándékosan kerülik a pozitív élmények élvezetének fokozását, sőt tesznek is azért, hogy csökkentsék az élvezet intenzitását és tartósságát. Ennek legalábbis részben oka lehet az a keleti kultúrkörben elterjedt hiedelem, mely szerint a szerencsés eseményeket kiegyensúlyozásképpen a jövőben elkerülhetetlenül negatív események fogják követni *(„a rendkívüli boldogság tragédiát szül")* (Ji et al. 2000).

Uchida, Norasakkunkit és Kitayama (2004) szintén a boldogsággal kapcsolatban felmerülő kulturális különbségeket vizsgálták, és azt találták, hogy amíg az észak-amerikaiak a boldogságot inkább az egyéni teljesítményre és a pozitív élmények maximalizálására vezetik vissza, addig a kelet-ázsiaiak a személyközi kapcsolatokból, illetve a pozitív és negatív hatások közötti egyensúly fenntartásából származtatják. Uchida és munkatársai (2004) ezzel magyarázzák azt az eredményüket, mely szerint az észak-amerikai kulturális kontextusban az önbecsülés szintje jelzi leginkább előre a boldogságot, a kelet-ázsiai kultúrában pedig az egyén társadalmi kapcsolatokba való észlelt beágyazódása.

A személyiség protektív vonásai

A megküzdéskutatásban jelentős fordulatot hozott az Antonovsky (1987) nevével fémjelzett salutogenikus paradigmaváltás, amely az egészségesség gyökereinek megismerését tűzte ki célul. A stressz megbetegítő következményeitől a stressz fejlődést stimuláló hatása irányába mutató figyelemváltást az a megfigyelés indította útjára, hogy az emberek viszonylag nagy százaléka egészséges és kiegyensúlyozott marad, sőt néha még hatékonyabbá is válik a stresszkeltő körülmények fennállása ellenére. Antonovsky felvetése óta empirikus kutatások tömege igazolta, hogy léteznek olyan személyiséghez köthető védőfaktorok (protektív vonások), amelyek lökhárítóként

működnek a mentális betegségekkel szemben: ilyen például az optimizmus, a koherenciaérzék, a tanult leleményesség, a kontrollhit, az énhatékonyság-érzés vagy a lelki edzettség. A fejezet a továbbiakban ezeket a kutatásokat tekinti át, támaszkodva korábbi összefoglalóinkra (Oláh 2004; 2005).

Az *optimizmus* a jó dolgok bekövetkezésének általános elvárását jelenti és stresszhelyzetekben azért garantál jobb alkalmazkodást, mert a lehetséges pozitív következmények felé tereli a figyelmet, amely hozzájárul a célelérő viselkedés folytatásához (Scheier–Carver 1985; 1987). Seligman (1991) szerint az optimizmus azzal van kapcsolatban, ahogyan a velünk történő negatív események okait értelmezzük: az optimista személy a negatív események okát külsőnek, változékonynak és specifikusnak tekinti. Empirikus kutatások igazolják, hogy az optimizmus hozzájárulhat a jobb testi/lelki egészséghez (pl. Segerstrom et al. 1998).

Antonovsky szerint a *koherenciaérzék* az a személyiségjellemző, amely az eredményes megküzdést és a hosszú távú egészséget garantálni tudja. Első megfogalmazásában a koherenciaérzék: „*az összefüggések megértésére és megérzésére való képesség, annak érzése, hogy a külső környezet változásai előre jelezhetők, valamint erőteljes hit abban, hogy a dolgok úgy alakulnak, ahogyan az ésszerűen elvárható*" (1979, 123). Később Antonovsky újradefiniálta a konstruktumot, ebben az értelmezésben: a koherenciaérzék globális orientáció, amely annak mértékét jelöli, hogy a személy mennyire bízik abban, hogy (1) a belső és külső környezetből származó ingerek strukturáltak, bejósolhatók és megmagyarázhatók; (2) hogy elérhetők számára azok az erőforrások, amelyek segítségével meg tud felelni az ingerek által támasztott követelményeknek és (3) ezen követelmények olyan kihívások, amelyek befektetésre és elköteleződésre érdemesek (1987, 19). A fejlett koherenciaérzék a megfelelő copingforrás kiválasztásán és instrumentális alkalmazásán keresztül tud hozzájárulni az eredményes megküzdéshez.

A személyiséghez köthető kontrolltényezők közül a *külső-belső kontrollhit* az egyik legfontosabb copingpotenciál. A kontrollban való hit mint személyiségdimenzió Rotter (1966) szociális tanuláselméletében jelent meg és egy olyan kontinuumot ír le, amelynek egyik végpontján a személy úgy értékeli a helyzetet, hogy az események általa irányítottak (belsőkontrollhit), a másik végponton úgy vélekedik, hogy a szerencse, a véletlen vagy a hatalmon lévő potentátok mozgatják a történéseket (külsőkontrollhit). A külső-belső kontrollhely nagyrészt az egyén szocializációs tapasztalatainak tulajdonítható. A belsőkontrollhit (vagyis az az attitűd, hogy nagyrészt én vagyok felelős a velem történő eseményekért) támogatja az instrumentális megküzdést és minimalizálja a stresszhatásokból adódó tartós negatív következmények előfordulási valószínűségét. A kontrollhit az elsődleges értékelésen keresztül nagymértékben meghatározza, hogy egy adott hatást mennyire tekintünk kiszámíthatónak, kezelhetőnek, ezért alapvető szerepet játszik a copingstratégiák megválasztásában.

A *tanult leleményesség* a képességek és kognitív elvárások azon készletét jelöli, amely birtokában az egyén képes az éppen zajló viselkedés gördülékenységét garantáló belső folyamatait szabályozni (Rosenbaum 1988). Rosenbaum a hatékony önszabályozást

biztosító kognitív képességek interaktív szerveződését a *folyamatreguláló kogníciók* (process-regulating cognitions, PRC) modell keretében elemzi. E modell különbséget tesz az *automatikus önszabályozás* és a tudatosan zajló, kognitív vezérlésű *szelfkontroll* között. A szelfkontrollhoz kötődő szabályozás négy lépcsőben zajlik: (1) a *reprezentációs szakasz*ban történik meg a személy-környezet viszony megváltozásának kognitív érzékelése; (2) a *szelfmonitorozás szakasza* során a változást a kívánatos vagy nem kívánatos végpontok között értékeljük; (3) az *önértékelési szakasz* a beavatkozás lehetőségeit, az énapparátus forrásait és az énhatékonyságra vonatkozó becsléseket tartalmazza; (4) az utolsó szakaszban pedig *elvárások* fogalmazódnak meg az én és a tervezett viselkedés eredményességére vonatkozólag. Ezek a kognitív történések folyamatos interakcióban állnak a szelfregulációs folyamatokkal, amelyek két típusba rendezhetők: (1) *redresszív* (helyreállító) *szelfreguláció*; (2) *reformatív* (megújító) *szelfreguláció*. Az önszabályozás helyreállító típusát a környezetből jövő változások, a megújító típusát pedig a változásra irányuló, saját szelfiniciatívák indítják el. A tanult leleményesség a kívülről vagy belülről gerjesztett szelffolyamat-változások olyan kognitív szabályozása, amely a viselkedés folyamatosságát és hatékonyságát garantálja, és a stratégiák megválasztásán keresztül járul hozzá a megküzdés eredményességéhez.

A *keményen helytálló személyiség* fogalma a személyiség egzisztenciális elméletében leírt *autentikus személyiség* fogalmának továbbfejlesztése. Az autentikus személy legfőbb jellemzője, hogy megtalálta életének jelentős célját, értelmét, valamint meghatározója, kézbentartója élete alakulásának. A kontrollképesség és a kihívások elfogadása az autentikus személy „bátorságát" jelenti. A keményen helytálló személyiség azt a lelkileg edzett, küzdőképes személyiséget jelöli, akire az *elkötelezettség*, a *kihívásokra való reagálás* és a *kontrollképesség* jellemző. Ez a személy mélyen és őszintén hisz annak értékességében, amit csinál és teljes odaadással, személyiségének minden szféráját involválva végzi feladatait. A kihívások vállalására való képessége azon a meggyőződésen alapul, hogy az élet természetes rendje a változás, és a változás fejlődési lehetőséget implikál. A lelkileg edzett személy hisz abban, hogy ésszerű határok között képesek vagyunk a velünk történő események ellenőrzésére és befolyásolására és döntően mi magunk vagyunk felelősek életünk alakulásáért (Kobasa–Maddi 1977). Empirikus kutatások igazolják, hogy a lelkileg edzett személyek mentálisan és fizikailag egyaránt egészségesek, és azokban a helyzetekben, ahol erre lehetőség van, konstruktív, problémaorientált megküzdési stratégiákat alkalmaznak (Kobasa–Pucetti 1983).

Az *énhatékonyság* feladatspecifikus önbizalmat jelent. Az önmagukról magasabb hatékonyságot feltételező személyek általában nehezebb célok elé állítják magukat, nagyobb valószínűséggel köteleződnek el a kijelölt céljaik iránt és valószínűbben folytatják a céljaik eléréséért folytatott erőfeszítéseiket negatív visszajelzések esetén. McCarthy és Newcomb (1992) kutatása arra hívja fel a figyelmet, hogy meg kell különböztetni az észlelt énhatékonyság két különböző komponensét: az (1) észlelt kognitív kontrollt és az (2) észlelt viselkedéses megküzdési képességet. Az észlelt kognitív kontroll a gondolatok szabályozásának képességébe vetett hit, amely tipikusan a nőkre

jellemző, az észlelt viselkedéses megküzdési képesség pedig a környezet befolyásolásának képességébe vetett hit, amely inkább a férfiakra jellemző. Néhány szerző (pl. Scholz et al. 2002) azt hangsúlyozza, hogy a területspecifikus énhatékonyság mellett általános észlelt énhatékonyság-érzetről is beszélhetünk. Az *általános énhatékonyság* egy olyan stabil egyéni különbség, amely számos különböző stresszor adekvát kezelésében segít az önbizalomteli hozzáállás megteremtésén keresztül. Scholz és munkatársai (2002) arról számoltak be, hogy jelentős kulturális és nemi különbségek fedezhetők fel az általános énhatékonyság területén: általánosságban a kollektivista kultúrák alacsonyabb énhatékonyságszinttel jellemezhetők, mint az individualista kultúrák, illetve a legtöbb kultúrában a nők énhatékonysága alacsonyabb, mint a férfiaké.

Pszichológiai immunrendszer

Az Oláh (2004, 2005) által leírt *pszichológiai immunrendszer* konstruktum rendszerbe foglalja a fejlett stressztűrő képességet szavatoló személyiségkomponenseket, illetve további protektív vonásokat vezet be a pszichológia szakirodalmába. Oláh (2004) szerint „*a pszichológiai immunrendszer fogalma azoknak a személyiségforrásoknak a megjelölésére szolgál, amelyek képessé teszik az egyént a stresszhatások tartós elviselésére, a fenyegetésekkel való eredményes megküzdésre, úgy, hogy a személyiség integritása, működési hatékonysága és fejlődési potenciálja ne sérüljön, inkább gazdagodjon a stresszel való aktív foglalkozás során*" (657). A pszichológiai immunrendszerbe foglalt személyiségkomponensek egyrészt a pozitív következmények anticipálására hangolják a kognitív apparátust, másrészt fokozzák az énhatékonyság-érzést a megküzdési folyamatban, harmadrészt erősítik a célelérési szándékot és az önszabályozási hatékonyságot a nehezített alkalmazkodási feltételek során. A különböző pszichológiai immunkompetenciák a fenyegetések értékelésétől az adekvát megküzdési stratégiák kiválasztásán keresztül egészen a stratégiák kivitelezéséig irányítják a megküzdés folyamatát.

A pszichológiai immunrendszer három alrendszerből (megközelítő-monitorozó, alkotó-végrehajtó, önszabályozó) épül fel, az egyes alrendszerek az azonos funkciókat ellátó coping-potenciál-dimenziókat tömörítik. A *megközelítő-monitorozó alrendszer* olyan akkomodatív kompetenciákat tartalmaz, amelyek a stresszel való megküzdés folyamatában közvetlenül az elsődleges kiértékelés folyamatára hatnak, amely azt tisztázza, hogy mit jelent, mi a jelentősége az aktuális személy-környezet interakciónak a személy jólléte, kényelemérzete, tágabban az élete alakulása szempontjából. Idetartoznak a *pozitív gondolkodás* (a pozitív következmények, a kedvező változások elvárására és elővételezésére való hajlam), a *kontrollképesség* (a személy azon meggyőződését jelenti, hogy többnyire rajta múlik, mi fog történni azokban az élethelyzetekben, amelyekben részt vesz), a *koherenciaérzék* (az összefüggések megértésére, megérzésére való képesség, annak érzése, hogy a külső környezet változásai előrejelezhetők és erőteljes hit abban, hogy a dolgok úgy alakulnak, ahogyan az ésszerűen elvárható), a *rugalmasság, kihívásvállalás* (a kihívások vállalása, a tevékenységekbe való belemerülés, az

új iránti fogékonyság, valamint a változás és fejlődés igenlése) és a *növekedésérzés* (az egyén önmagát folyamatos megújulásra és növekedésre képes személyként szemléli). Ezek a kompetenciák a személy figyelmét a fizikai és szociális környezet megismerése felé terelik úgy, hogy közben a pozitív következmények monitorozására, a környezet megértésére és kontrollálására hangolják a kognitív apparátust.

Az *alkotó-végrehajtó alrendszer* a stresszel való megküzdés hatékonyságát garantáló asszimilatív kompetenciákat integrálja, amelyek a másodlagos kiértékelés folyamatára gyakorolnak közvetlen hatást, ennek során történik meg azoknak a forrásoknak a számbavétele, amelyek a megküzdés során mobilizálhatók. Idetartozik a *leleményesség* (a tanult ismeretek olyan átstrukturálására való képesség, hogy azok alkalmas forrásként szerepelhessenek a megküzdési folyamatban az élet problémáinak a megoldására), az *empátia,* a *társas monitorozás képessége* (annak mértékét mutatja, hogy a személy mennyire képes a társas környezet információit érzékenyen és szelektíven észlelni, valamint adekvátan felhasználni az aktuális és távlati célok megvalósítására), az *énhatékonyság* (az egyénnek az a szilárd meggyőződése, hogy képes azokat a viselkedéseket végrehajtani, amelyekkel az általa kitűzött célt megvalósíthatja), a *társas mobilizálás képessége* (ennek birtokában az egyén sikeres mások irányításában, képes kiaknázni mindazt, ami másokban rejlik, el tudja érni, hogy támogassák a céljai megvalósításában) és a *szociális alkotóképesség* (képesség a másokban szunnyadó rejtett képességek feltárására és hasznosítására az együtt gondolkodás folyamatában). Ezek a kompetenciák elősegítik, hogy a személy képes legyen a nehezített alkalmazkodási helyzetben a szituáció körülményein változtatni.

Végül, az *önszabályozó kompetenciák* alkotják a pszichológiai immunrendszer harmadik alrendszerét. Ehhez az alrendszerhez olyan protektív személyiségjegyek tartoznak, amelyek a sikeres önszabályozást biztosítják a stresszelő körülmények között, ezáltal biztosítva a másik két alrendszer működésének hatékonyságát. Idetartozik a figyelem irányításának képességét leíró *szinkronképesség* (az egyén azon kapacitása, hogy képes együtt vibrálni a környezeti változásokkal, ha erre elszánta magát, képes pszichés energiáit maradéktalanul a szándéka szerinti tevékenységre koncentrálni), a perzisztenciát szavatoló *kitartásképesség* (az egyén akadályok keletkezése esetén is képes folytatni az elhatározott viselkedést, ebben a frusztrációs tolerancia magas szintje és a késleltetésre való képesség is erősíti), illetve az akadályok, kudarcok, veszteségek következményeként kialakuló érzelmi állapotok kontrollálását biztosító *ingerlékenységgátlás* (az indulatok, a düh és a harag érzelme feletti racionális kontroll gyakorlásának képessége, a düh konstruktív módon való felhasználásának képessége), az *impulzivitáskontroll* (a viselkedés racionális kontroll és mentális programok által történő vezérlésére való képesség) és az *érzelmi kontroll* (amely a kudarcok és fenyegetések keltette negatív emóciók uralásának konstruktív viselkedésbe való transzformálásának képessége).

Empirikus kutatások igazolták, hogy a pszichológiai immunrendszert alkotó coping-potenciálok fejlettsége összefüggést mutat az egyén betegség-egészség dimenzión mutatott státuszával, a különböző patológiás állapotok pedig a pszichológiai immunkompetencia gyengeségével járnak együtt (Oláh 2005; Oláh és mtsai. 2010).

Érzelmi intelligencia

Az érzelmi intelligencia feltételezhetőleg olyan információkezelőképesség-együttes, amely az érzelmek (legyenek azok pozitívak vagy negatívak) alkalmazkodást szolgáló, kognitív hatékonyságot erősítő funkcióját aknázza ki. Az érzelmi információk adaptív szerepéből és a kognitív-affektív-motivációs működés kölcsönhatásából következik, hogy az a személy, aki pontosan észleli a saját és mások érzelmeit, aki rálát a fenti működések kölcsönhatására, valamint aki hatékonyan képes érzelmeket szabályozni, az valószínűbben tesz szert valamilyen pozitív alkalmazkodási kimenetre. Az egyének nagymértékben különböznek abban, hogy az érzelmekben rejlő lehetőségeket milyen „ügyesen" hasznosítják. Azokat a személyeket nevezzük „érzelmileg intelligens személyeknek", akik szakértői szinten képesek hasznosítani a saját és mások érzelmi állapotaiban rejlő lehetőségeket. Ők azok, akik felismerik, hogy érzelmeik és hangulataik milyen jelentős hatást gyakorolnak megismerő folyamataikra és a társas kapcsolataikra, valamint akik képesek kivédeni az érzelmek lehetséges romboló hatásait, ehelyett az érzelmeiket úgy hasznosítják, hogy azok serkentik a kognitív és társas működésüket és előmozdítják a fejlődésüket.

Az érzelmi intelligencia egyike a hatékony megküzdést elősegítő, úgynevezett protektív tényezőknek. Matthews és Zeidner (2000) megfogalmazásában az „*adaptív megküzdés úgy határozható meg, mint az érzelmi intelligencia működés közben*" (460). Salovey és Mayer (1990) az érzelmi intelligenciáról szóló legelső cikkükben amellett foglaltak állást, hogy az érzelmi intelligencia legfőbb jelentősége a lelki egészség előmozdítása. Az érzelmi intelligenciához sorolt képességek elősegítik, hogy a személy hatékonyabban küzdjön meg az őt érő stresszkeltő hatásokkal. Egy érzelmileg intelligens személy inkább kihívásként, mint fenyegetésként értékeli a stresszkeltő körülményeket, valamint képes a körülményeknek legjobban megfelelő megküzdési stratégia kiválasztására és kivitelezésére. Salovey, Bedell, Detweiler és Mayer (2000) szerint az olyan alapvető érzelmi kompetenciák hiányosságai, mint például az érzelmek pontos észlelése és kifejezése, nehezítik a komplexebb megküzdési készségek kialakulását (pl. az érzelmek szabályozása).

Gohm és Clore (2002) korrelációs kutatása szerint az érzelmi intelligencia kapcsolatot mutat az aktív megküzdéssel és az események pozitív újraértelmezésére való képességgel. Saklofske, Austin, Galloway és Davidson (2007) kanadai egyetemisták mintáján fedezett fel kapcsolatot az érzelmi intelligencia és a megküzdés között. Az érzelmi intelligencia mérésére az Érzelmek Mérése Skálát (AES, Schutte és mtsai. 1998) alkalmazták. Eredményeik szerint az érzelmi intelligencia mint vonás szignifikáns pozitív kapcsolatban áll a problémafókuszú és negatív kapcsolatban az érzelemfókuszú megküzdéssel. Pashang és Singh (2008) az érzelmi intelligenciát az Érzelmi Intelligencia Skálával (EIS, Van der Zee et al. 2002) mérte és azt találta, hogy az érzelmi intelligencia pozitívan korrelál a problémamegoldással, az elfogadással, a pozitív eltereléssel, valamint negatívan korrelál a tagadással.

Erények, erősségek

A karaktererősségek osztályozási rendszerének kialakításakor Peterson és Seligman a DSM-III-ból (a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének harmadik változata) indult ki. Céljuk egy olyan osztályozási rendszer kialakítása volt, amely leírja és rendszerezi azokat az erősségeket és erényeket, amelyek lehetővé teszik az emberi fejlődést, növekedést, és amely rendszer a mentális egészséggel kapcsolatban jelent olyan kiindulási alapot, amilyent a mentális betegségek kapcsán a DSM képvisel.

A kutatás első lépéseként a résztvevők Dahsgaard vezetésével elolvasták a jelentősebb vallások és fontosabb filozófiai alapművek erényről szóló írásait. Közel kétszáz „erénykatalógust" tekintettek át (pl. Arisztotelész, Platón munkáit, Aquinói Szent Tamás, Szent Ágoston, Konfucius, Buddha, Lao-ce, Benjamin Franklin írásait, az Ótestamentumot, a Talmudot, a Bushidot vagy a Koránt). Azt vizsgálták, hogy azonosíthatóak-e olyan általánosan elfogadott erények, amelyek szinte minden kultúrában megtalálhatók. E munka gyümölcseként hat *erény*t azonosítottak: (1) bölcsesség és tudás; (2) bátorság; (3) szeretet és emberiesség; (4) igazságosság; (5) mértékletesség; (6) spiritualitás és transzcendencia. Ezeket az erényeket Peterson és Seligman (2004) a „Nagy Hatoknak" („High Six") nevezte el. A Nagy Hatok elnevezés burkoltan arra utal, hogy ez a személyiségtaxonómiai rendszer felfogható a személyiséget leíró Big Five hagyomány egy alternatívájaként is. A pozitív pszichológia az öt Big Five alapdimenzió (extroverzió, barátságosság, neuroticizmus, lelkiismeretesség, nyitottság) magas értéke helyett az erősségek mértékével jellemzi az optimálisan működő személyiséget, és akkor beszél optimális személyiségműködésről, ha az egyén képes arra, hogy többnyire az erősségeit használva feleljen meg az alkalmazkodási követelményeknek.

Az erények azonosítása után a következő feladat az osztályozási rendszerben szereplő erősségek definiálása volt. Mivel számtalan módja lehet annak, ahogy az egyes erények kifejeződhetnek, illetve érvényre juthatnak, szükség volt az erények mellett az erősségek fogalom bevezetésére. Erősségnek Peterson és munkatársai azokat az utakat nevezték el, amelyeken keresztül az erények kialakíthatók. Az *erősségek* az erényekhez képest sokkal kevésbé absztrakt fogalmak. Ezek már egy olyan absztrakciós szintet képviselnek, amely lehetővé teszi a fogalom mérését, illetve a fejlesztési, befolyásolási útvonalak megnevezhetőségét. Az erősségek egyben az erények markerei is, vagyis olyan pszichológiai változók, amelyek mérhetők. Az erősségek abban különböznek más pozitív vonásoktól (például az adottságtól), hogy bár többé-kevésbé állandóak, nem megváltoztathatatlanok, hanem fejleszthetők és formálhatók, valamint az erősségek alkalmazása többnyire tudatosan történik (Seligman 2002).

Az erősségek meghatározása során a kutatás résztvevői számos lehetséges erősségvonást gyűjtöttek össze, különböző eljárásokkal. Elsőként a VIA[1] (Values in Action, Működő Értékek) intézet tanácsadó testülete szervezett olyan vitanapokat, ahol a tagok

[1] A VIA egy nonprofit szervezet, amely a pozitív pszichológia tudományának fejlődését, valamint a kutatási eredmények gyakorlati alkalmazási lehetőségeit támogatja.

közösen átgondolták, hogy az egyes erényekhez milyen lehetséges erősségek tartozhatnak. E tanácskozások eredményeképpen megszületett egy az emberi erősségeket tartalmazó lista. Később ezt a listát különböző pozitív pszichológiai konferenciákon véleményeztették a résztvevőkkel és a javaslatok alapján folyamatosan módosították. A beszélgetések mellett a VIA-projekt kutatói áttekintettek számos a jó karakterrel foglalkozó művet, ideértve filozófiai, pszichiátriai, pszichológiai írásokat, de népszerű dalok szövegeit, graffitiket, tarokkártyát vagy a *Pokémon* szereplőinek jellemzőit is. A munka legfontosabb állomása az osztályozási rendszerben szereplő erősségek kritériumainak meghatározása volt. Összesen hat kritériumot határoztak meg, és ezek figyelembevételével döntöttek úgy, hogy egy előzetesen kiválasztott vonás erősségnek nevezhető és helyt kaphat az osztályozási rendszerben.

Az erősségek kritériumai a következők: (1) az erősség vonás jellegű pszichológiai jellemző, amely sokfajta helyzetben jelenik meg és időbeli stabilitást mutat; (2) az erősséget önmagáért értékeljük, a cselekvés, amelyre késztet, önmagában jutalmazó jellegű; (3) az erősség az a jellemző, amelyet a szülők univerzálisan kívánnak az újszülötteiknek; (4) az erősségek gyakorlása emelkedettséget, pozitív élményállapotot eredményez és másokat is követésre sarkall; (5) a kultúrák szerepmodelleken, rituálékon, példabeszédeken és gyermekmeséken keresztül fejlesztik az erősségeket; (6) a különböző kultúrák szerepmodelljei és ideáljai igen meggyőző képviselői az egyes erősségeknek (pl. Deák Ferenc a bölcsesség magyar reprezentánsa, Mátyás az igazságosságé); (7) az erősségek legfontosabb kritériuma az univerzalitás (Seligman 2002).

Seligman, Steen, Park és Peterson 2005-ben az erősségek további kritériumait fogalmazták meg: (1) az erősség hozzájárul az egyén és mások boldogságához; (2) az erősségnek van egyértelmű negatív ellentéte; (3) az erősség sikeresen mérhető mint egyéni különbség; (4) az erősség megkülönböztethető, vagyis sem fogalmilag, sem tapasztalatilag nem redundáns a többi karaktererősséggel; (5) az erősségnek vannak konszenzuson alapuló, egységesen elismert mintaképei; (6) az erősségeket csodagyerekek testesítik meg: az erősség néhány gyereknél vagy fiatalnál már korán megjelenik; (7) az erősség szelektív hiánya is megfigyelhető: néhány embernél egy adott erősség teljes mértékben hiányzik.

A *bölcsesség és tudás* erénye különböző formákban nyilvánulhat meg. Legalapvetőbb formája a kíváncsiság, legérettebb pedig a szemlélet. Az a személy, aki a *kíváncsiság* erősségével jellemezhető, az igyekszik új ismereteket szerezni és kedveli azokat a helyzeteket, ahol a tanulás lehetséges (pl. múzeum, iskola, olvasás). Idetartozik még az *ítélőképesség*, a *leleményesség* és a *szemlélet* erőssége is. A fejlett ítélőképességgel jellemezhető személy hajlamos a dolgok alapos átgondolására, minél több oldalról való megvizsgálására. A kritikus gondolkodás az információ mások és saját jólétünk szempontjából való objektív és racionális elemzését jelenti; aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az nem hoz elhamarkodott ítéleteket, döntéseit alaposan megfontolja. A leleményesség rendhagyó, de eredményes eszközök alkalmazását jelenti akkor, ha el szeretnénk érni valamit; aki ezzel az erősséggel jellemezhető, azt a hagyományos megoldási módok

ritkán elégítik ki. Fontos, hogy a leleményesség erőssége nem korlátozódik a képzőművészet körére. Végül, a kategória legérettebb erőssége a *szemlélet*; aki ezzel az erősséggel jellemezhető, annak a világról alkotott felfogása mind önmaga, mind mások számára különleges értéket jelent. Ezekhez a személyekhez mások tanácsért és látókörük szélesítése érdekében fordulnak; „*a bölcs emberek ahhoz értenek leginkább, ami a legfontosabb és legnehezebb: az élethez*" (Seligman 2002, 679).

A *bátorság* olyan cselekvések formájában nyilvánulhat meg, amelyeket nagy nehézség árán kell véghezvinni. Ez az erény az akaraterő széles körű gyakorlását jelenti kívánatos, ám bizonytalan kimenetelű célokkal kapcsolatban. Az idesorolt erősségek a *hősiesség*, a *kitartás*, a *hitelesség*, valamint a *lelkesedés*. A hősiesség mint erősség többet jelent annál, mintsem hogy valaki egyszerűen merész életveszélyes helyzetben, vagy hogy nem riad vissza a fájdalomtól, fenyegetésektől, nehézségektől, azt is jelenti, hogy a személy felvállal népszerűtlen, bonyolult és veszélyes intellektuális, illetve érzelmi álláspontokat. A kitartó személy többnyire befejezi azt, amibe belekezdett, és még a nehéz feladatokhoz is jókedvűen, zúgolódás nélkül áll hozzá. A kitartás erőssége ugyanakkor nem jelenti az elérhetetlen célokhoz való kényszeres ragaszkodást. A hitelesség önmagunk, szándékaink és elköteleződéseink nyílt felvállalását jelenti önmagunk és mások előtt, szavakban és tettekben egyaránt, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az nem akar másnak látszani, mint ami valójában. A lelkesedés magas szintjével jellemezhető személy tele van energiával, amivel törődik, abba „testestől-lelkestől" beleveti magát.

Az *emberiesség és szeretet* erényéhez tartozó erősségek a más személyekkel való pozitív interakciókban mutatkoznak meg és a mások iránti gondoskodást és védelmezést foglalják magukba. A *kedvesség* lényege a másik ember értékességének elismerése. Ez az erősség gyakran olyan viselkedésben nyilvánul meg, amelyben mások érdekei átmenetileg háttérbe szoríthatják saját kívánságainkat és szükségleteinket. Aki a *szeretet* erősségével jellemezhető, az sokra értékeli a közeli és mély kapcsolatokat, ezekre a személyekre jellemző, hogy akiket igazán és őszintén szeretnek, azok viszontszeretik őket, kölcsönös, mély kapcsolataik vannak. A *szociális intelligencia* önmagunk és mások ismeretét jelenti. Az a személy, aki ezzel az erősséggel jellemezhető, az képes a másik személy hangulatában, temperamentumában, motivációiban és szándékaiban megnyilvánuló egyéni különbségeket felismerni, valamint ezeket figyelembe véve viselkedni.

Az *igazságosság* erénye elsősorban a társadalmi tevékenységek során nyilvánul meg, és túlmutat a kétszemélyes helyzeteken, inkább a nagyobb csoportokkal (család, közösség, nemzet vagy az egész világ) való kapcsolatainkat befolyásolja. Három erősség tartozik ide: a *társadalmi elkötelezettség*, a *méltányosság* és a *vezetői képesség*. A társadalmi elkötelezettség magas szintjével jellemezhető személy jó csapattag, lojális és elkötelezett közösségi ember. Ez a személy nem pusztán teljesíti a rá osztott feladatokat, hanem keményen dolgozik a csoport sikeréért. A méltányosság erősségével jellemezhető személy nem engedi, hogy személyes érzései eltorzítsák a másokkal kapcsolatos döntéseit. Ő mindenki számára biztosít lehetőséget és mások jóllétét ugyanolyan fontosnak tartja, mint a sajátját, még akkor is ha idegenekről van szó. A jó

vezetői képességgel jellemezhető személynek nemcsak a különböző tevékenységek megszervezéséhez és lebonyolításához van jó érzéke, hanem úgy képes gondoskodni a feladatok elvégzéséről, hogy közben a csoporttagok között is megfelelő kapcsolatot biztosít. A vezetői képesség erősségével jellemezhető személy akkor is emberséges marad, ha csoportok közötti kapcsolatról van szó.

A *mértékletesség* lényege vágyaink és kívánságaink megfelelő, visszafogott érvényesítése. Ez az erény nem a vágyak elfojtását jelenti, hanem arra utal, hogy meg kell várnunk azt a pillanatot, amikor vágyaink kielégítése sem magunknak, sem másoknak nem okoz kárt. Idetartozik a *megbocsátás*, az *önkontroll*, az *óvatosság és az alázatosság* erőssége. A megbocsátó személyt nem a bosszúállás, hanem a könyörületesség vezéreli azokkal a személyekkel szemben, akik ártottak neki. Az önkontroll erősségével jellemezhető személy szükség esetén képes visszafogni vágyait, szükségleteit, indulatait. Ez a személy képes uralkodni az érzésein, ha valami rossz történik vele, képes megőrizni jókedvét még nehéz helyzetekben is. Az óvatos személy általában hosszú távra tervez és távlati sikerei érdekében képes rövid távú céljait háttérbe szorítani. Az a személy pedig, aki az alázatosság erősségével jellemezhető, nem keresi a feltűnést, hajlandó átengedni az elismerést másoknak.

Végül, a *spiritualitás és transzcendencia* erénye a *szépre és kiválóságra való fogékonyságban*, a *hála gyakorlására való képességben*, a *remény,* a *játékosság* vagy *humor* és a *spiritualitás* formájában mutatkozhat meg. A szépség és kiválóság nagyra értékelése arra vonatkozó készség, hogy észrevegyük, megtaláljuk és örömünket leljük a bennünket körülvevő dolgokban. Az a személy, akire jellemző a szépre és kiválóságra való fogékonyság erőssége, az képes a természetben, a művészetben, a tudományban vagy a mindennapi életben nagyra becsülni a szépséget, kiválóságot és hozzáértést. Peterson és Seligman (2004) a jóságra való válaszkészség számos előnyét hangsúlyozza. Mind a fizikai szépség, mind a tehetség, mind a morális értelemben vett jóság képes pozitív érzelmeket előhívni a megfigyelőben. Tipikusan a szépség áhítatot, a tehetség csodálatot, az erény pedig magasztosságérzést generál. E három érzelem az úgynevezett *szelftranszcendens emóciók* kategóriájába tartozik. Ezeknek az emócióknak az a közös jegye, hogy átélésük egovesztéssel és mások felé nyitással kapcsolódik össze, valamint hogy olyan körülmények között váltódnak ki, amelyek mindenfajta célirányultságot vagy érdeket nélkülöznek. A pozitív pszichológia értelmezésében a hála egy humán erősség, amely fokozza a személy és a közösségek jóllétét. A hála abból a percepcióból adódik, hogy a személy előnyt észlel, és ezt az előnyt egy másik személy vagy erő viselkedésének tulajdonítja. A hála erősségével jellemezhető személy tudatában van a vele történő pozitív dolgoknak, nem tekinti azokat magától értetődőknek, és figyelmet fordít arra, hogy kifejezze háláját. Az a személy, aki a remény erősségével jellemezhető, bízik abban, hogy jó dolgok fognak történni vele és ennek megfelelően tervez és cselekszik. A spiritualitás erőssége pedig azt jelenti, hogy a személy rendelkezik olyan vallásos vagy világi meggyőződésen alapuló filozófiával, amely segít meghatározni a világban betöltött helyét, és mélyen meg van győződve arról, hogy a világegyetemnek van magasabb rendű

célja és jelentése. Végül a játékosság és humor erőssége az élet napos oldalára szentelt figyelemben, a nevetésben és mások megnevettetésében nyilvánul meg. A humor jelentőségét pedig a saját és mások érzelmeinek szabályozásában betöltött szerepe és a jobb fizikai egészséghez való hozzájárulása teremti meg (Peterson–Seligman 2004).

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG POZITÍV PSZICHOLÓGIAI MODELLJE

A pozitív pszichológia a virágzás (flourishing) metaforáját alkalmazza az optimális működéssel, a pszichológiai, a szubjektív és a szociális jólléttel jellemezhető állapot leírására. Keyes (2007) definíciója szerint a virágzás olyan állapot, amelyben az emberek pozitívan viszonyulnak az élethez, pszichológiailag és szociálisan egyaránt a jól működés viselkedéses jeleit mutatják. A növények a virágzás, a virítás állapotában mutatják azt a színpompát, azt a csodálatos egyediséget, amire természetükből fakadóan képesek, az emberek is akkor tudják igazán azt nyújtani minden téren, amire képesek, amikor majd kicsattannak az egészségtől, amikor túlárad bennük az energia. Ahogy a hervadozó növényből hiányzik az életerő és ezért nem pompázik, az enervált személy sem mutatja a jól működés, a pszichológiai, a szubjektív vagy a szociális jóllét viselkedéses jeleit. A humán működés állapotaira vonatkoztatva a virágzás ellentéte a bágyadtság (enerváltság, levertség, elesettség), a virítás ellenpontja a hervadozás, az elerőtlenedés, ezen pólusok között feszíthető ki a mentális egészség dimenziója. A pozitív pszichológia mentális egészségre vonatkozó modellje az egészségpszichológia azon alaptételére épül, hogy az egészség (mentális egészség) nem egyenlő a betegség (mentális betegség) hiányával. A mentális egészségnek ugyanúgy megvannak a karakterisztikus tünetei, mint a mentális betegségnek. A pozitív pszichológia képviselői szerint a mentális egészséget és a mentális betegséget két különálló dimenzióként kell kezelni, amiből az következik, hogy a mentális egészség hiánya sem azonos a mentális betegség állapotával. Ha a mentális egészség pozitív pólusát a virágzás állapotának tekintjük, a mentális egészség alacsony szintjét (átmeneti hiányát) a bágyadtság (languishing), enerváltság konstruktumával azonosíthatjuk. A bágyadtság állapotában az emberek pszichológiailag és szociálisan nem jól funkcionálnak, üresnek érzik az életüket, a tüneteik alapján azt kell mondanunk, hogy mentálisan se nem egészségesek, se nem betegek. A pozitív pszichológia a mentális egészség tünettanának rendszerezésével, diagnosztikai eszközeinek kidolgozásával hoz újat. A mentális egészség indikátorainak operacionális definícióit Keyes (2002) áttekintésében három csoportba rendezhetjük: 1. a pozitív érzésekkel definiálható szubjektív jóllét (pozitív affektivitás, boldogság, élettel való megelégedettség); 2. a pozitív pszichológiai funkcionálást fenntartó pszichológiai jóllét (önelfogadás, személyes növekedés érzése, életcél, környezeturalás, önállóság, pozitív viszonyulás az emberekhez); 3. a pozitív szociális funkcionálást biztosító szociális jóllét (társas elfogadás,

hit a társadalom pozitív fejlődésében, hit a saját társadalmi hozzájárulás hasznosságában, társas koherencia érzése, a szociális integráltság átélése). A mentális egészségindikátorok mérőeszközeivel elvégzett vizsgálatok alapján a virágzás diagnosztikai kritériumai Keyes (2002) szerint: magas szint (felső harmad) a szubjektív jóllétskálákon és a pozitív funkcionálás (pszichológiai és szociális jóllét) komponenseit vizsgáló skálák legalább felén. A bágyadtnak diagnosztizált személyek alacsony emocionális vitalitást és alacsony pozitív funkcionálást mutatnak a tünetskálák legalább 50%-án. Keyes (2002) javaslata szerint az emberek mentális állapotának megítélésére egy kétdimenziós megközelítés a legalkalmasabb. Az egyik dimenzió egy kontinuumként a mentális egészség állapotait, a másik dimenzió szintén egy kontinuumként a mentális betegség különböző állapotait írja le. A két dimenziót egymásra merőlegesen elhelyezve a mentális egészségnek három állapota, a mentális betegségnek pedig két állapota rajzolódik ki. A virágzó egyének mentálisan tökéletesen egészségesek, ők mentesek a depressziótól és a mentális egészség összes jellemzőjét mutatják. A mérsékelt mentális egészség jellemzője a közepes jóllét és a depresszív tünetek hiánya, a bágyadtsággal diagnosztizáltak szintén mentesek a major depressziótól, de a szubjektív, a pszichológiai és a szociális jóllét terén átlagon aluli értékekkel bírnak. A mentálisbetegség-dimenzió kategóriái szerint vannak olyan személyek, akik mentálisan nem teljesen betegek, például olyanok, akik megfelelnek a DSM major depressziót jelző kritériumainak, de a szubjektív jóllétük szintje átlagos, esetleg még magas is lehet – ők időnként a mentális betegség tiszta epizódjaival bírnak. Végül vannak azok a személyek, akik a major depresszió tüneteit és a bágyadtság jellemzőit egyaránt mutatják, ők mentálisan teljesen betegek, mert a betegség tüneteivel egy időben a mentális egészség hiányát is egyértelműen diagnosztizálhatjuk náluk. A pozitív pszichológia arra hívja fel a figyelmet, hogy ha a pszichológia egyfajta „javítóműhelyként" kizárólag a mentális betegségek gyógyítására összpontosít, azzal nem fogja növelni a nemzet mentális egészségét. A mentális betegségek kezelése ugyanis nem szükségszerűen eredményez mentális egészséget, szükséges a mentális egészség intenzív promóciója, például a populáció 20%-át kitevő enervált, kiüresedett, se nem beteg, se nem egészséges személyek állapotának javítása. Minden pszichológiai törekvés végső célja a virágzó emberek számának növelése.

IRODALOMJEGYZÉK

Allport, G. W. (1980): *A személyiség alakulása*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest.

Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping.* Jossey-Bass, San Francisco.

Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass, London.

Bradburn, N. M. (1969): *The structure of psychological well-being.* Aldine, Chicago.

Bryant, F. B. – Veroff, J. (2007): *Savoring: A new model of positive experience*. Lawrence Erlbaum Associates, London.

Csíkszentmihalyi M. (1999): If we are so rich, why arent't we happy? *American Psychologist,* 54(10). 821–827.

De Neve, K. M. – Cooper, H. (1998): The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin,* 124. 197–229.

Diener, E. et al. (2002): Subjective well-being. The science of happiness and life satisfaction. In: Snyder, C. R. – Lopez, S. J. (eds): *Handbook of Positive Psychology.* Oxford University Press, New York. 63–73.

Diener, E. (1998): Subjective well-being and personality. In: Barone, D. F. et al. (eds): *Advanced personality.* Plenum Press, New York. 311–334.

Diener, E. (1984): Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 93. 542–575.

Erikson, E. H. (1968): Life cycle. In: Sills, D. L. (ed.): *International encyclopedia of the social sciences.* Vol. 9. Crowell, Collier, New York.

Eysenck, H. J. (1978; 1965): A személyiség és az Eysenck-démon. In: Halász L. – Marton M. (szerk.): *Típustanok és személyiségvonások.* Gondolat Könyvkiadó, Budapest. 185–214.

Flugel, J. C. (1925): A quantitative study of feeling and emotion in everyday life. *British Journal of Psychology, 9.* 318–355.

Freud, S. (1982): *Esszék.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Gohm, C. L. – Clore, G. L. (2002): Four latent traits of emotional experience and their involvement in atributional style, coping and well-being. *Cognition and Emotion*, 16. 495–518.

Ji, L. J. et al. (2000): Culture, change, and prediction. *Psychological Science,* 12. 450–456.

Keyes, C. L. M. et al. (2002): Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82. 1007–1022.

Keyes, C. L. M. (1998): Social well-being. *Social Psychology Quarterly,* 63. 264–279.

Keyes, C. L. (2007): Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologyst,* February-March. 95–108.

Kitayama, S. et al. (2000): Culture, emotion, and well-being: Good feelings in Japan and the United States. *Cognition & Emotion,* 14. 93–124.

Kobasa, S. C. – Pucetti, M. C. (1983): Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology,* 45. 839–850.

Kobasa, S. C. – Maddi, S. R. (1977): Existential personality theory. In: Corsini, R. (ed.): *Current personality theories.* T. F. Peacock, Itasca, IL. 243–276.

Lindberg, T. (2004): *Enjoying the moment in the East and West: A cross-cultural analysis of savoring.* Unpublished doctoral dissertation. University of British Columbia, Vancouver, Canada.

Lykken, D. – Tellegen, A. (1996): Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science,* 7. 186–189.

Maslow, A. (1991): Egy létpszichológia felé. In: Kulcsár Zs. és mtsai. (szerk.): *Függés-függetlenség.* Tankönyvkiadó, Budapest. 149–174.

Maslow, A. (1983): Elmélet az emberi motivációról. In: Oláh A. – Pléh Cs. (szerk.): *Szöveggyűjtemény az általános és személyiségpszichológiához.* Tankönyvkiadó, Budapest. 373–392.

Matthews, G. – Zeidner, M. (2000): Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters, and health outcomes. In: Bar-On, R. – Parker, J. D. A. (eds): *The Handbook of Emotional Intelligence.* Jossey-Bass, San Francisco. 459–489.

McCarthy, W. J. – Newcomb, M. D. (1992): Two dimensions of perceived self-efficacy: Cognitive control and behavioral coping ability. In: Schwarzer, R. (ed.): *Self-efficacy: Thought control of action.* Hemisphere Publishing Corp., Washington, DC, US. 39–64.

Oishi, S. et al. (2004): Cross-situational consistency of affective experiences across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology,* 86. 460–472.

Oláh A. (2004): Megküzdés és pszichológiai immunitás. In: Pléh Cs. – Boross O. (szerk.): *Bevezetés a pszichológiába.* Osiris Kiadó, Budapest. 631–634.

Oláh A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény.* Treffort Kiadó, Budapest.

Oláh A. és mtsai. (2010): Life expectancy and psychological immune competence in different cultures. *Empirical Text and Culture Research,* 4. 102–108.

Pashang, B. – Singh, M. (2008): Emotional intelligence and the use of coping strategies. *National Academy of Psychology, India*, 53(1). 81–82.

Peterson, C. – Seligman, M. E. P. (2004): *Character strengths and virtues: A handbook and classification.* Oxford University Press, New York. – American Psychological Association, Washington, DC.

Rogers, C. R. (1979): *On Becoming a Person*. Constable, London.

Rosenbaum, M. (1988): *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior.* Springer-Verlag, New York.

Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80(1). (Whole No. 609).

Ryff, C. D. – Keyes, C. L. M. (1995): The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4). 719–727.

Ryff, C. D. (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology,* 57. 1069–1081.

Salovey, P. et al. (2000): Current directions in emotional intelligence research. In: Lewis, M. – Haviland-Jones, J. M. (eds): *Handbook of Emotions.* Guilford Press, New York. 504–520.

Salovey, P. – Mayer, J. D. (1990): Emotional intelligence. *Imagination Cognition, and Personality*, 9. 185–211.

Saklofske, D. H. et al. (2007): Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42. 491–502.

Scheier, M. F. – Carver, C. S. (1985): Optimism, coping and health: Assessment and impilcations of generalized outcome expectancies. *Health Psychology,* 4. 219–247.

Scheier, M. F. – Carver, C. S. (1987): Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55. 169–210.

Scholz, U. et al. (2002): Is general self-efficacy a universal construct? *European Journal of Psychological Assessment*, 18. 242–251.

Schutte, N. S. et al. (1998): Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2). 167–177.

Segerstrom, S. C. et al. (1998): Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology,* 74(6). 1646–1655.

Seligman, M. E. P. et al. (2005): Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5). 410–421.

Seligman, M. E. P. (2002): *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for last-ing fulfillment*. Free Press, New York.

Seligman, M. E. P. – Csíkszentmihályi M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55. 5–14.

Seligman, M. E. P. (1991): *Learned optimism*. Knopf, New York.

Uchida, Y. et al. (2004): Cultural constructions of happiness: Theory and empirical evidence. *Journal of Happiness Studies,* 5. 223–239.

Van der Zee, K. et al. (2002): The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and the big five. *European Journal of Personality*, 16. 103–125.

V. Komlósi Annamária

AZ ÖNBECSÜLÉS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI NÉZŐPONTBÓL

BEVEZETÉS

Az önbecsülés/önértékelés olyan jelenség, amelynek dokumentáltan mind a pszichés, mind a fizikai egészséggel kapcsolata van. Igen sokan tanulmányozták, de különösen az utóbbi 30–40 évben lendült fel újra a kutatása, és ebben az időszakban számos fontos új szemponttal gazdagodott a témára vonatkozó ismeretanyag.

Valójában Nathaniel Branden amerikai pszichológusnak egy több mint negyven éve (1969-ben) megjelent könyve emelte az érdeklődés fókuszába az önbecsülést. A hatvanas évekbeli Amerika „korszellemének" és az abba jól illeszkedő Branden-könyvnek betudhatóan egy sajátos, a pszichológus szakembereket és civileket egyaránt magával sodró „önbecsülés-mozgalom" bontakozott ki, mondhatni Amerika-szerte. Ennek a mozgalomnak a terjedése indította el azután azt a lavinát, amely, magával söpörve az addig felhalmozódott szakmai adalékokat, rákényszerítette a kutatókat, hogy minden önbecsülésanyagot újraszortírozzanak, és az új szempontok szerint újabb vizsgálatokat is végezzenek.

Ebben a tanulmányban ennek az új kutatási hullámnak az eredményeiből szeretném bemutatni az egészségpszichológiai szempontból leginkább tanulságos – de még ma is bizonyos mértékig ellentmondásos – tényanyagot.

Ahhoz, hogy megértsük az önbecsülés jelenségkörének hangsúlyos egészségpszichológiai relevanciáját, röviden át kell tekintenünk azt a kontextust is, amelyből ez a kutatási vonulat kinőtt.

Branden programadó könyvével kell kezdenünk, aminek szellemiségét Ayn Rand, egy orosz származású amerikai filozófusnő tanításai határozták meg. Rand (pl. 1961, 1964) azt hirdette, hogy az ideális társadalom (amelyben a közösség és egyén érdekei egyaránt érvényesülhetnek) bázisát az egyének erkölcsi magatartáson alapuló egoizmusa

adja. Ahhoz pedig, hogy az egyének „erkölcsösen egoistává" váljanak, arra van szükség, hogy tudatosak/öntudatosak legyenek és a racionalitásra épülő önbizalommal rendelkezzenek. Branden – aki hallgatója, majd társa volt Randnek – úgy érezte, hogy ezt az emberképet az *önbecsülés* jelenségének pszichológiai mechanizmusa tökéletesen igazolhatja. Így született meg az önbecsüléssel foglalkozó, fentebb említett monográfiája. A Rand filozófiájával átitatott önbecsülés-értelmezés olyan nagy hatással volt egy kaliforniai politikusra (John Vasconcellosra), hogy az önbecsülés növelését célzó mozgalom zászlóvivőjévé lett. Vasconcellosnak szenátorként sikerült elérnie, hogy Kalifornia állam hivatalosan támogasson – sőt előírjon – az önbecsülés emelését szolgáló intézkedéseket, mindenekelőtt az oktatási intézményekben. Elérte, hogy az állam létrehozza a Nemzeti Önbecsülést Elősegítő Társaságot (National Association for Self-Esteem), amelynek Branden is vezetőségi tagja lett. Ez a társaság a magas önbecsülés előnyeit dokumentáló jelentéseinek 1989-es összefoglaló kötetében például már ennyire sarkosan fogalmazott: *„a társadalmat sújtó számos – ha nem az összes – fő probléma abban gyökerezik, hogy a társadalom igen sok tagjának alacsony az önbecsülése"* (Smelser 1989, 1; idézi Baumeister et al. 2003, 3). Mély meggyőződéssel hittek abban, hogy a bűnözés, a tinédzserterhesség, a droghasználat, sőt az alacsony iskolai teljesítmény és hasonló problémák mind orvosolhatók az önbecsülés növelésével.

Ez a hatalmas lelkesedés természetesen felkeltette a szélesebb szakma érdeklődését is (Baumeister és munkatársai 2003-ban ezt némi éllel úgy fogalmazták meg, hogy a magas önbecsülés jótékony hatásának koncepciója „megfertőzte" a szakmát). Egyre többen kezdtek gyakorlati módszereket kidolgozni az önbecsülés emelésére, de szerencsére további vizsgálatokat végezni is, az önbecsülés és az egészséges vs. patológiás személyiségműködés összefüggéseit kutatva. Sajátos, hogy noha ezek a vizsgálatok néha ellentmondásos eredményeket hoztak, a Nemzeti Önbecsülést Elősegítő Társaság a negatív eredményekkel nem foglalkozott, hanem változatlanul a magas önbecsülés előnyeit hirdette. Branden mentségére legyen mondva, hogy ő maga folyamatosan fejlesztette saját önbecsülés-elméletét, és ha azt a mai formájában górcső alá vesszük, fontos és hasznos adalékokat találhatunk benne (lásd pl. Branden 1994; 1997). Az ő neve azonban annyira összekapcsolódott a magas önbecsülés előnyeinek hangsúlyozásával, hogy amikor az ezzel szembeni kritikai hangok felerősödtek, és elindult egy sor alapos tudományos kutatás ebben a témakörben, Branden neve kezdett elhalványulni, és ma már alig idézik (ha mégis, akkor inkább elmarasztalóan). Ezen a ponton jelezni szeretném, hogy nem tartom szerencsésnek Branden negligálását. Branden önbecsülés-definíciója ugyanis megfontolásra érdemes, ahogy *Az önbecsülés hat alappillére* (1995) című könyvének alaptételei is. (Ezekre a későbbiekben ki fogok térni.)

Az önbecsülés előnyeinek tudományos ellenőrzésére indított kutatások között a legnagyobb szabású vizsgálatot az énkutatás egyik prominens képviselője, Roy Baumeister és munkatársai végezték az APA (Amerikai Pszichológiai Társaság) megbízásából, több forrásból származó, komoly anyagi támogatással. (Az eredményekről lásd pl. Baumeister et al. 1989; Baumeister 1993; Baumeister et al. 1996.)

Baumeister és kutatócsoportja egyfelől a célzott saját vizsgálataik, másfelől a témáról mások által bemutatott kutatások áttekintése nyomán arra a konklúzióra jutottak, hogy a magas önbecsülés Branden által hirdetett előnyei sajnálatosan nem igazolhatók. Az ellentmondásos eredményekből származó konklúziójukat támogató tényanyagot a kilencvenes évektől kezdődően rangos szakmai folyóiratokban tették közzé, méghozzá eléggé figyelemfelkeltő stílusban (lásd pl. Baumeister et al. 1996, ahol a tanulmány címében egyenesen *A magas önbecsülés sötét oldala* kifejezést használják), ám úgy tűnt, hogy az önbecsülés-emelés előnyeinek hirdetői ezeket az információkat nem igazán veszik tekintetbe. Baumeister és kutatócsoportja vélhetően ennek köszönhetően készített el és jelentetett meg egy hatalmas tényanyagot áttekintő, igen kritikus hangvételű, összefoglaló tanulmányt (Baumeister et al. 2003). Minden olyan, a témáról eddig publikált könyv és folyóiratcikk tényanyagát megvizsgálták, amelyek eredeti vizsgálatokat mutattak be az önbecsülésre vonatkozóan. Így jutottak arra a következtetésre, hogy a magas önbecsülés előnyei erősen megkérdőjelezhetők. Számos elméleti és módszertani problémára hívták fel a figyelmet és bemutatták az ellentmondásos eredményeket az önbecsülés szempontjából legfontosabb területeken: az iskolai vagy munkahelyi teljesítménytől az interperszonális kapcsolatokon át a különböző devianciákig és patológiákig. Baumeister és munkatársai összefoglalója elsősorban a felhalmozott kutatási tényanyag kezelhetőségét segíti elő, beleértve a módszertani és elméleti problémák felismerését is. A problémákra azonban nem kínálnak operacionalizálható megoldásokat. Az ellentmondásos eredmények mögött rejlő legfontosabb elvi probléma azonban elég jól kitűnik ebből az áttekintő anyagból is. Ez nem más, mint hogy a kutatók nem feltétlenül ugyanazt értik az önbecsülés fogalmán, vagyis nem egyformán definiálják a jelenséget.

Számunkra, magyarok számára már maga a fogalomhasználat is kritikus, hiszen az angol self-esteem (amit az *önbecsülés* terminussal fordítunk magyarra) nem teljesen azonosítható a magyar *önértékelés* kifejezéssel. A magyar önértékelés szavunk ugyanis önmagában értéksemlegesnek tűnik, vagyis csak egy jelzővel kiegészítve tudjuk meg, hogy valakinek milyen az önértékelése: pozitív vs. negatív, illetve magas vs. alacsony. Az angol self-esteem viszont már eleve pozitív konnotációjú, vagyis ha valakire vonatkozóan a self-esteem kifejezést használjuk, az nemcsak azt jelenti, hogy valaki értékelni próbálja önmagát, hanem arra utal, hogy az illető *kedvezően ítéli meg* önmagát.[1] Ebben az értelemben az önbecsülés felcserélhetőnek tűnik (de legalábbis kontaminálódhat) olyan fogalmakkal, mint az önbizalom, büszkeség, önszeretet stb. Emiatt egyes szerzők igyekeznek is elhatárolni az önbecsülés fogalmát/jelenségét az ilyen rokon jelentésűnek tűnő fogalmaktól/jelenségektől, mások viszont ezeket is bevonják az önbecsülés definíciójába. Ennek fényében nem lepődhetünk meg azon, ha e két tábor „önbecsülés-vizsgálatainak" eredményei nem konvergálnak.

Nézzünk meg példaként néhány önbecsülés-definíciót!

[1] Az önbecsülés/önértékelés nyelvi kifejezésének problémáival egy korábbi tanulmányban részletesebben foglalkoztunk (lásd V. Komlósi 2007).

PRÓBÁLKOZÁSOK AZ ÖNBECSÜLÉS JELENSÉGÉNEK MEGHATÁROZÁSÁRA

A legáltalánosabb megfogalmazások szerint: *Az önbecsülés nem más, mint sajátos érzelemmel társuló értékelő viszonyulásunk a saját énünkhöz.*

Ennek a megközelítésnek szakszerű megfogalmazását találjuk az énteoretikusként szaktekintélynek számító Baumeister (1998) definíciójában, aki „*a reflektív tudat értékelő aspektusaként*" határozza meg a jelenséget, vagyis azt „*az önismereten (a személy önmagára vonatkozó tudásán – „self-knowledge") alapuló értékelő ítéletnek*" tartja, és szerinte maga az önbecsülés-fogalom eleve a személy önmagára vonatkozó értékelésének *pozitivitás*át hordozza (lásd i. m. 694).

Az önbecsülés/önértékelés meghatározásakor az énélményünk, illetve énfogalmunk a kiindulás. Egészen pontosan arról van tehát szó, hogy *a reaktív énünk* (amit az angol „I" jelöl) *valamilyen módon értékeli a „felépített", „leképezett", vagyis mentális tartalomként tárgyiasítható énünket* (amit az angol „Me" jelöl), *és ennek az értékelő folyamatnak a következményeként (avagy részeként) sajátos érzelem keletkezik*.

Ebből a gondolatmenetből elég nyilvánvalóan következik, hogy az önbecsülés (illetve az önértékelés) az *énünk egészé*re vonatkozó értékítéletünket fejezi ki.

Az én kognitív elméletei azonban egyértelművé tették, hogy az önreprezentáció olyan folyamat, amelynek során sokféle helyzetben és sokféle módon képezzük le önmagunkat, vagyis több énképből (énsémából) áll össze az a rendszer, amit énnek nevezünk.[2] Így belátható, hogy az én értékelése történhet úgy, hogy a teljes énrendszert – minden összetevőjét beleértve – általánosan minősítjük, de az is elképzelhető, hogy az egyes énösszetevőket külön-külön ítéljük meg. Ez az utóbbi lehetőség már amiatt is sokarcúvá teszi az önbecsülést, hogy az egyes énösszetevők más-más időben és más-más reprezentációs útvonalon válnak a kognitív énrendszer részévé. (Gondoljunk csak az olyan énösszetevőkre, mint a „kollektív én", a „lehetséges énképek", vagy csupán a különböző élethelyzetekben, avagy szerepekben leképezett önmagunk.)

Az önbecsülés témában klasszikusnak tekinthető Rosenberg egy néhány munkatársával közösen publikált tanulmányában (Rosenberg et al. 1965) már több mint negyven évvel ezelőtt arra hívta fel a figyelmet, hogy az önbecsülés mindkét formában tetten érhető, de pszichés folyamatokként – különös tekintettel a két különböző úton generálódó önbecsülés következményeire – nagyon határozottan elkülönül e kettő. Azt találták ugyanis, hogy mindenkinél működik az énrendszer egészének általános megítélése, amit ők „*globális*" önbecsülésnek neveznek, és ez a *pszichés jóllétérzés* szempontjából meghatározó. Ezzel szemben az énrendszer egyes összetevőinek külön-külön értékelése is lehetséges; ezt nevezik ők „*specifikus*" önbecsülésnek. Eredményeik szerint ez utóbbi viszont közvetlenül a *viselkedés*re van hatással.

[2] A kognitív énelméletekről magyar nyelven lásd pl. a V. Komlósi – Nagy J. (2003) által szerkesztett kötetet.

Többen is fontosnak tartják, hogy az *önbecsülést/önértékelést* elkülönítsék néhány rokon jelentésűnek vélt fogalomtól, köztük pl. az *önbizalom*tól *(self-confidence).*

Rosenberg (1979) szerint: „Az *önbizalom* alapvetően a kihívásokkal való sikeres megküzdés, illetve az akadályok sikeres legyőzésének anticipációja, vagy általánosabban fogalmazva, az abban való hit, hogy az egyén képes úgy alakítani a dolgokat, hogy azok a belső vágyaival összhangban legyenek. Az *önbecsülés* ezzel szemben az *önelfogadást, önmagunk tiszteletét* (kiemelések – V. K. A.), az én értékességének érzését foglalja magába" (i. m. 31, idézi Harter 2003/1983, 261).

Maarit Johnson svéd kutatónő, aki a PhD-disszertációját (1997), majd egy könyvet (2008/2003) szentelt a jelenségnek, ugyancsak igyekszik megkülönböztetni néhány analógként használt fogalmat. Szerinte az önbecsülés „azt mutatja meg, hogyan értékeljük a saját énképünket, illetve a belső megelégedettség érzését és az önmagunk iránt érzett bizalmat" fejezi ki… „Az önbecsülés azt jelenti, hogy értékeljük, amik és amilyenek *vagyunk*." Ezzel szemben az önbizalom „arra utal, amit *teszünk*, ezért egy sokkal inkább helyzetfüggő és változó része az énnek" (2008/2003, 13).

Johnson (1997; 2008/2003) ezen túlmenően – Rosenberg és munkatársai törekvéséhez hasonlóan – azt is igyekezett kimutatni, hogy az önbecsülésnek két nagyon eltérő formája van, amelyek hátterében különböző pszichés folyamatok állnak. A Rosenberg vezette kutatócsoporttól eltérően ő nem a „globális" vs. „specifikus", hanem a *„belső" vs. „külső"* önbecsülés megkülönböztetést javasolja. A belső önbecsülés nála azért nem azonos a globálissal, mert kissé továbbmegy egy általános (tudattalanul átlagolt) önértékelés fogalmánál. A következőképpen fogalmaz: „Az én modellem úgy definiálja a (belső) önbecsülést, mint az egyén önmaga iránti feltétlen szeretetét, beleértve önmagunk tiszteletét, valamint a belső biztonságot és bizalmat is" (i. m. 2008/2003, 38). Szerinte ez a „belső" önbecsülés a korai fejlődés során, a szülői visszatükrözés nyomán alakul ki, úgymond „kapjuk" a szüleinktől. Ez egyfajta stabil, általános értékérzetet alapoz meg – sajnos akár pozitív, akár negatív értelemben. Ehhez a belső önbecsüléshez képest Johnson szerint mindenkinél működik egy általa „külsőnek", „elnyertnek", illetve „megszerzettnek" nevezett önbecsülés is. Ezt az utóbbit magunknak kell megszereznünk, vagyis tennünk kell érte. Ez a külső önbecsülés ebben az értelemben „kontingens", vagyis feltételes: a cselekvéseink, viselkedésünk függvénye. Például jól kell teljesítenem ahhoz, hogy elismerjenek, vagy szépnek, kedvesnek kell lennem ahhoz, hogy elfogadjanak. Itt az a lényeg, hogy valami külső normának (külső normák szerinti „értéknek") kell megfelelni ahhoz, hogy értékesnek érezzük önmagunkat.

Nézzük meg az egyik legrégebbi – és a szakmában mértékadó –, Jamestől származó önbecsülés-meghatározást: *önbecsülés = képesség (avagy siker)/igényszint (ambíció)* (1890/1963, idézi Johnson 2008/2003; illetve Seligman et al. 1995, 30). Ebben – Johnson elmélete szerint – az „elnyert", azaz „külső" (kontingens) önbecsülést fedezhetjük fel. (Igaz, abban a formában, hogy a „külső elvárásokat" elvileg már belsővé tettük egyfajta igényszint formájában.)

Seligman és munkatársai (1995) a James-féle definíciót arra használják, hogy megvizsgálják, a definícióból következően mikor jelentkezhet magas önbecsülés. Az egyik lehetőség, hogy sikereket érünk el (fejlesztve a képességeinket teszünk a sikerért), míg a másik, hogy csökkentjük az igényszintünket. Seligman és munkatársai értelmezése szerint az önbecsülést úgy kell felfognunk, mint amelynek két komponense van. Az egyik a *jó érzés* (feeling-good) önmagunk iránt, a másik pedig a *jól csinálom* (doing well) érzése. Úgy vélik, hogy a második komponenst fontosabbnak kellene tartanunk, mint az elsőt. (Szerintük az önbecsülés-mozgalom abban hibázott, hogy az első komponens erősítésére tette a hangsúlyt a második helyett. Seligmanék ezen okfejtésére később még visszatérünk.)

Az önbecsülés-kutatók körében jól ismert Crocker (2006) elmélete, aki ugyancsak az önbecsülés két minőségileg eltérő formáját feltételezi. Cantor (1990) személyiségvonás-értelmezése nyomán Crocker ezeket úgy különbözteti meg, hogy az egyik az, *amivel rendelkezünk*, a másik pedig az, *amire törekszünk*. Vagyis feltételezhető, hogy van egy viszonylag állandó önbecsülésforma (mint „birtokolt" vonásdiszpozíció), és ahhoz képest van egy másik, dinamikusan változó, a folyamatos önszabályozásban szerepet játszó önbecsülésforma is.

Utolsó példaként Branden (1997) definícióját idézzük. Itt azt fogjuk látni, hogy nála az önbecsülés és az önbizalom lényegében elválaszthatatlanok egymástól.

„Az önbecsülés egy diszpozíció arra, hogy úgy éljük meg magunkat, mint aki kompetensen meg tud birkózni az élet alapvető kihívásaival, és hogy érdemesek vagyunk a boldogságra. Az önbecsülés azt jelenti, hogy biztosak vagyunk abban, hogy elménk hatékony gondolkodási képességgel rendelkezik. Bővebben kifejtve ez azt jelenti, hogy hiszünk abban, hogy képesek vagyunk tanulni, helyes választásokat tenni, helyes döntéseket hozni, és hatékonyan reagálni a változásra. Az önbecsülés annak átélését is jelenti, hogy a siker, a teljesítmény, a beteljesülés – boldogság – természetesek számunkra és jogunk van ezekhez. Teljesen nyilvánvaló ennek a fajta önbizalomnak a túlélési értéke; ezért veszélyes, ha ez hiányzik" (az idézett műből Branden által kiemelt fejezet az interneten, 1).

Már csak e fenti néhány példából is látható, nincs teljes konszenzus abban, hogy mit is értsünk önbecsülésen. A jelenség körüli vita újabb és újabb szempontokat hozott felszínre, amelyek többnyire tovább bonyolították a képet. A legújabb monográfiák és tanulmánygyűjtemények (lásd pl. Ellis 2005; Kernis 2006) legfőbb érdeme, hogy felhívják a figyelmet az önbecsülés/önértékelés jelenség komplexitására és a vitás területekre.

Tény, hogy ma már a téma minden mértékadó kutatója *többarcú jelenség*ként írja le az önbecsülést.

Ahogy a fogalom/jelenség egyre differenciáltabbá válik, egyre többen próbálják operacionalizálni az önbecsülést. A különböző önbecsülés-értelmezésekhez különböző mérőeljárások születtek (lásd pl. Pelham–Swann 1989; Farnham et al. 1999; Forsman–Johnson 1996; Crocker et al. 2003; Johnson–Blum 2006 stb.). Az ezekkel nyert eredmények alapján pedig a kiinduló definíciók pontosítása zajlik.

A következőkben azt fogom bemutatni, hogy eddig milyen önbecsüléstípusokat különítettek el a kutatók, és hogy e különböző megközelítésekből származó önbecsülés-tipológiák mely pontokon látszanak konvergálni.

GLOBÁLIS ÖNBECSÜLÉS

Az önbecsülés egyfajta általánosított élményének jelensége akkor vált igazán ismertté, amikor bekerültek a szakmai köztudatba Rosenbergnek és munkatársainak a globális vs. specifikus önbecsüléssel kapcsolatos eredményei (Rosenberg 1965; Rosenberg et al. 1995). Ettől kezdve hatalmas mennyiségű vizsgálat született e két önbecsüléstípus eltérő működésmódjának ellenőrzésére.

A globális önbecsülésnek eredetileg kétfajta operacionalizálási lehetősége kínálkozott:

1. Mérjük az önbecsülést különböző területeken, és ezekből egy összpontszámot alakítunk ki. Lásd pl. a Coopersmith Self-Esteem Inventory-t, ahol a tartalmi körök: iskola, kortársak, szülők és az énre vonatkozó általános utalások (Coopersmith 1959; 1967). Néhány példa a tételekből: „népszerű vagyok a kortársaim körében"; „nem nézek ki olyan jól, mint mások".

2. Eleve olyan kérdőívtételeket fogalmazzunk meg, amelyek már önmagukban is valamifajta általános, „globális" önbecsülésre utalnak. Lásd pl. a Rosenberg-kérdőívből egy pozitív és egy fordított tétel: „úgy érzem, értékes ember vagyok, legalábbis másokhoz képest"; „bárcsak jobban tudnám magam tisztelni".

E két megoldás közül a második került ki győztesen, mind módszertani, mind elméleti szempontból, ezért a továbbiakban ezzel foglalkozunk.

Rosenberg és munkatársai (1995) a globális önbecsülés-konstruktumuk központi elemeként az *önelfogadás*t és az *öntisztelet*et határozták meg. Nem tagadták, hogy a globális önbecsülésnek a viselkedéshez, teljesítményhez is köze lehet, de úgy találták, hogy ez a kapcsolat nagyon esetleges: a korreláció 20–30 között mozog. Ahogy fentebb is jeleztük, kimondták viszont, hogy a globális önbecsülésnek szorosabb a kapcsolata a jólléttel, mint a specifikus önbecsülésnek. (Jóllétmutatóként a depressziót, szorongást, élettel való elégedettséget, boldogságot stb. használták.) Néhány korai – 1966-ból és 1968-ból származó – eredményüket táblázatba szerkesztve mutatták be a pszichológiai jóllét kapcsolatát a globális vs. specifikus önbecsüléssel (Rosenberg et al. 1995, 147). Ebből emelünk ki néhány példát az *1. táblázat*ban.

1. táblázat. Példák Rosenberg és munkatársai (1995) tanulmányából a globális és specifikus önbecsülésnek a pszichológiai jóllét mutatóival való korrelációira

Pszichológiai jóllét	Globális önbecsülés	Iskolai teljesítményen alapuló (specifikus) önbecsülés
Depresszió	–.432***	–.103***
Általános szorongás	–.232***	–.010
Élettel való elégedettség	.318***	–.052*
Boldogság	.499***	.105***

* p<.05 ** p<.01 ***p<.001 N = 1 886

A két önbecsüléstípusnak azonban nemcsak a jólléttel, hanem a teljesítménnyel való kölcsönkapcsolatát is elemezték. Ezen a területen nagyobb esély van arra, hogy a korreláció megállapítása helyett az ok-okozatot is ellenőrizzék, hiszen a teljesítmény változékony, illetve változtatható. Ebben a vonatkozásban pl. azt találták, hogy az iskolai teljesítmény pozitív vagy negatív irányú változásának csupán a teljesítményalapú *(specifikus)* önbecsülésre lesz jelentősebb hatása, a *globális* önbecsülésre viszont ez alig hat.

Lényegében hasonló eredményekről számol be Baumeister és kutatócsoportja (Baumeister et al. 2003) nagy összefoglaló tanulmánya is – mindenekelőtt ez utóbbi, vagyis a területspecifikus önbecsülés és a teljesítmény vonatkozásában, azaz inkább a teljesítménynek van önbecsülést emelő hatása, mintsem fordítva. Itt az az eredmény igazán fontos, hogy az önbecsülés nem igazán hat a teljesítményre, vagyis a magas önbecsülés nyomán nem következik be a teljesítmény javulása. Mint a bevezetőnkben már utaltunk rá, Baumeister és munkatársai az alacsony önbecsülés járványszerű terjedését (illetve annak negatív következményeit), az önbecsülés emelésével gyógyítani akaró Branden-féle misszió hitelességét akarták ellenőrizni. Emiatt különösen érdekes ez az előbbi adat a teljesítmény és önbecsülés kapcsolatáról. Mivel a Baumeister vezette kutatócsoportnak a magas önbecsülés jótékony következményeinek igazolása, illetve cáfolata volt a fő célja, az idézett átfogó tanulmányban nem helyeznek túl nagy súlyt az önbecsülés elméleti problémáinak a tisztázására. Az általuk felvonultatott gazdag tényanyagot a magas vs. alacsony önbecsülés nézőpontjából rendszerezik. Az idézett kutatásokról sajnos többnyire nem tudjuk meg, hogy milyen módszerrel mérték az önbecsülést (vagyis melyik önbecsülést mérték), csupán abból gyaníthatjuk, hogy többnyire a globális önbecsülésről van szó, hogy a specifikusakra külön utalást tesznek. Így abból kiindulva, hogy az esetek többségében a globális önbecsülésről volt szó, figyelemreméltó, hogy az olyan jóllétmutatókkal, mint a depresszió vagy a boldogság, a Rosenberg vezette munkacsoport eredményeihez hasonló korrelációkat találtak.

Baumeister és munkatársai (1996; 2003) közleményeiből származó fontos adat az is, hogy számos fizikai egészségmutatóval is korrelált az önbecsülés. Az alkohol-, cigaretta- vagy droghasználat, továbbá a táplálkozási zavarok (főleg a bulimia) alacsonyabb volt a magas (vélhetően globális) önbecsüléssel rendelkező személyeknél.

Az olyan magatartászavaroknál, mint pl. az agresszió, antiszociális viselkedés (pl. bullying) vagy kockázatos szexuális magatartás, már nem ennyire tiszta a kép. Itt bevezetik a „védekező" magas önbecsülés fogalmát, és arra a következtetésre jutnak, hogy míg a felsorolt magatartászavarok általában az alacsony önbecsüléssel járnak együtt, előfordulnak magas önbecsülésű személyeknél is. Ez utóbbiakról azonban azt gondolják, hogy esetükben nem „genuin" (valódi) magas önbecsülésről van szó. Úgy vélik, ők *védekezés*ből alakítottak ki magas önbecsülést.

Ezen a ponton egy új szempontból kell szemügyre vennünk a *globális önbecsülés* eddigi értelmezését.

Eddig azt állapítottuk meg a globális önbecsülésről, hogy abban a személyeknek egy általánosító énértékérzete jelenik meg, illetve fejeződik ki, és hogy az emberek többségénél ez kedvező önmegítélést jelent (vagyis az önbecsülés kifejezés eleve pozitív konnotációjú). Úgy tűnik, mintha létezne egy olyan pszichés mechanizmus, amely automatikusan summázza az énünkkel kapcsolatos tapasztalatainkat, és szerencsés esetben ennek az értékelésnek a végösszege pozitív, vagyis elfogadjuk magunkat reménytelien létezésre jogosultnak. Valójában ez fejeződik ki Rosenberg (1979) fentebb már idézett definíciójában: „*Az önbecsülés ezzel szemben* (mármint az önbizalommal szemben – V. K. A.) *az önelfogadást, önmagunk tiszteletét, az én értékességének érzését foglalja magába.*" És érdekes módon ugyanez fejeződik ki a már ugyancsak idézett Branden-definícióban (1997) is, noha ő éppen az önbizalommal veszi egy kalap alá az önbecsülést: „*Az önbecsülés annak átélését is jelenti, hogy a siker, a teljesítmény, a beteljesülés – boldogság – természetesek számunkra és jogunk van ezekhez. Teljesen nyilvánvaló ennek a fajta önbizalomnak a túlélési értéke; ezért veszélyes, ha ez hiányzik*" (az idézett műből Branden által kiemelt fejezet az interneten, 1).

Tetten érhetünk tehát egy olyan önbecsülés-mechanizmust, amelynek mintha az lenne a funkciója, hogy egy alapvető értékességérzést, önmagunknak – egyszerűen csak mint humán létezőnek – értékesként való elfogadását biztosítsa számunkra. Úgy tűnik, hogy ezt az alapvető énértékesség-tudatot ragadja meg a „*globális" önbecsülés* Rosenberg-féle tesztje, *egy viszonylag állandó alapönbecsülés-szint*et, amihez képest a területspecifikus önbecsülés változékonyabb, hullámzóbb, és vélhetően másfajta (elsősorban énvédő) önszabályozó folyamatok működtetik.

Ez a kettősség több szerzőnek feltűnt, és emiatt bukkannak fel a globális önbecsülés kifejezés mellett olyan terminusok, mint *alapvető* (pl. Forsman–Johnson 1996), *belső* (Johnson 2008/2003), *vonás jellegű* (Kernis 2006), *valódi (genuin)* (pl. Deci–Ryan 1995), „*mag*" (core) (pl. Judge–Bono 2001), *stabil* (Kernis 2006), *nem védekező* (Schneider–Turkat 1975), *autentikus* (pl. Tracy et al. 2009), *implicit (nem tudatos)* (pl. Farnham et al. 1999; Tafarodi–Ho 2006; Zeigler-Hill 2006) önbecsülés. És természetesen mindezek mellett ott van az ellentétpárjuk, vagyis globális vs. specifikus, alapvető vs. kontingens, belső vs. külső, vonás vs. állapot, stabil vs. törékeny, nem védekező vs. védekező, autentikus vs. önhitt, implicit vs. explicit. Ezek a kifejezések jól jelzik, hogy

sok kutató felfedezte az önbecsülés-mechanizmusok kettős-folyamat jellegét. Ezen folyamatok természetének, illetve az önszabályozásban játszott szerepüknek a tisztázása már megkezdődött, de még nincsenek perdöntő eredmények.

A belső vs. külső, illetve alapvető vs. kontingens önbecsülés működésével kapcsolatos eredmények

Ahogy fentebb láttuk, többen is felfedezték, hogy két, minőségileg eltérőnek tűnő önbecsülésforma létezik. Maarit Johnson egy kutatótársával közösen (Johnson–Forsman 1996) e kétfajta önbecsülést együtt próbálta vizsgálni, hogy kiderítsék, e két önbecsülés-mechanizmus milyen viszonyban van egymással, és a különböző kombinációik milyen kapcsolatban vannak egyéb személyiségtényezőkkel, továbbá hogy milyen viselkedéses következményekkel járnak. Johnson és Forsman a kilencvenes években még az *alapvető vs. elnyert, szerzett (kontingens)* jelzőkkel írta le a két önbecsülésformát (Johnson–Forsman 1996; Forsman–Johnson 1996; Johnson 1997), a későbbiekben azután Johnson (Johnson 2008/2003) a *belső vs. külső* önbecsülés kifejezésekre tér át. Fentebb már bemutattuk, hogy szerintük a belső (alapvető) önbecsülés az énfejlődés nagyon korai időszakában alapozódik meg a szülői tükrözés nyomán. Ez az énértékelmény a későbbiekben finoman modulálódhat, de valójában elég nehezen változik. A *külső (kontingens)* önbecsülés szerepét, dinamikáját (és értelmezését) pedig döntően az fogja meghatározni, hogy milyen *belső (alapvető)* önbecsülésszinttel jár együtt.

Két külön tesztet alakítottak ki a belső, illetve a külső önbecsülés szintjeinek mérésére (Forsman–Johnson 1996), és azt találták, hogy a két kérdőívre adott válaszaik alapján lesznek, akiknél mindkét önbecsülésérték magas lesz, másoknál mindkettő alacsony, és megint másoknál az egyik magas, ugyanakkor a másik alacsony. Ezekből a kombinációkból azután sajátos személyiségműködési mintázatokat láttak kirajzolódni. Johnson (2008/2003) a kétfajta önbecsülés-mutatóik alapján a négy lehetséges kombináció valamelyikébe tartozó személyeket az alábbi módon jellemezte (i. m. 43).

2. táblázat. A belső és külső önbecsülés különböző kombinációi szerinti típusok

		BELSŐ ÖNBECSÜLÉS	
		magas	alacsony
KÜLSŐ ÖNBECSÜLÉS	magas	BOLDOG TELJESÍTŐ	KÉNYSZERTELJESÍTŐ
	alacsony	ÉLETÉLVEZŐ	NÉLKÜLÖZŐ

Röviden a következőképpen írható le a négy típus:

1. A boldog teljesítő

Az ilyen embernek mind a belső, mind a külső önbecsülése magas. Fontos számára a teljesítmény és jólesik neki a dicséret, de az csak pici ösztönzést jelent számára. A megelégedettsége inkább belülről fakad. Nem ijed meg az esetleges kudarcoktól, hiszen bízik önmagában, és a nehéz helyzeteket olyan kihívásnak tekinti, amelyekkel meg fog tudni birkózni. Szereti a versengést, de nem azért, hogy másokat legyőzzön. Azt élvezi, hogy önmagát képes legyőzni, vagyis hogy képes fejlődni.

2. A kényszerteljesítő

Az ilyen embernek alacsony a belső és magas a külső önbecsülése. Valójában nem bízik önmagában. Csak akkor fogadja el önmagát, ha teljesítménnyel tudja igazolni mások és önmaga számára a saját értékességét, és állandóan mások pozitív megerősítését keresi. Folyton verseng másokkal, és képes halálra dolgozni magát, de valójában sohasem elégedett igazán önmagával. Bizalmatlan másokkal és rosszul reagál a kritikára.

3. Az életélvező

Az ilyen embernek magas a belső és alacsony a külső önbecsülése. Örömét leli mindenben: társakban, munkában, pihenésben stb., de nem igazán fontos neki, hogy bármit is komolyan végigvigyen. Így, ha megvolna is a tehetsége valamihez, kicsi a valószínűsége, hogy azt magas szintű kreatív alkotásban kamatoztassa.

4. A nélkülöző

Az ilyen embernek mind a belső, mind a külső önbecsülése alacsony. Ezért nagyon sebezhető. Visszahúzódó, nem vonzzák a kihívások. Noha tart mások elutasításától, ha valaki segítő kezet nyújt neki, azt nagyon nyitottan elfogadja (ezért a jóhiszeműségéért néha még áldozattá is válhat).

Johnson ezzel a tipológiával semmiképpen sem „ítélkezni" akar, vagyis nem állítja, hogy bármelyik konstelláció tökéletes és ideális volna. Egyszerűen fel akarja hívni a figyelmet egyfelől az alacsony önbecsülés (különösen az alacsony belső önbecsülés) lehetséges következményeire, továbbá mind a négy konstelláció speciális viselkedést meghatározó jellegére. Legfőbb tanulságként azt ajánlja, hogy vegyük észre az egyes kombinációkból adódó típusok egyoldalúságát, és próbáljuk meg (vagy segítsük) azokat kiegyenlíteni.

Meg kell jegyezni, hogy a Johnson-féle önbecsülés-tipológia eredetisége ellenére nem ennek megalkotása Johnson legfőbb érdeme. *Ami igazán figyelemre méltó az elméletéből, az a kétfajta (belső vs. külső) önbecsülés nagyon eltérő működésmódjának és eltérő származásának a kimondása.* A korán kialakuló és a feltételezetten következetes (optimális vs. nem megfelelő) szülői tükrözés nyomán korán stabilizálódó belső önbecsülés olyan pszichés mechanizmust alapoz meg, ami kvázi vonás jellegű diszpozícióként működik (Crocker szóhasználatával: az önbecsülésnek ezzel a fajtájával „*rendelkezünk*", vagyis ez a birtokunkban van), és ez adja meg azt a hátteret, amelynek bázisán a külső önbecsülés (Crockert idézve: amire „*törekszünk*") adekvátan vagy inadekvátan fog működni. A viszonylag magas belső önbecsülés hátterén a magas külső önbecsülés reálisan

fog alakulni, vagyis összhangban lesz a „valósággal": a valós teljesítménnyel, avagy a kapcsolati elfogadás természetes, mértéktartó keresésével. Viszonylag magas belső önbecsülés esetén a személynek nincs szüksége arra, hogy mintegy védekezésképpen emelje az önbecsülését, a sikerek hajszolásával vagy narcisztikus önfelnagyítással. Nem az önbecsüléshiány kompenzálásaként fogja keresni a külső önbecsülést, hanem csupán a saját kapcsolati és teljesítménybeli *fejlődés*ének ösztönzőjeként. A valódi, belső önbecsülés bázisán a külső önbecsülés is inkább a belső fejlődés „barométereként" (Emler 2001), nem a külső megfelelés „szociométereként" (Leary et al. 1995; Leary 1999)[3] fog működni.

Érdekes *a magönbecsülés* jelentésváltozása az idők folyamán. Eredetileg a humanisztikus felhangú „valódi én" fogalomhoz kapcsolódóan a *„valódi én" pozitív elfogadását jelentette*. Számos önbecsülés-kutató hivatkozik ezzel kapcsolatban Rogersre (1951) és az általa hirdetett, feltétel nélküli pozitív elfogadásra. A „valódi", avagy „mag" önbecsülés ebben a felfogásban azt jelentette, hogy amennyiben közel tudunk jutni a személyiségünk magját, alapját képező, a környezeti tükrözés hatásaitól viszonylag mentes, torzítatlan énünkhöz, és engedjük azt a maga természetes igényei szerint működni, akkor lényegében elfogadtuk önmagunkat, bízunk önmagunkban, vagyis becsüljük azt a létezőt, amik/akik vagyunk. Újabban az öndeterminációs elmélet teoretikusai (lásd pl. Deci–Ryan 1995) képviselnek a rogersi gondolatmenethez nagyon közel álló felfogást.

A magönbecsülés egy legújabb értelmezése a pozitív pszichológiához kapcsolódó alkalmazott pszichológiában kezd tért hódítani. Judge és munkatársai (lásd pl. Judge et al. 2002; 2003; Judge 2009) a magönbecsülést (CSE – Core Self-Esteem) egy olyan konstruktumként határozták meg, amely négy vonásból tevődik össze: ezek az önbecsülés, kontrollhely, általánosított énhatékonyság és érzelmi stabilitás. A négy vonást a konfirmátoros faktoranalízis eredményei alapján tartják összetartozónak (Judge et al. 1998), egyfajta közös vonásnak, és a vizsgálataik alapján azt állítják, hogy ez a magönbecsülés pozitívan korrelál pl. a teljesítménnyel, a munkával való elégedettséggel, a megküzdéssel, és negatívan pl. a munkanélküliséggel.

A magönbecsülésben a négy vonás összevegyítése az önbecsülés-fogalom „felhígulásának" tűnik, ám ha megnézzük a vonásönbecsülés másfajta konstruktumainak (gondoljunk a fenti jelzőkre: globális, alapvető, valódi stb.) definícióit, vagy az e konstruktumokat mérő tesztek tételeit, azokban is rábukkanhatunk az énhatékonyság vagy az érzelmi stabilitás elemeire. A próbálkozás ezzel az új konstruktummal nem tűnik haszontalannak, azonban nem tarthatjuk szerencsésnek az elnevezését, mert sajnos csak tovább növeli a zűrzavart az önbecsülés fogalma körül.

[3] A „szociométer" kifejezést Leary vezette be (esetenként néhány munkatársával közösen publikálva); az önbecsülés evolúciós funkciójának érzékeltetésére (lásd pl. Leary et al. 1995) Leary kizárólag szociális terméknek tartotta az énértékelés pszichés jelenségét: a társas viszonyokat monitorozó eszköznek. (Az önbecsülés evolúciós magyarázatainak rövid összefoglalását lásd V. Komlósi 2007 önbecsülés-tanulmányán belül.)

Az *autentikus* jelző az autentikus *én* fogalmából származik át az önbecsülésre, éppen úgy, ahogy ezt a *valódi* (genuin) jelzőnél is láttuk. Az *autentikus* önbecsüléssel a védekezésből kialakított, vagyis *védekező* önbecsülést szokták szembeállítani, de tekintve, hogy ez utóbbi egyfajta énfelnagyítási mechanizmussal jön létre, a *narcisztikus* jelző is elterjedt a védekező helyett. Tracy és munkatársai (2009) viszonylag friss tanulmánya arról számol be, hogy eredményeik szerint az autentikus önbecsülés pozitívan járt együtt a sikeres társas kapcsolatokkal és a lelki egészséggel, míg a narcisztikus önbecsülés az agresszióval és az antiszociális viselkedéssel korrelált. Úgy tűnik, ez a friss eredmény is abba az irányba mutat, amit már Baumeister és munkatársai (2003) áttekintő tanulmánya is jelzett.

Amint látható, egyre többen képviselik azt az álláspontot, hogy az önbecsülésnek két minőségileg eltérő formája van, melyeknek eltérő az önszabályozási funkciójuk.

IMPLICIT (NEM TUDATOS) VS. EXPLICIT (TUDATOS) ÖNBECSÜLÉS

Epstein (2006) az önbecsülés kettősségét a saját *racionális-tapasztalati énelmélete* keretében magyarázza és az eddig még nem említett *implicit (nem tudatos) vs. explicit (tudatos) önbecsülés* felosztásra vonatkoztatja. Elmélete szerint kétfajta reprezentációs rendszerben kódoljuk az önmagunkra vonatkozó információkat.

Szerinte az ún. *tapasztalati rendszer* működése tudatelőttes, nonverbális, gyors, erőfeszítésmentes, konkrét, és szorosan összekapcsolódik az affektusokkal. Ezzel ellentétben a *racionális rendszer* logikus, problémamegoldó jelleggel, tudatosan, lassan, főleg verbálisan, erőfeszítések révén, absztrakciókkal, analitikusan és az affektusok befolyása nélkül működik. Mindkét rendszerben megtörténik az én értékelése, ráadásul mindkét rendszerben kétfajta önértékelés működik: egyfelől az önbecsülés mint hiedelem, másfelől mint szükséglet, illetve motívum. A tapasztalati rendszer hiedelmeként az önbecsülés egy olyan kognitív-affektív sémával van összefüggésben, amely az érzelmileg jelentős élményekből áll össze. Ebben a rendszerben az önbecsülés mint motívum arra a késztetésünkre vonatkozik, hogy pozitív érzést éljünk át az önbecsülésünk anticipált növekedése révén. A racionális rendszerben az önértékelés mint hiedelem az én globális értékelése mellett azt is magában foglalja, hogy a személy mennyire tartja magát intelligensnek, kompetensnek, szeretetreméltónak, vonzónak stb. A racionális rendszerben mint szükséglet pedig arra vonatkozik, hogy a személy miért tartja kívánatosnak, hogy egy bizonyos módon viselkedjék (Epstein 2006).

Epstein úgy véli, hogy a tapasztalati rendszer önbecsülése is lehet tudatos, ám a tudatosítással még nem kerül át az önbecsülés a racionális rendszerbe. Szerinte akkor kapunk valódi képet az önbecsülésről, ha mindkét rendszer önbecsülés-működését vizsgáljuk.

Úgy véli, hogy az vezethet hibás alkalmazkodáshoz és védekezéshez, ha a két rendszer önbecsülése között inkongruencia van.

Az implicit vs. explicit önbecsülés értelmezése elég érdekes probléma önmagában, Epstein elméletétől függetlenül is. Kezdetben elsősorban módszertani okokból kezdtek azzal foglalkozni, hogy vajon van-e különbség a „tudatos" és „tudattalan" önbecsülés között (lásd Farnham et al. 1999). Tekintve, hogy az önbecsülés mérésére főként önkitöltős, kérdőíves tesztek terjedtek el, felmerült a gyanú, hogy a tudatos önmegítélés nem feltétlenül azonos a tudattalan, automatikusan működő önértékeléssel. Bár voltak próbálkozások projektív eljárásokkal, azok idő- és munkaigényes formái nem tették lehetővé, hogy nagyobb mintán kiterjedtebb kutatásokat végezzenek velük. Így, amikor a szociálpszichológiában felbukkant a „forradalmi" újításnak számító próbálkozás az implicit (rejtett) attitűdök feltárására (Greenwald–Banaji 1995), majd megjelent az új módszer, az Implicit Asszociációk Teszt (IAT) (Greenwald et al. 1998), azt hamarosan az önbecsülés tesztjeként is használni kezdték (Farnham et al. 1999). Már akkoriban úgy tűnt az eredményekből, hogy az implicit és explicit önbecsülés együttes méréséből állapítható meg, hogy egészséges vagy maladaptív önszabályozási dinamikára lehet-e számítani az önbecsüléssel összefüggésben. Azóta, hogy Epstein az önbecsülésre is kiterjesztette a kettős kódolási elméletét, elég nyilvánvalónak tűnik, hogy az önbecsülés és egészség kapcsolatának értelmezéséhez az implicit és explicit önbecsülés *diszkrepanciá*ja a kulcs. Többen úgy vélik, hogy amennyiben alacsony az implicit és magas az explicit, ez arra utal, hogy az önbecsülés „védekező" jellegű (lásd pl. Jordan et al. 2003), avagy „törékeny" (lásd pl. Bosson et al. 2003). Újabban azonban az ellenkező konstellációt – amikor magas az implicit és alacsony az explicit – is maladaptívnak találták, és „sérült" („damaged") önbecsülésnek nevezték el (lásd Schröder-Abé et al. 2007). Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy mindkét fajta diszkrepancia esetében kedvezőtlenebbek az egészségmutatók, jellemzőbb az agresszióelfojtás és a depresszív attribúciós stílus.

E fenti eredmények fényében feltisztulni látszik a kép, ám ezzel nem mindenki ért egyet. Tafarodi és Ho (2006) ugyanis megkérdőjelezik, hogy az implicit önbecsülést lehet-e egyáltalán éppúgy „értékelő" folyamatnak tekinteni, mint ahogy ez az explicit esetében történik. A felvetésük figyelemre méltó, azonban ez olyan elméleti probléma, aminek a boncolgatásától ehelyütt, ahol az önbecsülésnek (illetve az önbecsülésméréseknek) az egészségpszichológia gyakorlatában betöltött szerepét kívánjuk bemutatni, eltekinthetünk.[4]

[4] Az implicit vs. explicit önbecsülés IAT-teszttel történő mérésével kapcsolatban azonban azt a kritikai megjegyzést tenném, hogy jómagam megkérdőjelezem, lehet-e tudattalan szabályozásról beszélni egy olyan teszthelyzetben, ahol a teszt „teljesítmény jellegű", hiszen motoros választ kíván meg az alternatívák közötti választás.

STABIL VS. TÖRÉKENY (LABILIS, SÉRÜLT ÖNBECSÜLÉS)

Mindenekelőtt jeleznem kell, hogy a „stabil" jelzővel illetett önbecsülés értelmezése nem egységes a szakirodalomban. Ahogy fentebb már láttuk, egyesek a vonás jellegű (belső, autentikus, valódi) önbecsülést tartják stabilnak, de legalábbis stabilabbnak, mint a kontingens önbecsülést. Mások viszont akkor beszélnek stabil vs. labilis önbecsülésről, ha egy-egy személynél ismételt mérések során viszonylag állandó vs. ingadozó önbecsülésértékeket találnak. Kernis és munkatársai (pl. Kernis et al. 1989; Kernis et al. 1992) kezdetben ebben az utóbbi irányban vizsgálódva mutattak ki kedvezőtlen egészségmutatókat és maladaptív önszabályozási dinamikát az ingadozó (instabil, törékeny, labilis) önbecsüléssel jellemezhető személyeknél, de hasonló eredményre jutottak azóta mások is (pl. Zeigler-Hill 2006; Zeigler-Hill et al. 2007).

Kernis (2003) végül a magas önbecsülés előnyeinek felmagasztalásáról (Branden könyvének megjelenése óta) folyó parttalan vita lezárásához használta érvként az önbecsülés (fentebb részletezett) kétarcú jelenségének többfajta megközelítéséből származó eredményeket. Mintegy a gordiuszi csomó átvágásaként azzal a javaslattal állt elő, hogy iktassuk ki a szótárunkból az egészséges személyiséggel megtévesztően összefonódó „*magas*" önbecsülés fogalmát, és vezessük be helyette az „*optimális*" önbecsülés szakkifejezést. Kernis *optimális*nak a *magas* stabil (genuin, valódi), illetve az implicit-explicit viszonyát tekintve kongruens önbecsülést tartja, amennyiben ez az autentikus személyiségműködés bázisán jelenik meg. (Az autentikus működés négy kritériumát pedig a következőkben adja meg: tudatosság, torzítatlan információfeldolgozás, cselekvés és kapcsolódás.)

A témáról folyó szakmai vitában Ryan és Brown (2003) még radikálisabb ötlettel állt elő, amikor tanulmányuknak címében ez a provokatív kérdés jelenik meg: *Miért nincs szükségünk az önbecsülésre*? A saját öndeterminációs személyiségelméletük szemléleti keretéhez nyíltan felvállaltan a buddhista nézőpontot is segítségül hívják, és azt javasolják, hogy tegyük félre végre azt a fajta önbecsülés-felfogást, amelyben természetes, hogy az énre mint tárgyra tekintünk. Az önbecsülés/önértékelés a tárgyiasított énre vonatkoztatva azért problematikus, mert nem egy dinamikusan változó, potenciálisan változó személy „értékét" tükrözi, hanem az aktuális, pillanatnyi teljesítmény és mások szükségletei szerinti „értéket" jelöl. A tárgyként kezelt énünk értéke tehát mindig „feltételes" lesz, mindig függni fog valamitől: mások szempontjaitól vagy éppen az aktuális helyzettől, az aktuális teljesítményünktől stb. Ryan és Brown ezért afelé hajlanak, hogy az önértékelés (önmagunk értékének méricskélése) helyett el kellene fogadnunk önmagunkat egyszerűen a létezéséből adódóan értékes humán lényként, aki dinamikusan változó és potenciálisan fejlődő. Ez a rogersi humanisztikus szemléletet idéző felfogás, és mint tudjuk, Rogers (1959/1980) abban hisz, hogy az ember – kvázi tudattalanul – bizton támaszkodhat az „organizmikus értékelő folyamataira", mert azok a humán kiteljesedés felé vezetik. Szerinte tehát az embernek van

egy tudattalan értékélménye az énjével kapcsolatban: a léte bizonyosságának élménye, és ez elegendő ahhoz, hogy ne vonja kétségbe önmaga létezésének értékét. Az *önelfogadás* tehát paradox módon értékmérés nélküli értékességélményt ad. Rogers azt is jelzi, hogy a pozitív önelfogadást biztosító alapélmény felülíródhat abban az életkorban, amikor az életvezetés már tudatossá lesz, és a létezés értéke a vallási előírások és etikai normák követésének függvényévé válik. Ilyenkor az „organizmikus értékelő folyamatok" hangja már csak a feltétel nélküli pozitív elfogadás légkörében hallható meg igazán. Ezért tartja fontosnak, hogy akik ezt a hangot már nem hallják, azoknak a terápiás folyamatban kell a feltétel nélküli pozitív elfogadás légkörét biztosítani.

Ryan és Brown (2003), valamint Sheldon (2004) nem értenek egyet azokkal, akik szerint az önbecsülés/önértékelés *alapvető* (intrinsic) *szükséglet*. (Szerintük csupán az autonómia, kompetencia és a kapcsolódás az alapvető szükségletek.) Egyetértenek Kernisszel, aki az optimális önbecsülés jelenségét a tudatos, torzításmentes kognícióval jellemezhető autentikus énműködéshez köti. Úgy vélik, hogy az ilyen autentikusan működő én integrált, a mindfulness (jelentudatosság[5]) állapotában van, és nem keresi az önértékelést, hiszen arra nincs szüksége.

Az eddig bemutatott önbecsülés-koncepciókat summázva úgy tűnik, hogy az *önbecsülés* és az *egészséges személyiségműködés* összekapcsolására két útvonal kínálkozik.

Az egyik út az egészséghez a *magas stabil önbecsülés*. A másik út pedig, amely a magas önbecsülés alternatíváját kínálja, az *értékelésmentes önelfogadás*. Ennek az utóbbi lehetőségnek – melyet Ryan és Brown vetett fel – a mérésére Neff és munkatársai (Neff 2003a; 2003b; Neff et al. 2007) mérőeljárást is kidolgoztak. Neff és munkatársai az „önegyüttérzés"[6] (self-compassion) konstruktumában vélik megtalálni az értékelésmentes önelfogadást. Kérdőívük három faktora jól érzékelteti a jelenség lényegét: 1. *Önegyüttérzés vs. önelítélés*. Kedvesek és elnézők vagyunk önmagunkkal szemben akkor is, ha éppen hibázunk vagy kudarcot vallunk valamiben. 2. *Közös emberi vs. izoláció*. Ha valami nem megy nekünk jól, ahelyett, hogy arra gondolnánk, „bezzeg mások…", inkább arra gondolunk, hogy rajtunk kívül még nagyon sok embernek hasonló gondjai vannak. 3. *Jelentudatosság vs. túlzott azonosulás*. Ha kudarcot vallunk vagy fájdalmas dolgok történnek velünk, akkor ahelyett, hogy hagynánk, hogy beszűküljünk ezekre a negatív érzésekre, inkább megpróbálunk nyitottak maradni, és ezeket a negatív érzéseket is kicsit kívülről szemlélni. A jelenség szakmai elfogadását jelzi, hogy pl. Gilbert és Procter (2006) már az önegyüttérzés fejlesztését szolgáló terápiás eljárást is bemutatnak.

[5] A jelentudatosságról (mindfulness) lásd Kulcsár 2009, 66–86.
[6] A jelenségről lásd Kulcsár 2009, 80–82.

A TESTI-LELKI EGÉSZSÉG ÉS AZ ÖNBECSÜLÉS KÖZÖTTI KAPCSOLAT AZ ÖNBECSÜLÉS KÜLÖNBÖZŐ ÉRTELMEZÉSEINEK FÉNYÉBEN[7]

Mindenekelőtt szögezzük le, hogy szakmai értelemben a *magas önbecsülés* fogalma önmagában ma már használhatatlan.

Az önbecsülés többarcú jelenség, és a különböző önbecsülésfajták különböző módokon lehetnek kapcsolatban a testi-lelki egészséggel, illetve az egészséges személyiségműködéssel. Az önbecsülés fő típusairól folyó vita nyomán legalább háromfajta megközelítésben érdemes vizsgálnunk az önbecsülés és testi-lelki egészség kapcsolatát.

1. Gyümölcsöző iránynak tűnik az ún. „optimális" önbecsülés jellemzőit keresni a vonás (belső, valódi, genuin, mag, autentikus, implicit), stabil vs. kontingens (külső, védekező, explicit), törékeny (labilis, sérült) önbecsülés kombinációinak fényében.
2. Hasznosnak tűnik az önértékelés mellett (esetenként helyett) az önelfogadás, illetve önegyüttérzés fogalmára/jelenségére összpontosítani.
3. Az önbecsülés és a vele összefüggő jelenségek elemzésekor érdemes tekintetbe venni, hogy a kulturálisan eltérő individuális vs. kapcsolódó énszerkezethez kapcsolódik-e az önértékelés.

TESTI ÉS LELKI EGÉSZSÉG A BELSŐ ÉS KÜLSŐ ÖNBECSÜLÉS KOMBINÁCIÓINAK FÜGGVÉNYÉBEN

Johnson (2008/2003) az alacsony belső önbecsülés mellett megjelenő magas külső önbecsülést hajszoló személyeknél talált néhány jellegzetesen maladaptív személyiségdinamikát.

A „kényszerteljesítő" (akinél az alapvető önbecsülés alacsony) az A típusú viselkedésre hajlamos. „Az *ellenséges attitűddel járó A típusú viselkedés* (kiemelés – V. K. A.) alapvetően csak akkor jelenik meg, ha a személy úgy éli meg, hogy egész egyéni értéke a teljesítménytől függ" (i. m. 65). Az ilyen személynél fizikai tünetként – az egyéni hajlam függvényében – migrén vagy magas vérnyomás jelenhet meg.

Ha egy A típusú személynél a belső önbecsülés is magas, akkor az ilyen ember vélhetően sportokban, edzéssel, kompetenciaterületei fejlesztésében vezeti le versengő energiáit (Johnson 2002).

A „nélkülöző" (érzelmileg függő, B típusú személy), akinél ugyancsak alacsony az alapvető önbecsülés és aki a kapcsolatoktól teszi függővé a saját értékét, hajlamos arra, hogy gyomorbántalmaktól, asztmától vagy allergiától szenvedjen (Johnson 2003).

[7] Az önbecsülés és a jóllét, valamint a rizikófaktorok kapcsolatának serdülőkori jellemzőiről lásd Kökönyei 2007.

TESTI ÉS LELKI EGÉSZSÉG A GLOBÁLIS (BELSŐ, STABIL) VS. KONTINGENS (KÜLSŐ, INSTABIL) ÖNBECSÜLÉS-KONSTELLÁCIÓK FÜGGVÉNYÉBEN

Mondjuk ki ezen a ponton is, hogy az önbecsülés kettős mechanizmusát felismerő összes kutatás konklúziója az, hogy az alacsony globális (belső, stabil stb.) önbecsülés mindenképpen kockázati tényezőnek tűnik a maladaptív pszichés és fizikai működés, valamint a maladaptív viselkedés irányában egyaránt.

Ahogy ezt már Baumeister és kutatócsoportja összefoglalójából fentebb kiemeltük, a globális önbecsülés viszonylag jól korrelál a jóllétmutatókkal, továbbá az alkohol-, a cigaretta- vagy droghasználattal, sőt a táplálkozási zavarokkal (főleg a bulimiával) is.

Bizonyos magatartászavarok (pl. az agresszió, antiszociális viselkedés) vagy kockázatos szexuális magatartás azonban éppúgy megfigyelhetők az alacsony, mint a „védekező" magas önbecsüléssel rendelkező személyeknél.

A STABIL VS. TÖRÉKENY, ILLETVE AZ „OPTIMÁLIS" ÖNBECSÜLÉS ÉS AZ EGÉSZSÉGMUTATÓK

Kernis és munkatársai (pl. 1989; 1998; 2000), de nyomukban mások is (pl. Zeigler-Hill–Abraham 2006; Zeigler-Hill et al. 2008) elég meggyőzően igazolják, hogy negatív emocionalitással társuló ingadozó, törékeny önbecsüléssel pszichés, illetve önszabályozási zavarok társulnak (depresszió, borderline személyiség, „hasítás", és általában az éretlen elhárítások).

AZ ÖNBECSÜLÉS ALTERNATÍV JELENSÉGEI (PL. ÖNELFOGADÁS, ÖNEGYÜTTÉRZÉS) ÉS AZ EGÉSZSÉGMUTATÓK

Az önelfogadás- és önegyüttérzés-kutatások afelé konkludálnak, hogy e két (szerzőnként kicsit eltérően definiált) énélmény az általános egészséget, illetve az egészséges személyiségműködést facilitálja. Ebből következően a legkülönfélébb egészség vs. patológia területre vonatkozóan igyekeznek kimutatni, hogy az önelfogadást és önegyüttérzést támogató technikák a betegség enyhülését, illetve a személyiség egészségesebb működését segítik elő. Nézzük meg összefoglalóan, hogy az egyes kutatók mire teszik a hangsúlyt, amikor az önértékelés helyett az önelfogadásnak vagy az önegyüttérzésnek adnak prioritást.

Ahogy ezt fentebb már bemutattuk, az öndeterminációs elmélet képviselői (Ryan–Brown 2003) az önértékelés (önmagunk értékének méricskélése) helyett a rogersi értelemben vett *önelfogadás*t javasolják. Szerintük ugyanis mind a jóllétérzés, mind az egészséges személyiségműködés kulcsa, hogy az intrinsic szükségletek (autonómia, kompetencia, kapcsolódás) kielégülhessenek. Ezt pedig a feltétel nélküli *önelfogadás* és nem a magas önbecsülés segíti elő!

Brandennél – jóllehet a magas önbecsülés apostolaként emlegetik a nevét – ugyancsak igen fontos eleme az *önelfogadás* az egészséges személyiségműködésnek. Az ő önelfogadás-értelmezése azonban más felhangot hordoz, mint az öndeterminációs iskola képviselőié. Szerinte a racionális és tudatos létezésnek a potenciális lehetősége adja meg az alapot ahhoz, hogy *a ráción alapuló helyes cselekvés és fejlődés reményében bízzunk önmagunkban* anélkül, hogy ítélkezőn méricskélnénk magunkat.

Az önbecsülés hat pillére (Branden 1994) című munkájában az alábbiak szerint foglalja össze azokat a gyakorlatokat, amelyek lehetővé teszik a folytonos, folyamatos önvizsgálatot, és amelyek erőteljes önértékérzéshez (sense of self-worth) vezetnek:

1. Tudatos élet – szembesülni a tényekkel, akkor is, ha azok kényelmetlenek
2. Önelfogadás – bármilyen tapasztalás, érzés, gondolat elfogadása
3. Önmagunk iránti felelősség – felelősség a döntéseinkért és tetteinkért
4. Magabiztosság (self-assertiveness) – megfelelően kifejezni a saját gondolatokat, érzéseket, kiállni önmagunkért
5. Céltudatos élet – célokat állítani és azokat követni, ahelyett, hogy a véletlenek vagy külső erők játékszerei lennénk
6. Integritás – az ideáljainkkal, meggyőződéseinkkel összhangban cselekedni

Albert Ellis (2005) *önértékelés/önbecsülés* és *önelfogadás*-felfogása elég közel áll Brandenéhez, legalábbis a tudatosságot illetően. Ellis úgy látja, hogy az önbecsülés két forrásból származhat. Egyfelől a saját tetteink nyomán átélt siker-, illetve kudarcélményből, másfelől abból, ahogy mások megítélnek bennünket. Szerinte azonban nem is e kétfajta eredet okoz problémát, hanem az, hogy bármelyik úton generálódik is az önbecsülés, azt nem a konkrét történésre, helyzetre, tulajdonságra vonatkozóan éljük meg, hanem azonnal az egész személyiségünkre vonatkoztatjuk. Nem azt mondjuk pl. egy kudarcos teljesítmény után, hogy ebben és ebben, ekkor és ekkor rossz, ügyetlen stb. voltam, hanem hogy *én* rossz, ügyetlen stb. voltam. Ellis ezért azt javasolja, hogy a tudati beállítódásunkat kell megváltoztatni oly módon, hogy tanuljuk meg a személyiségünket folytonosan változó, alakuló, fejlődő entitásként elfogadni, és ezt a fajta önelfogadást semmitől se tegyük függővé. Ellis még azt is vitatja, hogy a Rogers-féle feltétel nélküli önelfogadás valóban feltétel nélküli volna. Azt állítja, hogy amennyiben az önelfogadás csak azon az alapon teremtődik meg, hogy a környezet (a szülő, illetve a terapeuta) nem állít feltételeket, akkor paradox módon maga a feltételnélküliség attitűdje válik az önelfogadás feltételévé.

Ellis gondolatmenete igen közel áll az öndeterminációs teoretikusok felfogásához, sőt Dweck (pl. 2002) igen népszerű motivációs felfogásához is. Dweck szerint ugyanis az önfej-

lesztésnek komoly gátja lehet az olyan önkép, amelyben statikus tulajdonságokkal, képességekkel rendelkező, nem pedig folytonosan alakuló, fejlődő lényként éljük meg önmagunkat.

Akár az elméleti koncepciókat, akár a javasolt gyakorlati technikákat nézzük, úgy tűnik, mintha az önelfogadás fenti értelmezési irányai: 1. a belső jelzésekre hagyatkozó és 2. a tudatosságon alapuló (vagyis a humanisztikus alapú öndeterminációs felfogás és a Branden-, valamint Ellis-féle értelmezés) valójában az Epstein-féle kettős kódolás két oldalát jelenítenék meg.

A Neff-féle önelfogadás: a self-compassion, azaz önegyüttérzés (lásd pl. Neff et al. 2007) talán ugyancsak inkább a tudatosságot feltételező önelfogadás-megközelítéshez áll közelebb, hiszen ehhez az attitűdhöz önmagunk iránti tudatosságra van szükség. Ugyanakkor a jelentudatosság-technika (mindfulness) (lásd Kabbat-Zinn 2009/2005), amit Neff az önegyüttérzés fokozására javasol, mintha az Epstein-féle kétfajta rendszer összekapcsolását segítené. Az eddigi eredmények szerint a jelentudatosság-technikával több probléma kezelésében is segíteni tudtak. Ilyenek pl. a krónikus fájdalom- és stressztünetek vagy a depresszió, a szorongás és az étkezési zavarok (Neff 2004).

A MINDENKORI „MÁSOK" SZEREPE AZ EGÉSZSÉGES ÖNBECSÜLÉS DINAMIKÁBAN

Az önelfogadás fent bemutatott értelmezései nemcsak abból a szempontból különböznek, hogy az Epstein-féle leképezési rendszerek melyikére teszik a hangsúlyt, hanem abból is, hogy hogyan értelmezik az önbecsülés vonatkozásában az individualitást. Branden egyfajta egoközpontú individualitást hangsúlyoz, míg pl. az öndeterminációsok a „másik" autentikus létezésének tiszteletben tartását feltételező „kapcsolatban levést". Bár ez a két megközelítés valamelyest eltér egymástól, mégis közösek abban, hogy az egészséges személyiségműködés – és egészséges önbecsülésdinamika – értelmezésekor egy erősen individuális énszerkezet feltételezéséből indulnak ki.

Az individualitás vs. kapcsolódás hangsúlya az énképben komoly szakmai vita tárgya az utóbbi évtizedben. Úgy tűnik, hogy az önbecsülés vonatkozásában sem lehet kikerülni azt a problémát, hogy az énszerkezet jellemzőiben komoly kulturális különbségek lehetnek. A nyugati vs. keleti kultúrák ilyen vonatkozású eltéréseiről, és ennek az önértékelési dinamikára vonatkozó következményeiről lásd pl. Heine et al. (1999); Heine (2005); Spenser-Rodgers et al. (2004); Ross et al. (2005).[8]

[8] Ennek részletes ismertetésétől ehelyütt eltekintünk, mert a felsorakoztatott tényanyag elsősorban kultúrközi összehasonlítással foglalkozók számára lehet érdekes, illetve azok számára, akik az énszerkezet kialakulásának elméleti kérdéseivel szeretnének behatóbban foglalkozni. Számukra a fenti hivatkozások is útvonalat kínálnak a további tájékozódáshoz.

ZÁRSZÓ

Ez az áttekintő tanulmány azt célozza, hogy mindazok, akik az önbecsülés/önértékelés és a testi-lelki egészség összefüggéseit a saját egészségfejlesztő munkájukban hasznosítani szeretnék, kellően árnyalt képet kapjanak a témáról. Legfontosabb üzenetként azt érdemes tudatosítani, hogy az önbecsülés/önértékelés többarcú jelenség, ezért bármifajta beavatkozás tervezésekor el kell dönteni, hogy mely aspektusával akarunk foglalkozni.

IRODALOMJEGYZÉK

Baumeister, R. F. et al. (1989): Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of Personality*, 57. 547–579.

Baumeister, R. F. (1993): *Self-esteem: The puzzle of low self-regard.* Plenum Press, New York.

Baumeister, R. F. et al. (1993): When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64. 141–156.

Baumeister, R. F. et al. (1996): Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103. 5–33.

Baumeister, R. F. (1998): The self. In: Gilbert, D. T. et al. (eds): *The handbook of social psychology.* 2, 4th ed. McGraw-Hill, Boston. 680–740.

Baumeister, R. F. et al. (2003): Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4. (1). 1–44.

Bosson, J. K. et al. (2003): Self-enhancement tendencies among people with high explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self and Identity,* 2. 169–187.

Branden, N. (1969): *The Psychology of Self-Esteem: A New Concept of Man's Psychological Nature.* Nash Publishing, Los Angeles.

Branden, N. (1994): *The six pillars of self-esteem.* Bantam, New York.

Branden, N. (1997): What self-esteem is and is not. Interneten közölt fejezet: Branden, N.: *The Art of Living Consciously.* Simon and Schuster, N.Y. könyvéből, az eredeti oldalszámok megjelölése nélkül. http://www.nathanielbranden.com/catalog/articles_essays/what_self_esteem.html

Cantor, N. (1990): From thought to behavior: „Having" and „doing" in the study of personality and cognition. *American Psychologist,* 45. 735–750.

Coopersmith, S. (1959): A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59. 87–94.

Coopersmith, S. (1967): *The antecedents of self-esteem.* Freeman, San Francisco.

Crocker, J. – Nuer, N. (2003): The Insatiable Quest for Self-Worth. *Psycholgical Inquiry*, 14. (1). 5–7.

Crocker, J. et al. (2003): Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology,* 85. 894–908.

Crocker, J. (2006): Having vs. Pursuing self-esteem: Costs and benefits. In: Kernis, M. H. (ed.): *Self-Esteem: Issues and Answers*. Psychology Press, New York.

Deci, E. L. – Ryan, R. M. (1995): Human autonomy: The basis for true self-esteem. In: Kernis, M. H. (ed.): *Efficacy, agency, and self-esteem.* Plenum, New York. 31–49.

Dweck, C. S. (2002): Messages that motivate: How praise molds students' beliefs, motivation, and performance (in surprising ways). In: Aronson, J. (ed.): *Improving academic achievement.* Academic Press, New York. 37–59.

Ellis, A. (2005): *Mith of Self-Esteem. How Rational Emotive Behavior Therapy Can Change Your Life Forever.* Prometheus Books.

Emler, N. (2001): *Self-esteem. The costs and causes of low self-worth.* Joseph Rowntree Foundation.

Epstein, S. (2006): Conscious and Unconscious Self-Esteem from the Perspective of Cognitive-Experiental Self-Theory. In: Kernis, M. H. (ed.): *Self-Esteem Issues and Answers.* Psychology Press, New York, pp. 69–73.

Farnham, S. D. et al. (1999): Implicit Self-esteem. In: Abrams, D. – Hogg, M. (eds): *Social identity and social cognition*. Blackwell, Oxford, UK. 230–248.

Forsman, L. – Johnson, M. (1996): Dimensionality and validity of two scales measuring different aspects of self-esteem. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37. 1–15.

Gilbert, P. – Procter, S. (2006): Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy,* 13. 353–379.

Greenwald, A. G. – Banaji, M. R. (1995): Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102. 4–27.

Greenwald, A. G. et al. (1998): Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *J. Personal. Soc. Psychol.,* 74(6). 1464–1480.

Harter, S. (1983/2003): Az önbecsülés. In: V. Komlósi A. – Nagy J. (szerk.) (2003): *Énelméletek. Személyiség és egészség.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 257–291.

Heine, S. H. et al. (1999): Is there a universal need for positive self-regard? *Psychologycal Review*, 106. 766–794.

Heine, S. H. (2005): Where Is the Evidence for Pancultural Self-Enhancement? A Reply to Sedikides, Gartner, and Toguchi (2003). *Journal of Personality and Social Psychology*, 89. (4). 531–538.

James, W. (1890): *Principles of psychology.* Holt, New York.

Johnson, M. – Forsman, L. (1995): Competence strivings and self-esteem. *Personality and Individual Differences,* 19. (4). 417–430.

Johnson, M. (1997): *On the dinamics of self-esteem. Empirical validation of basic-self esteem and earning self-esteem.* PhD Dissertation. University Department of Psychology, Stockholm.

Johnson, M. (2002): The importance of self-attitudes for Type-A-B, internality, externality, and health status. *Personality and Individual Differences*, 33. 777–789.

Johnson, M. (2003): The vulnerability status of neuroticism: Over-reporting or genuine complaints? *Personality and Individual Differences,* 35. 877–887.

Johnson, M. (2008/2003): *Önbecsülés és alkalmazkodás.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Johnson, M. (2004): Approaching the solutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology,* 9. 419–432.

Johnson, M. – Blom, V. (2007): Development and validation of two measures of contingent self-esteem. *Individual Differences Research,* 5. (4). 300–328.

Jordan, C. H. et al. (2003): Secure and Defensive High Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology,* 85. 969–978.

Judge, T. A. et al. (1998): Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83. 17–34.

Judge, T. A. et al. (2002): Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized selfefficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83. 693–710.

Judge, T. A. et al. (2003): The Core Self-Evaluations Scale (CSES): Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56. 303–331.

Judge, T. A. (2009): Core Self-Evaluations and Work Success. *Current Directions in Psychological Science,* 18. (1). 58–62.

Kabbat-Zinn (2009/2005): *Bárhová mész, ott vagy.* Ursus Libris, Budapest.

Kernis, M. H. et al. (1989): Stability and level of self-esteem as predictors of anger arousal and hostility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56. 1013–1023.

Kernis, M. H. et al. (1992): Stability of self-esteem: Assessment. In: Kernis, M. H. (2005): Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality,* 73. 1–37.

Kernis, M. H. et al. (1998): Multiple facets of Self-Esteem and Their Relations to Depressive Symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 24. (6). 657–668.

Kernis, M. H. et al. (2000): Master of one's psychological domain? Not likely if one's self–esteem is unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26. 1297–1305.

Kernis, M. H. (2003): Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychol. Inquiry*, 14. (1). 1–26.

Kernis, M. H. (ed.) (2006): *Self-Esteem Issues and Answers*. Psychology Press. New York.

Kökönyei Gy. (2007): Önértékelés, jóllét és rizikómagatartás serdülőkorban. In: Demetrovics Zs. és mtsai. (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia.* L'Harmattan. 90–119.

Kulcsár Zs. (2009): *Trauma-feldolgozás és vallás.* Trefort Kiadó, Budapest.

Leary, M. R. et al. (1995): Self-esteem as an interpersonal monitor. The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68. 518–530.

Leary, M. R. (1999): Making Sence of Self Esteem. *Current Directions in Psychology Science*, 32–35.

Neff, K. D. (2003a): The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity,* 2. 223–250.

Neff, K. D. (2003b): Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity,* 2. 85–102.

Neff, K. D. (2004): Self-Compassion and Psychological Well-Being. *Constructivism in the Human Sciences,* Vol. 9. (2). 27–37.

Neff, K. D. et al. (2007): Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41. 139–154.

Pelham, B. W. – Swann, W. B., Jr. (1989): From self-conceptions to self-worth: The sources and structure of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology,* 57. 672–680.

Rand, A. (1961): *For the New Intellectual: The Philosophy of Ayn Rand*. Random House, New York.

Rand, A. (1964): *The Virtue of Selfishness: A New Concept of Egoism*. New American Library, New York.

Rogers, C. (1951/1980; 1959/1980): Személyiség és viselkedés-elmélet. In: Szakács F. – Kulcsár Zs. (szerk.) (1980): *Személyiséglélektani szöveggyűjtemény. II.* Tankönyvkiadó, Budapest. 369–389. 389–404.

Rogers, C. (1951): *Client-centered therapy.* Mifflin, Boston.

Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.

Rosenberg, M. (1979): *Conceiving the self.* Basic, New York.

Rosenberg, M. et al. (1995): Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60. 141–156.

Ross, M. et al. (2005): Cross-Cultural Discrepancies in Self-Appraisals. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 31. (9). 1175–1188.

Ryan, R. M. – Deci, E. (2001): On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology,* 52. 141–166.

Ryan, M. R. – Brown, K. (2003): Why We Don't Need Self-Esteem: On Fundamental Needs, Contingent Love, and Mindfulness. *Psychological Inquiry,* 14. (1). 71–76.

Schneider, D. J. – Turkat, D. (1975): Self-presentation following success or failure: Defensive self-esteem models. *Journal of Personality*, 43. 127–135.

Schröder-Abé, M. et al. (2007): High implicit self-esteem is not necessarily advantageous: discrepancies between explicit and implicit self-esteem and their relationship with anger expression and psychological health. *European Journey of Personality Psychology,* Volume 21. Issue 3. 319–339.

Seligman, M. E. P. et al. (1995): *Optimistic Child.* Houghton Mifflin Company, Boston. Mass. (Idézi Craig, C. 2006.)

Sheldon, K. M. (2004): Benefits of a "Sidelong" Approach to Self-Esteem Need Satisfaction. Comment on Crocker and Park. *Psychological Bulletin*, 130. 421–424.

Smelser, N. J. (1989): Self-esteem and social problems: An introduction. In: Mecca, A. M. et al. (eds): *The social importance of self-esteem.* University of California Press, Berkely.

Spenser-Rodgers, J. et al. (2004): Dialectical Self-Esteem and East-West Differences in Psychological Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 30. (11). 1416–1432.

Tafarodi, R. W. – Ho, C. (2006): Implicit and Explicit Self-Esteem: What Are We Measuring. *Canadian Psychology,* Vol. 47. No. 3. 195–202.

Tracy, J. L. et al. (2009): Authentic and Hubristic Pride: The Affective Core of Self-esteem and Narcissism. *Self and Identity,* Vol. 8. Issue 2. & 3. 196–213.

V. Komlósi A. – Nagy J. (szerk.) (2003): *Énelméletek. Személyiség és egészség.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

V. Komlósi A. (2007): Napjaink önértékelés-kutatásainak áttekintése. Önértékelés és/vagy önelfogadás? In: Demetrovics Zs. és mtsai. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig. Tanulmányok Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére.* Trefort Kiadó, Budapest. 20–46.

Zeigler-Hill, V. (2006): Discrepancies Between Implicit and Explicit Self-Esteem: Implications for Narcissism and Self-Esteem Instability. *Journal of Personality,* 74. 1. 119.

Zeigler-Hill, V. et al. (2008): Psychological defense and self-esteem instability: Is defense style associated with unstable self-esteem? *Journal of Research in Personality*, 42. 348–364.

Zeigler-Hill, V. – Abraham, J. (2006): Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology,* 25. 668–687.

Berkes Tímea

AZ ISZKÉMIÁS SZÍVBETEGSÉGEK PSZICHOLÓGIAI HÁTTERE

BEVEZETÉS

A szív- és érrendszeri megbetegedések csoportja gyakorisága és súlyossága alapján is a legfontosabb betegségek közé tartozik a nyugati világban. Magyarországon a második helyen szerepel a leggyakrabban problémát okozó betegségek között: a férfiak 12,6%-át, a nők 14,0%-át érinti (Kovács–Mészáros 2006). Nemcsak gyakorisága miatt jelent kihívást az egyének, az egészségügy, illetve a társadalom számára: mind a morbiditás, mind a mortalitás szempontjából súlyos betegségek tartoznak ebbe a csoportba (Kovács–Mészáros 2006). A kardiovaszkuláris megbetegedések a nyugati világban mindenütt a vezető halálokok között szerepelnek; a WHO előrejelzése szerint 2020-ra ez lesz a leggyakoribb krónikus betegség, illetve a munkaképesség-csökkenés vezető oka (Balog 2006). Magyarországon nagyrészt e betegségcsoport következtében alacsonyabb a várható élettartam, különösen a férfiak esetében, mint akár Nyugaton, akár a környező közép-európai országokban (Kopp et al. 2006; Balog 2006).

Jelen tanulmány célja, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések egyik csoportjának, az iszkémiás szívbetegségeknek a pszichoszociális hátterét áttekintse. Kiemelt figyelmet fordítunk a betegségcsoport kialakulásával és progressziójával kapcsolatos eredményekre. Először vázlatosan ismertetjük az ebbe a csoportba tartozó megbetegedéseket, majd a velük kapcsolatos pszichológiai háttér kerül feldolgozásra. Először az ellenségesség és harag témakörébe tartozó fogalmak szívbetegségekkel való összefüggéseit tekintjük át, utána a depresszió és a szorongás, illetve a hozzájuk kapcsolható jellemzők kerülnek sorra. Ezt követően a kutatás jelenlegi irányait ismertetjük. A szívbetegségekkel kapcsolatban fontos szerepet játszik a társadalmi háttér; ennek áttekintésére azonban tanulmányunk keretei nem adnak lehetőséget.

AZ ISZKÉMIÁS SZÍVBETEGSÉGEK

Az iszkémiás szívbetegségek fajtái

A pszichológiai szakirodalom a szívbetegségek közül a szívkoszorúerek megbetegedéséből származó betegségekkel foglalkozik elsősorban. E betegségek az iszkémiás szívbetegségek közé tartoznak; a szívizom vérellátási zavarával, tehát oxigénhiányos állapotával járnak (Árvay és mtsai. 1996). Általában a szívet ellátó közepes és nagy artériák elmeszesedése következtében alakulnak ki.

Az iszkémiás szívbetegségek közé az angina pectoris és a szívizominfarktus tartozik. Az angina pectoris lehet stabil angina (a mellkasi fájdalom terhelés hatására lép fel és pihenést követően megszűnik), illetve lehet instabil angina (nyugalmi helyzetben is jelentkezik a fájdalom). A szívizom vérellátásában fellépő akut zavart akut koronária-szindrómának is nevezik; az instabil angina és a szívizominfarktus tartozik ebbe a csoportba. Jellegzetes tünete az általában nyomó vagy szorító fájdalomként jellemzett mellkasi fájdalom, ami kisugározhat a vállba, karokba, hátba vagy a nyakba, alsó állkapocsba. Angina esetében rövid ideig jelentkezik a fájdalom, infarktus esetében azonban általában hosszabb időn át tartó fájdalom lép fel. Infarktus során a vérellátási zavar által érintett szívizom elhal, amennyiben nem állítják helyre tizenkét órán belül a vérellátását.

A szív érintett területének a vérellátását helyreállíthatják a vérrög gyógyszeres feloldásával vagy az elzáródás mechanikus megnyitásával, valamint az elzáródott érszakasz megkerülésével. Az elzáródás mechanikus megnyitását szívkatéterezéssel végzik, a beavatkozás során sztent beültetésére is sor kerülhet, ami a szűkült érszakaszt kitágítja (PCI: perkután koronária-intervenció). Másik lehetőség a sérült érszakasz megkerülése szívsebészeti eljárással (CABG: bypassműtét); ennek során a szervezet más részéből kivett ér beültetésével teremtik meg az összeköttetést az elzáródott érszakasz kikerülésével. Az infarktuson átesett betegek ellátása először a kórház koronáriaőrzőjében történik, utána kerül a beteg a kardiológiai osztályra.

A továbbiakban szívbetegség alatt az iszkémiás szívbetegséget értjük; a szívkoszorúér-megbetegedés vagy koronáriabetegség elnevezést az iszkémiás szívbetegség szinonimájaként használjuk. Az angol szakirodalom általában rövidítésekkel jelöli e betegségeket: a *CVD (cardiovascular disease)* az *összes szív- és érrendszeri megbetegedés*t jelenti, tehát beletartozik a szívbetegségek mellett pl. a stroke vagy a magas vérnyomás is. A CHD *(coronary heart disease)* vagy a CAD *(coronary artery disease)* viszont *a szívkoszorúerek* megbetegedését jelöli.

Az érelmeszesedés folyamata

A hagyományos felfogás szerint az érelmeszesedés során a sérült érfalon zsírok és sók rakódnak le, ezek ún. plakkokat (kötőszövetes tokkal, ún. sapkával borított elváltozásokat) képeznek. Emiatt az ér átmérője fokozatosan szűkül (sztenózis), így csökken a szív vérellátása és nő a vérnyomás. Mellkasi fájdalom akkor jelentkezik, ha a szűkület kb. 75%-nál nagyobb. Akut triggerek hatására megrepedhet a plakk: bevérzik, a véralvadási folyamat miatt hirtelen megnő, vérrög (trombus) képződik, a levált darabok (embolus) pedig elzárhatják az eret.

Az érelmeszesedést jelenleg *gyulladásos megbetegedés*nek tekintjük (Halmos és mtsai. 2004; Libby et al. 2002). Bizonyos hatásokra (dohány, magas vérnyomás, LDL-koleszterin vagy érzelmi stressz) az ér belső hártyája megsérül, ami immunválaszt indít el. Az érfalba monociták és aktivált T-sejtek kerülnek, ahol helyi gyulladásos folyamatot tartanak fenn. Közben az érfalba LDL-koleszterin hatol, ami további gyulladásos választ provokál. Innentől kezdve a gyulladásos folyamat fenntartja önmagát, a sérülés fokozatosan nő. Kialakul a sapka a sérült artériarész körül; a gyulladásos mediálók hatására megváltozik az anyagcseréje, gyenge lesz. Emiatt könnyebben megreped, bevérzik, a vérrög pedig elzárhatja az eret (Libby et al. 2002).

A szívkoszorúér-megbetegedések kockázati tényezői

A kockázati tényező a betegség kialakulásával oksági kapcsolatban levő jellemző, melynek módosításával a betegség kialakulásának esélye is módosítható (O'Donnell–Elosua 2008). A fogalom 1961-es megjelenése szemléletváltást eredményezett: ez vezetett a prevenció megjelenéséhez.

A szívbetegség nem módosítható rizikófaktora az életkor, a nem és a genetikusan meghatározott hajlam (családi előfordulás, egyéni anamnézisben érbetegség, illetve a rassz). Módosítható kockázati tényező a magas vérnyomás, a dohányzás, a cukorbetegség, a magas vérzsírszint (az LDL-koleszterin magas szintje és a HDL-koleszterin alacsony szintje), illetve a mozgásszegény életmód, az elhízás és a túlzott alkoholfogyasztás (O'Donnell–Elosua 2008; Árvay és mtsai. 1996). Újabb lehetséges rizikófaktorokat is vizsgálnak: egyes gyulladásos markereket, illetve a véralvadásban szerepet játszó tényezőket (Ridker 1999).

A hagyományos kockázati tényezők (az említett módosítható rizikófaktorok) a szív- és érrendszeri betegségek előfordulását kb. 40%-ban magyarázzák (Balog 2006), mellettük tehát jelentős szerepe van a pszichoszociális kockázati tényezőknek.

Ellenségesség és harag

A szívbetegségekkel kapcsolatban az ellenségesség és a harag témakörébe tartozó jellemzők kerültek először a figyelem középpontjába. A korai irodalom összefoglalása után az A típusú viselkedésmintával kapcsolatos kutatásokat ismertetjük, végül az ellenségesség és a harag szűkebb témájával foglalkozunk.

Korai pszichodinamikus irodalom: agresszió

A korai pszichodinamikus tanulmányok (pl. Dunbar 1943; Kemple 1945; Menninger–Menninger 1936) az agresszióra fókuszáltak (Diamond 1982), és általában projektív technikákat alkalmaztak. A kevés vizsgált személy alapján levont következtetéseik azonban nem általánosíthatók. Példaként Arlow (1945) tanulmányát ismertetjük, aki infarktuson átesett betegek (n = 9) Rorschach-jegyzőkönyvét dolgozta fel. Elemzései szerint a személy gyerekkori alapkonfliktusa az apától való félelem és az apa iránt érzett irigység volt, amit az apával való azonosulással próbált feloldani. Az azonosulás azonban nem teljes; ebből folyamatos belső bizonytalanságérzés származik, amit szüntelen teljesítményre törekvéssel igyekszik feloldani. Teljesítményei ellenére azonban a belső bizonytalanságérzés megmarad, miközben az autoritással való alapkonfliktust ismételten átéli. Társadalmi szempontból ez a személyiségtípus elég „jövedelmező", viszont személyes téren nem oldja meg a személy problémáit.

AZ A TÍPUSÚ VISELKEDÉSMINTA

Az A típusú viselkedésminta fogalma és mérése

A koronáriabetegségekkel kapcsolatban sokáig az A típusú viselkedésmintát tárgyalta a szakirodalom (magyar nyelven B. Kakas 1995). A fogalmat Rosenman és Friedman kardiológusok alkották meg az 1950-es évek végén. Ez a viselkedésminta „egyrészt bizonyos személyiségjegyek kombinációjából ered, mint például túlzott versengő hajtóerő, az elismerés, haladás és eredmény iránti állandó igény, illetve állandó hajlam arra, hogy többszörös szakmai és egyéb tevékenységeket végezzen, másrészt pedig a »határidőkbe« való állandó belemerülésből" (Rosenman–Friedman 1961, 1173). Később a definíció kibővült: „a fogalom tág értelemben minden olyan emberre vonatkozik, aki agresszív és nem szűnő harcban áll azért, hogy egyre többet érjen el egyre kevesebb idő alatt" (Friedman–Rosenman 1974, idézi Espnes 2002, 100). Azokat, akik nem mutatják ezeket a viselkedésjegyeket, B típusú viselkedésűeknek nevezik. A fogalom

bizonyos szituációkban mutatott *viselkedéses jellemzők* elnevezésére szolgált, ennek ellenére a szakirodalomban előfordul az A típusú személyiség elnevezés is.

Az A típusú viselkedésminta hátteréről szóló elképzelések egy része a kultúra szerepét emeli ki, mások az individuum szerepét hangsúlyozzák (az erről szóló összefoglaló alapja Möller 2006). A nyugati társadalomban az A típusú viselkedés több jellemzője elismerést vált ki. Az A típusú viselkedésminta értelmezhető úgy is, hogy a nyugati kulturális jellemzők hatására kialakult környezeti és társas tényezők kedveznek bizonyos érzelmi és viselkedéses mintázatnak (Compare et al. 2006). Matthews (1982) szerint az A típusú viselkedéssel jellemezhetők nagyra értékelik a teljesítményt, ugyanakkor a teljesítmény értékelésére szolgáló sztenderdek bizonytalanok. Ez a kombináció ahhoz az érzéshez vezet, hogy az idő gyorsan telik. Azokban a helyzetekben jelenik meg erőteljesen a teljesítményre törekvés, amelyekben a teljesítmény értékelésére nincsenek egyértelmű kritériumok. Van Egeren (1991) szerint az A típusú viselkedés kulturálisan igazolt „sikercsapda": a nagymértékben individualista, ellenséges és türelmetlen viselkedés és gondolkodásmód rövid távon eredményes lehet, de hosszú távon negatív következményekkel jár. Az egyén hiábavaló kihívások, észlelt fenyegetések, illetve inkonzisztens jutalmak és csalódások körébe kerül, emiatt reménytelennek és segítség nélkülinek érzi a helyzetet, így mély neheztelés alakul ki benne. Glass (1977) szerint ez a viselkedésminta abból származik, hogy a személy olyan események felett is kontrollra törekszik, amelyek potenciálisan nem kontrollálhatók.

Több szerző, köztük a fogalom megalkotói is, az alacsony önértékelésből eredezteti az A típusú viselkedésmintát. Friedman és Rosenman (1974) egyfajta megküzdési stílusnak tartja, amely olyan helyzetekben való megküzdésre szolgál, amelyeket az egyén az önértékelésére kihívásként értelmez. Az A típusú viselkedést mutató személyeknél ugyanis csak a felszínen van jelen a kompetencia és kontroll; belül bizonytalanságot és meg nem felelést éreznek. Ebből ered aztán az idői sürgetettség, illetve a kontroll iránti szükséglet. A türelmetlenség miatt másokat akadályként észlel az illető, ami ellenséges viselkedéshez vezet – ami aztán gyengíti a társas támogatást, ami viszont az önértékelés forrása lehetne. A bizonytalanság alapjául olyan hiedelmek szolgálhatnak, mint pl. „az értékem az általam elért dolgok mennyiségétől, nem a minőségétől függ", vagy „állandóan újra és újra be kell bizonyítanom, hogy értékes vagyok, mert a múltbeli teljesítményeim nem számítanak".

Az A típusú viselkedésminta mérésére Friedman és Rosenman strukturált interjút alakított ki; ennek továbbfejlesztett változatát ma is alkalmazzák. Az interjú vezetői szándékosan „provokálják" az interjúalanyt, akinél a sürgetettség és a fluktuáló ellenségesség pszichomotoros jeleinek és egyéb tüneteinek jelenlétét vizsgálják. A sürgetettség pszichomotoros jele például az állandó arcfeszültség, gyors beszéd, nagymértékű arcizzadás, az ellenségességet pedig az ellenséges arckifejezés, ellenséges hang, a kéz ökölbe szorítása mutatja. Az egyéb tünetek között vizsgálják például az extrém pontosságot, bizonyos tevékenységek (gyaloglás, evés) sietős elvégzését, valamint azt, hogy a sorban állás iránt érez-e intenzív ellenszenvet, vezetés közben milyen gyakran él át dühöt,

előfordul-e, hogy harag vagy frusztráltság következtében nem tud aludni, illetve mennyire könnyen provokálható az irritabilitása (Compare et al. 2006). Az A típusú viselkedésminta mérésére önbeszámolós kérdőíveket is alkalmaznak (pl. Jenkins Tevékenységfelmérés: Jenkins Activity Survey, JAS, illetve a Framingham A típus Skála); a strukturált interjúval végzett vizsgálatok azonban általában erősebb kapcsolatot mutattak ki az A típusú viselkedésminta és a szívbetegségek között, mint az önbeszámolós módszert alkalmazók.

Az A típusú viselkedésminta kapcsolata a szívbetegségekkel

Korai eredmények szerint az A típusú viselkedésmintával jellemezhetők között gyakrabban fordul elő koronáriabetegség, illetve egyes rizikótényezők (koleszterinszint, diasztolés vérnyomás) is kedvezőtlenebbül alakulnak náluk (Rosenman–Friedman 1961). Az 1970-es években végzett longitudinális kutatások (*Western Collaborative Group Study:* Rosenman et al. 1975; *Framingham Heart Study:* Haynes et al. 1980) kimutatták, hogy kezdetben egészséges személyeknél az A típusú viselkedésminta jelenléte mintegy kétszeresére emeli a szívbetegségek kialakulásának kockázatát, a hagyományos rizikótényezők kontrollálása mellett is.

Később a kutatások zöme nem talált kapcsolatot a szívbetegségek és az A típusú viselkedés között, sőt a várttal ellentétes eredmény is előfordult (Ragland–Brand 1988). Általában azokban a tanulmányokban mutatkozott összefüggés, amelyek kezdetben egészséges személyek részvételével folytak; klinikai mintákon (magas kockázatú vagy szívbeteg résztvevők) végzett kutatások azonban általában nem tudtak kimutatni kapcsolatot.

Az ellentmondásos kutatási eredmények hatására megpróbálták megkeresni az A típusú viselkedésmintának a szívbetegségek kialakulásával kapcsolatban álló elemeit. Legfontosabb összetevő az ellenségesség és az idői sürgetettség (Möller 2006); később a társas dominancia is a koronáriabetegségek független prediktorának bizonyult (Smith–Ruiz 2002). Az A típusú viselkedésű személyek azokban a helyzetekben a legsérülékenyebbek, amelyekben nem tudnak aktív kontrollt gyakorolni (tartós veszteség vagy megoldhatatlan veszélyhelyzet), így az ezekben a helyzetekben fellépő egyéb jelenségek (pl. depresszió vagy szorongás) is súlyosabb következményekkel járnak náluk, mint azoknál, akiknél ennek a viselkedésmintának az elemei hiányoznak (Kopp 2005).

Az ellentmondásos kutatási eredmények ellenére az A típusú viselkedés fogalma jelenleg is megtalálható a pszichológiai szakirodalomban. Jelentősége emellett az, hogy a szívbetegségekkel összefüggésbe hozható pszichoszociális jellemzők közül a klinikai kategóriák (depresszió és szorongás) mellett ez a fogalom épült be az orvosi szakmai köztudatba is.

ELLENSÉGESSÉG ÉS HARAG

Az ellenségesség és harag fogalma és mérése

Az ellenségesség tekinthető mások felé irányuló negatív attitűdnek vagy többdimenziós jellemzőnek, amelyben a negatív attitűd a kognitív összetevő, amihez negatív érzelem (harag) és kifejező viselkedés (agresszió) is társul (Eckhardt et al. 2004). Az A típusú viselkedésminta részeként egyfajta „szabadon lebegő" ellenségesség jelenik meg, ami a személy haladását akadályozó tényezőkre adott viselkedéses válasz. Későbbi kutatások egy tartósabb, vonásként definiálható ellenségességet vizsgálnak, melynek központi eleme a cinikus, bizalmatlan gondolkodásmód (pl. Miller et al. 1996).

A harag az egyik alapérzelem, intenzitása az enyhe irritáltságtól a dühöngésig terjedhet. Többdimenziós jellemző: fiziológiai, kognitív, fenomenológiai és viselkedéses összetevői vannak (Eckhardt et al. 2004). Spielberger megkülönbözteti a haragállapotot, ami a harag szubjektív érzésével és fiziológiai tüneteivel együtt járó átmeneti állapot, illetve a haragvonást, ami általános diszpozíció (Miller et al. 1996).

Az ellenségességet strukturált interjúval vagy önbeszámolós kérdőívekkel mérik, utóbbiak közül leggyakrabban az MMPI 50 tételét tartalmazó Cook–Medley Ellenségesség Skálát (Cook–Medley 1954) használják. Empirikus kialakítása miatt a skála elméleti alapja és szerkezete bizonytalan; legfőbb pszichológiai tartalma a cinizmus: a mások iránti bizalmatlanság, mások leértékelése (Miller et al. 1996).

A haragot gyakran Spielberger mérőeszközével (STAXI-2, Spielberger 1999/2008) mérik, ami a haragállapot és a haragvonás mellett a haragkifejezést (a haragos érzések visszafogását vagy aktív kifejezését) és a haragkifejezés kontrollálását is méri (Eckhardt et al. 2004).

Az ellenségesség és harag kapcsolata a szívbetegségek kialakulásával

Williams és munkatársai (1980) tanulmánya mutatott ki először kapcsolatot az ellenségesség és a koronáriabetegség között; ezt követően longitudinális tanulmányokban igyekeztek feltárni a szívbetegségek és az ellenségesség kapcsolatát. A tanulmányok többsége azt mutatta ki, hogy magas ellenségesség-pontszámot elérők nagyobb eséllyel betegedtek meg vagy haláloztak el koronáriabetegségben, mint a kevésbé ellenséges résztvevők (Barefoot et al. 1983; Barefoot et al. 1995; Shekelle et al. 1983). Az eredmények változatosak. Egy tanulmányban (Shekelle et al. 1983) a rizikótényezők kontrollálása után az alacsony ellenségességűek körében mintegy 30%-kal volt kisebb az infarktus és a halálozás esélye, mint a magas pontszámot elérőknél; egy másik mintában (Barefoot et al. 1983) a magas ellenségességűek között ötször annyi koronáriaesemény fordult elő, mint az alacsonyabb pontszámúaknál (4,5/1 000 személyév

vs. 0,9/1 000 személyév). Volt olyan kutatás (Barefoot et al. 1995), amely eltérő összefüggést kapott férfiaknál és nőknél a rizikótényezők kontrollálása után: férfiak esetében nem volt szignifikáns kapcsolat az ellenségesség és az infarktus előfordulási esélye között, nőknél azonban csaknem háromszorosra emelkedett az infarktus esélye nagymértékű ellenségesség esetében. Végül egy finn férfi mintán végzett kutatás (Everson et al. 1997, n = 2 125, reprezentatív minta) a viselkedéses rizikótényezők (dohányzás, alkoholfogyasztás és testtömegindex) mediáló hatását mutatta ki: azok kontrollálása után ugyanis az ellenségesség és az infarktus, valamint a kardiovaszkuláris halálozás kapcsolata nem szignifikánssá változott.

A tanulmányok a bármilyen okból bekövetkezett halálozás és az ellenségesség között is találtak összefüggést (Barefoot et al. 1983; 1995; Shekelle et al. 1983). Barefoot és munkatársai (1983) tanulmányában a medián feletti pontszámúaknál több mint hatszor annyi halálozás következett be, mint a kevésbé ellenséges személyeknél (5,8 halál/1 000 személyév vs. 0,9 halál/1 000 személyév). Everson és munkatársai (1997) eredményei viszont a bármilyen okból bekövetkezett halálozás esetében is a viselkedéses rizikótényezők mediáló hatását mutatták (a fent idézettek mellett a fizikai aktivitás hiánya is mediáló változónak bizonyult). Az ellenségesség tehát nem tekinthető specifikusnak a szív- és érrendszeri betegségek következtében fellépő halálozásra.

A harag és a szívbetegségek kapcsolatáról kevesebb kutatást végeztek, annak ellenére, hogy már a korai irodalomban felmerült a harag, illetve a haragkifejezés különböző módjai és a szívbetegségek közötti kapcsolat lehetősége. A *haragvonás* és a szívbetegségek közötti kapcsolatot vizsgálta Williams és munkatársai (2000, ARIC Study) tanulmánya. Eltérő eredményeket kaptak normál és magas vérnyomású személyeknél. Normál vérnyomásúak esetében magas vonásharagúaknál szignifikánsan magasabb volt a szívinfarktus, illetve a koronária eredetű halálozás előfordulási esélye (HR = 2,69), csakúgy, mint az összes koronáriabetegség esélye (HR = 2,20). Magas vérnyomásúaknál azonban nem találtak számottevő kapcsolatot a haragvonás és a koronáriabetegség előfordulása között; azoknál a magas vérnyomású személyeknél sem, akik nem szedtek gyógyszert a vérnyomásukra, tehát ezt az eredményt nem magyarázza a magas vérnyomásra szedett gyógyszerek szívet védő hatása. A *haragkifejezés* és szívkoszorúér-megbetegedések kapcsolatát a Framingham Heart Studyban vizsgálták (Haynes et al. 1980). Az elnyomott ellenségesség (a harag ki nem mutatása, illetve meg nem beszélése) mindkét nemnél a koronáriabetegségek kialakulásának független rizikótényezőjének bizonyult.

Tanulmányunk témája az iszkémiás szívbetegségek pszichológiai háttere, mégis röviden szót kell ejtenünk a harag és a szívritmuszavarok kapcsolatáról. A pitvarfibrilláció a leggyakoribb szívritmuszavar. Férfiak esetében a rizikótényezők és az egyéb szívbetegségek kontrollálása után a haragvonás (RR = 1,1) és az ellenségesség (RR = 1,3) prediktív volt a pitvarfibrilláció tízéves előfordulására (*Framinham Heart Study*, Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D'Agostino és Benjamin, 2004). A koronáriabetegségek előfordulásával egyik vizsgált jellemző sem volt kapcsolatban, a bármilyen okból bekövetkezett halálozással azonban a haragvonás igen (RR = 1,2). Nők esetében egyik vizsgált jellemző sem

állt kapcsolatban egyik kimenettel sem. A szerzők szerint lehetséges, hogy a harag és az ellenségesség a ritmuszavarok és a teljes mortalitás kapcsolatának vizsgálatában lehetne fontos, az A típusú viselkedésminta pedig – mivel a mellkasi fájdalommal általában összefüggésben áll – inkább a koronáriabetegségekkel kapcsolatos kutatásokban.

Az ellenségesség és harag rekurrens szívbetegségeknél

Az ellenségesség és a harag szerepét ritkábban vizsgálják a szívbetegségek újbóli előfordulásával kapcsolatban. Frasure-Smith, Lespérance és Talajic (1995) szerint ennek egyik lehetséges oka, hogy infarktuson átesett betegekkel nehezebb a haragot közvetlenül vizsgálni, mert vagy nem szívesen beszélnek erről, vagy nem is képesek erre, így inkább megfigyeléses módszerre lenne szükség.

Angerer és munkatársai (2000) tanulmánya koronáriabetegeknél (n = 223) vizsgálta azt, hogy az ellenségesség, a harag és a társas támogatás hogyan kapcsolódik a koronáriák elmeszesedésének progressziójához. Az érelmeszesedés progressziója nagymértékben (RR = 3,19) megnőtt akkor, ha az alacsony fokú társas támogatás együtt járt a harag aktív kifejezésével (Anger-Out).

Szintén koronáriabetegséggel diagnosztizált személyek (n = 792 nőbeteg) vettek részt Chaput és munkatársai (2002) vizsgálatában, melyben az ellenségesség és a koronária-események (nem halálos infarktus, illetve koronáriabetegség miatti halálozás) előfordulásának kapcsolatát vizsgálták. A legalacsonyabb ellenségesség-pontszámúakhoz viszonyítva a legmagasabb pontszámúak kétszer nagyobb valószínűséggel estek át infarktuson. A hatás a biológiai, demográfiai és viselkedéses rizikótényezők kontrollálása után is megmaradt. Sem a koronária eredetű halálozás, sem az egyéb szív- és érrendszeri esemény rizikója nem kapcsolódott a magas ellenségességértékhez. A tanulmány jelentősége az, hogy kimutatta, az ellenségesség idősebb női mintán is az infarktus független rizikótényezője.

Frasure-Smith és munkatársai (1995) 222 infarktuson átesett betegnél vizsgálták a haragkifejezést az infarktust követő 12 hónap során. A vizsgált kimeneteket felosztották trombogenikus eredetű (infarktus, instabil angina) és aritmiás eredetű kimenetekre. Az infarktust követő egyéves időszakban ritmuszavar miatt bekövetkező halálos vagy nem halálos kimenetű eseményekkel a kardiológiai változók mellett az anger-in pontszám volt összefüggésben (p = 0,48, többváltozós elemzést a kis elemszám miatt nem tudtak elvégezni).

Metaelemzések eredményei

A harag és ellenségesség, valamint a szívbetegségek kapcsolatát vizsgáló metaelemzések közül hármat emelünk ki. Miller és munkatársai (1996) elemzésébe vegyes elrendezésű tanulmányok (populációs, esetkontroll, illetve a szívbetegségek újbóli előfordulását vizsgáló

tanulmányok) kerültek be, melyekben a vizsgált koronáriakimenet orvosilag igazolt volt. Az 1985 előtti tanulmányoknak mintegy 60%-a mutatott ki kapcsolatot az ellenségesség és a szív- és érrendszeri megbetegedések kapcsolatának vizsgálatakor, míg az ennél későbbi tanulmányoknak csak mintegy fele kapott pozitív eredményt, tehát enyhe tendencia figyelhető meg a kapcsolat hiányának kimutatása *(null finding)* felé. Ez a szerzők szerint részben a kutatási elrendezés, a magas kockázatú csoporttal végzett tanulmányok következménye: mivel kontrollcsoportnak is magas kockázatú személyeket választanak, várhatóan az ellenségesség értéke is magasabb lesz a kontrollcsoportban, mint egy valóban egészséges emberekből álló kontrollcsoportban lenne. A szerzők a jelenséget betegségen alapuló spektrumtorzításnak *(disease-based spectrum bias, DBS-bias)* nevezik.

A koronáriabetegségekkel való kapcsolat a strukturált interjúval mért ellenségesség, harag esetében volt a legerősebb (súlyozott átlag R: WMR = 0,20); a Cook–Medley Ellenségesség Skálával mért ellenségesség szignifikáns, de kicsi kapcsolatban állt a szívkoszorúér-kimenetekkel (WMR = 0,07), a többi kognitív mérőeszközzel kombinálva is hasonló eredményt kaptak (WMR = 0,08). A harag esetében nem találtak szignifikáns kapcsolatot. Az összhalálozással erősebb kapcsolatot mutatott a harag és ellenségesség (WMR = 0,17), mint a koronáriabetegségekkel. A szerzők következtetése az, hogy az ellenségesség és a koronáriakimenetek, valamint a korai halálozás közötti kapcsolat létezik, a strukturált interjúval kapott eredmények esetében kapott hatásméret a hagyományos rizikótényezőkével hasonló mértékű, így a prevenció során érdemes figyelmet fordítani ezekre a tényezőkre.

Myrtek (2001) metaelemzése az 1966 és 1998 között megjelent prospektív tanulmányok esetében vizsgálta az A típusú viselkedésminta, az ellenségesség és a koronáriabetegségek közötti kapcsolatot. A vizsgált kimeneteknél megkülönböztette a szívbetegség gyenge kritériumaival (angina), valamint a „kemény" kimenetekkel (infarktus, szíveredetű halálozás) kapott eredményeket. Az A típusú viselkedésminta és a koronáriabetegségek között csak a gyenge kritérium szerint talált kapcsolatot, a kemény kritériumot használva a kapcsolat gyakorlatilag nulla. Az ellenségesség és a szívkoszorúér-megbetegedések kapcsolata szignifikáns, de kicsi. Végkövetkeztetése az, hogy mindezek alapján az A típusú viselkedésminta és az ellenségesség módosítására tervezett intervenciók praktikus jelentősége megkérdőjelezhető.

Chida és Steptoe (2009) 2008 novemberéig megjelent prospektív kohorsztanulmányokat vont be elemzésébe, így 21 kezdetben egészséges kohorsz (összesített n = 71 606) és 18 beteg kohorsz (n = 8 120) adatai szerepelnek a vizsgált tanulmányokban. Pozitív kapcsolatot találtak mindkét esetben: egészséges populáció esetében a kombinált HR = 1,19, míg a beteg kohorszoknál HR = 1,23. Az MMPI-ra épülő mérőeszközök esetében is találtak összefüggést mind egészséges (HR = 1,20), mind beteg kohorszok (HR = 1,21) esetében. A szerzők következtetése az, hogy a koronáriabetegségek prevenciójába ennek alapján érdemes az ellenségességre és haragra irányuló pszichológiai intervenciót is bevonni.

Összességében tehát az ellenségesség és a harag magas szintje kapcsolatban áll a szívkoszorúér-megbetegedés kialakulásával és újbóli megjelenésével. Szintén kimutatható összefüggés a harag/ellenségesség és a bármilyen okból bekövetkező halálozás között.

Az ellenségesség és harag kapcsolata a szívkoszorúér-megbetegedések demográfiai rizikótényezőivel (a nemmel és az életkorral)

A nyugati kultúrkörben férfiaknál magasabb az ellenségesség (pl. Julkunen–Ahlström 2006; Scherwitz et al. 1991) és a vonásharag (Williams et al. 2000). Ugyanakkor Szingapúrban vegyes etnikumú személyek (kínai, indiai és maláj) esetében nem volt különbség a nemek között (Bishop–Quah 1998). A nemek közti különbség szempontjából tehát fontos a kulturális háttér figyelembevétele.

A korai kutatások nagy része férfiak részvételével folyt. Később több tanulmány bizonyította, hogy nők esetében ugyanolyan fontos kockázati tényező az ellenségesség, mint a férfiaknál (Barefoot et al. 1995; Chaput et al. 2002). Helmers és munkatársai (1993) tanulmányában nőknél az ellenségesség előrejelezte az iszkémiás epizódok mért jellemzőit, férfiak esetében viszont nem. A szerzők szerint ennek az az oka, hogy a nők az idősebb átlagéletkor ellenére a betegség korábbi szakaszában vannak, így az ellenségesség hatása még nem maszkolódott el.

Kultúrkörünkben tehát férfiak esetében általában magasabb mértékű az ellenségesség és harag, azonban nőknél is kimutatható ezek kapcsolata a koronáriabetegséggel.

Fiatalabb életkorban magasabb mértékű az ellenségesség; ez csökken az egyén húszas évei után, majd a negyvenes évektől a hatvanas évekig ismét emelkedik (Scherwitz et al. 1991). A vonásharag is magasabb fiatalabbaknál (Angerer et al. 2000; Williams et al. 2000). Fiatalabbak esetében (kb. 50 éves kor alatt) az ellenségesség-pontszám erősebben kapcsolódik a koszorúér-betegségek kialakulásához (pl. Barefoot et al. 1995; Miller et al. 1996). Az életkorral összefüggő eredményeket befolyásolhatja a szelektív túlélés, a betegséglefolyás változó jellege, illetve néhány rizikótényező hatása csökkenhet idősebb korban (Barefoot et al. 1995).

Az ellenségességre tehát kiemelt figyelmet érdemes fordítani fiatalabb életkorban: a szívbetegségek megelőzése során, illetve a betegség kialakulásának kezdeti szakaszában.

Az ellenségesség és harag lehetséges mechanizmusai

Az ellenségesség és a harag több mechanizmuson keresztül is hatást gyakorolhat az iszkémiás szívbetegségek, illetve az akut koronáriaszindróma kialakulására.

Fiziológiai mechanizmusok

Az ellenségesség és a harag szív- és érrendszeri megbetegedésekkel való összefüggésének közvetlen mechanizmusa lehet a fiziológiai folyamatok megváltozása. Gyakran vizsgált jellemző a szív- és érrendszeri válaszkészség (kardiovaszkuláris reaktivitás), ami azt jelenti, hogy stresszes vagy kihívást jelentő helyzetben (akár pszichológiai, akár fizikai

lehet a stresszor) milyen változások történnek a nyugalmi állapothoz képest. Ezekben a helyzetekben az ellenséges személy megnövekedett választ mutat: a szimpatikus idegrendszeri aktivitása jobban megnő, mint egy nem ellenséges személyé, ezáltal megemelkedik a vérnyomás és nő a szívfrekvencia. A szimpatikus idegrendszeri stimuláció megemeli a vérben a katekolaminok szintjét, ami közvetlenül károsítja a szívizmot és az endotéliumot, és megzavarja a szívritmust. Az endotélium károsodása miatt könnyebben előfordulhat gyulladás, illetve a lipidek könnyebben lerakódnak az érfalba, ezáltal gyorsulhat az érelmeszesedés folyamata (Smith–Ruiz 2002). A katekolaminok jelenléte növeli a vérlemezkék aggregációját, a lipidmobilizációt és a makrofágok aktivitását is. Ezeknek a tényezőknek mindegyike összefügg az érelmeszesedés folyamatával (Williams et al. 2000). A pszichológiai stresszorra adott kardiovaszkuláris reaktivitás nagysága összefügg az érelmeszesedés súlyosságával és progressziójával (Smith–Ruiz 2002). A kardiovaszkuláris reaktivitás és az endotélium diszfunkciója között egészséges fiatal felnőtteknél is kimutattak kapcsolatot (Sherwood et al. 1999), ami azt jelenti, hogy a kardiovaszkuláris reaktivitás a koronáriabetegség kialakulásának korai szakaszaiban is fontos.

Az ellenséges személyek gyakrabban élik át a fenti folyamatot, mivel több helyzetet értelmeznek kihívásként vagy stresszként. Az A típusú viselkedésmintát mutató személyek közül azok, akik magas ellenségességgel *és* ezzel együtt magas versengéssel voltak jellemezhetők, mind magas, mind alacsony kihívású helyzetre olyan fiziológiai válaszreakciót adtak, mint az összes A típusú személy a magas kihívásra (Dembroski et al. 1979). A helyzeteknek ez az értelmezése vezet náluk gyakori és túlzott kardiovaszkuláris válaszhoz.

Az ellenségesség és a fenti kedvezőtlen stresszválaszok közötti kapcsolatban meghatározó a stresszor jellege. Ellenséges személyek *interperszonális helyzetekben* mutatnak emelkedett kardivaszkuláris választ, nem társas stresszor esetében nem (Smith et al. 2004). Miller és munkatársai metaelemzése (1996) szerint is a társas helyzetekre korlátozódik az ellenségesség és a kardiovaszkuláris reaktivitás kapcsolata.

Az aktuális haragepizód az infarktus triggere lehet, mintegy kétszeresére növeli az infarktus veszélyét a következő két órán belül (Mittleman et al. 1995). A haragepizód ugyanis az „akut rizikófaktorok" sorozatát indíthatja el (Williams et al. 2000): az ér összehúzódását, megnövekedett artériás nyomást okozhat, ezáltal viszont megváltozik a véráramlás, ami a sérülékeny plakk megrepedéséhez vezethet (Mittleman et al. 1995). A mentális stressz emellett megnövekedett vérlemezke-adhézióval és aggregációval jár, nagyobb mértékű véralvadást okoz, és gátolja a fibrinolízist (Williams et al. 2000; Mittleman et al. 1995). A haragepizód különösen káros hatású lehet már jelen lévő érelmeszesedés esetében. Boltwood, Taylor, Burke és Giacomini (1993) szívkatéterezés során kértek meg betegeket arra, hogy idézzenek fel egy haragot kiváltó epizódot. Amikor a beteg erős haragot kiváltó epizódot említett, akkor egészséges érszakaszokban nem történt változás, viszont a beszűkült érszakaszokban tovább csökkent az ér átmérője. Koronáriabetegeknél a haragot kiváltó esemény felidézése nagyobb mértékben csökken-

tette a bal kamrai ejekciós frakciót és a szív által kipumpált vér mennyiségét, illetve növelte a diasztolés vérnyomást, valamint a perifériás érellenállást, mint más jellegű stresszor (Chang et al. 2002).

Mivel a szívkoszorúér-megbetegedések alapja a gyulladásos folyamatok jelenléte, az immunrendszerrel is kapcsolatban van a harag és az ellenségesség. Az ellenségesség és két proinflammátoros citokin (interleukin-6, tumornekrózisfaktor-alfa) között pozitív kapcsolatot találtak (Smith et al. 2004).

A társas kapcsolatok jellegzetességei

A Cook–Medley Ellenségesség Skála Társas Elkerülés skáláján elért magas érték csaknem másfélszeresére emeli a későbbi szíveredetű halálozás veszélyét, a hagyományos kockázati tényezők és az ellenségesség kontrollálása után is (HR = 1,49), az egyéb okból bekövetkezett halálozással viszont nem áll kapcsolatban (Berry et al. 2007). A szerzők szerint a társas kapcsolatok elkerülése az újdonságtól való félelem általánosabb temperamentummintájába illeszkedik, ami a környezeti ingerekre adott erőteljes szimpatikus idegrendszeri válasz közvetítésével, a szívbetegségek kialakulásával jár együtt.

Ellenséges személyek több személyközi konfliktust élnek át; ez a közeli kapcsolataikban egyre több nehézséget okoz. Az ellenséges személyek társas támogatása alacsony (Scherwitz et al. 1991). Stresszhelyzetben a társas támogatás általában csökkenti a kardiovaszkuláris és neuroendokrin reaktivitást; a nagyon ellenséges személyek azonban nem reagálnak csökkent kardiovaszkuláris reaktivitással a társas támogatásra. Tehát amikor elérhető számukra a társas támogatás, akkor sem jár olyan fiziológiai előnyökkel, mint a nem ellenséges személyeknél (Smith–Ruiz 2002; Smith et al. 2004).

Az A típusú viselkedésminta egyik összetevője, a társas dominancia is a koronáriabetegség és a halálozás független prediktora (Smith–Ruiz 2002). Ennek a viselkedésnek van primátamodellje: Kaplan és kollégái kísérletében a társas környezet ismétlődő átrendeződése hatására a dominancia-rangsorban elöl lévő hím majmoknál alakult ki érelmeszesedés (Smith–Ruiz 2002).

Smith tranzakcionális modellje

A fizológiai reaktivitást és a társas kapcsolatok jellegzetességeit Smith tranzakcionális modellje (Smith 1994, idézi Miller et al. 1996; Smith et al. 2004) ötvözi. Az ellenséges kognitív-emocionális állapot antagonisztikus és agresszív viselkedéshez vezet, aminek következtében másoktól ellenségességet tapasztal az illető, társas támogatása csökken, negatív érzelmei pedig erősödnek és gyakoribbá válnak. Ezzel az ellenséges attitűdök önbeteljesítő jóslatként ellenséges környezetet teremtenek az egyén számára. A kardiovaszkuláris reaktivitás szerepe nemcsak azáltal jelentős, hogy a személy erőteljesebb

választ ad a stresszre, hanem azáltal is, hogy ezt az erős választ saját maga által okozott stresszorokra is produkálja (pl. nem kedvelt személyek puszta jelenlétére is reaktivitással válaszol), emiatt gyakorivá válik ez az erős szív- és érrendszeri válasz.

Az egészségviselkedés-modell

Az ellenségesség közvetetten, az egészségkárosító viselkedéseken (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) és az orvosi kezeléssel való együtt nem működésen *(non-adherence)* keresztül is összefüggésben lehet a koronáriabetegségekkel. Az ellenséges, cinikus beállítottság hatására csökkenhet az egészségvédő viselkedés, pl. a testedzés vagy a megfelelő étrend észlelt jelentősége, annak veszélye viszont nőhet, hogy az egészségkárosító tevékenységek következményeire való figyelmeztetést nem veszi komolyan a személy. Ez növelheti pl. a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás esélyét. A cinizmusnak az is következménye lehet, hogy a személy nagyobb kockázatnak teszi ki magát és nem működik együtt a kezelőorvosával (Miller et al. 1996). Mind az egészségkárosító viselkedések, mind a kezeléssel való együtt nem működés növelheti a koszorúér-betegség kialakulásának esélyét vagy a betegség progresszióját. A viselkedéses rizikótényezők közvetítő szerepét több ismertetett tanulmány kimutatta; egy tanulmány (Everson et al. 1997) esetében az ellenségesség és a koronáriabetegség közötti kapcsolatot teljes egészében az egészségviselkedéssel kapcsolatos változók okozták.

DEPRESSZIÓ ÉS SZORONGÁS

A negatív affektivitás szívbetegségekkel való összefüggéseit szintén régóta kutatják. Gyakran vizsgálták elkülönítve a depressziót, a részben hozzá kapcsolható egyéb fogalmakat (vitális kimerültség, reménytelenség, anhedónia), valamint a szorongás szerepét. Az újabb szakirodalom arra mutat, hogy az eddig külön vizsgált pszichés jellemzők hátterében levő általános negatív affektivitásra is érdemes külön figyelmet fordítani.

Depresszió és hozzá kapcsolódó jellemzők

A DEPRESSZIÓ FOGALMA ÉS MÉRÉSE SZÍVBETEGEK ESETÉBEN

A szívbetegségekkel foglalkozó tanulmányokban a depressziót leggyakrabban vagy a klinikai depresszió kritériumai szerint definiálják, vagy sztenderdizált önbeszámolós kérdőívekkel mérik. Az önbeszámolós mérőeszközökön kapott magas pontszám és a klinikai depresszió jelenléte között erős korreláció van (Rugulies 2002).

A major depressziót klinikai interjúval mérik, a diagnózis feltétele kilenc tünetből (levert hangulat; örömtelenség; jelentős súlyváltozás; alvászavar; motoros agitáció vagy gátoltság; energiátlanság; értéktelenségérzés, bűntudat; összpontosítási problémák; halál gondolatával való foglalkozás, öngyilkossági gondolatok) legalább öt megléte két hét során (BNO-10 zsebkönyv, 2004, 52–53.).

Az önbeszámolós mérőeszközök közül szívbetegmintán is az egyik legelterjedtebb a 21 tételes Beck Depresszió Kérdőív (BDI; Beck et al. é. n. [2000], 304–305). A depressziópontszám 0–63 között lehet; a kutatásokban 10 pont felett a depresszió jelenlétét feltételezik. További gyakran alkalmazott skálák a CES-D *(Centre for Epidemiological Studies Depressziókála)*, a Kórházi Szorongás- és Depressziókála (HADS), valamint a Zung-féle Önértékelő Depressziókála (Goldston–Baillie 2008). E kérdőívek alkalmazásának előnye, hogy az eredmények összehasonlíthatóak, hátránya, hogy nem elég érzékenyek és specifikusak a szívbetegek esetében (Hare–Davis 1996; Forkmann et al. 2009). Kifejezetten szívbetegek depressziójának mérésére szolgál a Szívbetegek Depressziókálája (*Cardiac Depression Scale,* Hare–Davis 1996).

A DEPRESSZIÓHOZ KAPCSOLÓDÓ JELLEMZŐK: VITÁLIS KIMERÜLTSÉG, FÁRADTSÁG, REMÉNYTELENSÉG, ANHEDÓNIA

Több olyan jellemző szerepét is vizsgálják, melyek átfedést mutatnak a depresszióval. A vitális kimerültség állapotában nagymértékű fáradtság, energiahiány, reménytelenség, libidóvesztés és irritabilitás jelentkezik (Appels fogalmát idézi Cole et al. 1999). A 21 tételes Maastricht Kérdőívvel mérik; a skála faktorszerkezetét illetően nincs egyetértés (Kopp et al. 1994; McGowan et al. 2004).

A vitális kimerültség elemei közül a fáradtság és a reménytelenség szerepét külön is kutatják. A fáradtság a szívbetegek 59–75%-ánál jelentkezik (Pedersen et al. 2007). A reménytelenség önmagával és a jövővel kapcsolatos negatív elvárás (Everson et al. 1996), általában vagy a Maastricht Kérdőívvel mérik a kutatásokban, vagy egy-két tételes mérőeszközöket alkalmaznak.

A depresszió tünetei közül az anhedóniát is tanulmányozzák önállóan is (Leroy et al. 2009).

A DEPRESSZIÓ ÉS A HOZZÁ KAPCSOLÓDÓ JELLEMZŐK SZEREPE A SZÍVBETEGSÉGEK KIALAKULÁSÁBAN

A depresszió koronáriabetegségeket előrejelző szerepét már egy korai metaelemzés (Booth-Kewley–Friedman 1987) megállapította, azonban a szívbetegséget gyenge kritérium alapján állapították meg (pl. mellkasi fájdalom). Később módszertanilag megfelelő tanulmányokban kimutatták azt, hogy kezdetben egészséges populációban a depresszió és a reménytelenség prediktora a koronáriaeseményeknek, még az egészségviselkedés (pl. dohányzás) és egyéb változók kontrollálásával is (Smith–Ruiz 2002).

A depresszió mintegy másfélszeresére emeli a halálos iszkémiás szívbetegség (Anda et al. 1993), a kórházon kívüli szívleállás (Empana et al. 2006), illetve a szívinfarktus (Rosengren et al. 2004) esélyét. A súlyosabb depresszió nagyobb mértékben emeli a megbetegedés vagy a halálozás esélyét, mint az enyhébb depresszió (Anda et al. 1993). Ezeket az összefüggéseket Rugulies (2002) metaelemzése is megerősítette. Az elemzett prospektív kohorsztanulmányokban a szívinfarktus vagy szíveredetű halálozás rizikótényezőkre kontrollált relatív rizikója 1,5 és 4,1 között változott azokban a tanulmányokban, amelyek egyértelműen kimutatták a depresszió és a szívbetegség kialakulásának összefüggését, bár voltak vegyes eredményeket hozó tanulmányok is. A metaelemzés szerint a klinikai depresszió erősebb és konzisztensebb prediktor (RR = 2,69), mint a depresszív hangulat (RR = 1,49).

A vizsgálatok közül kiemeljük az INTERHEART-tanulmányt (Rosengren et al. 2004), amely a szívinfarktus és a depresszió (valamint a pszichoszociális stressz) közötti kapcsolatot vizsgálta esetkontroll-elrendezéssel 52 országban, összesen 11 119 első infarktuson átesett beteg és hozzájuk nemben és életkorban igazított 13 648 kontrollszemély részvételével. A depresszió másfélszeresére emeli a szívinfarktus esélyét. Ez az összefüggés mindegyik helyen, különböző etnikumoknál és nemtől függetlenül is fennállt.

Goldston és Baillie (2008) összegezte a témában található szisztematikus irodalmi áttekintéseket. Mind a kilenc áttekintő tanulmány szerint erős és következetes kapcsolat van a depresszió és a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulása között.

Mind a reménytelenség (Anda et al. 1993; Everson et al. 1996), mind a vitális kimerültség (Cole et al. 1999; Prescott et al. 2003) mintegy másfél-kétszeresére emeli az iszkémiás szívbetegségek, illetve a szíveredetű halálozás rizikóját. Everson és munkatársai (1996) tanulmánya a reménytelenség depressziótól független hatását mutatta ki. Cole és munkatársai (1999) tanulmányában ugyanakkor további tényezők kontrollálása után a kapcsolat nem szignifikánssá változott.

Megállapíthatjuk tehát, hogy a depresszió, valamint a hozzá kapcsolódó tényezők mintegy másfél-, kétszeresére emelik a koronáriabetegségek kialakulásának, illetve a szíveredetű halálozásnak az esélyét.

DEPRESSZIÓ REKURRENS SZÍVBETEGSÉGEK ESETÉBEN

A depresszió erősebben kapcsolódik a rekurrens koronáriaeseményekhez, mint azok első előfordulásához (Smith–Ruiz 2002). A koronáriabetegeknél előforduló depresszió arányára különböző becslések léteznek: a DSM-IV kritériumai szerint meghatározott major depresszió aránya 16 és 23% közé tehető, a depresszív tüneteké 31,5 és 60% közé (Pignay-Demaria et al. 2003). Infarktus után a betegek 35–45%-a mutat valamilyen mértékű depressziót (Lespérance et al. 2000). Kopp (2005) szerint a koronáriabetegek kétharmadánál jelennek meg szorongásos és depresszív tünetek, egyharmaduknál súlyos depresszió.

Van Melle és munkatársai (2004) metaelemzése szerint az infarktust követő depresszió a bármilyen okból bekövetkezett halálozás esélyét több mint kétszeresére, a szíveredetű halálozásét több mint két és félszeresére, míg az újabb kardiovaszkuláris esemény esélyét

szintén csaknem kétszeresére emeli. A depresszió mérési módja nem befolyásolta az eredményeket. A depresszióval kapcsolatos pszichológiai jellemzők közül a vitális kimerültség több mint két és félszeresére emeli az új esemény bekövetkezésének valószínűségét (Kopp et al. 1994), a reménytelenség több mint háromszorosára (Pedersen et al. 2007), az anhedónia pedig több mint kétszeresére (Leroy et al. 2009).

Szívbetegeknél a depresszív tünetek mintázata és a depresszió kommunikálása eltér a nem szívbeteg depressziósokétól (Lespérance–Frasure-Smith 2000). A szívbeteg depressziósok kevésbé direkten fejezik ki panaszaikat. Inkább fáradtságról, energiahiányról, megmagyarázhatatlan testi tünetekről számolnak be, a kevésbé tipikus tünetek közül a szorongás és az irritabilitás jelenik meg. Gyakran normalizálják a depresszió tüneteit, a szívbetegségüknek tulajdonítják, és csak hosszas kérdezés során derül ki, hogy érzelmi okai vannak a panaszaiknak. A depresszió szokásos tünetei közül több hiányozhat (pl. az alacsony önértékelés, szomorúság, halálvágy), viszont kevésbé tipikus tünetek (aggodalom, túlzott éberség) megjelenhetnek. Szuicid késztetés szívbetegeknél ritkán fordul elő.

Mivel a depresszió több összetevőből álló jelenség, érdemes megvizsgálni, hogy melyik összetevő kapcsolódik a kedvezőtlen kimenetekhez. Barefoot és munkatársai (2000) kutatásában a Zung Önbeszámolós Depresszióskálán kapott faktorok közül a negatív érzelem (szomorúság érzése, gyakori sírás, szuicid gondolatok, irritabilitás, nyugtalanság) volt a túlélés prediktora angiográfián átesett betegek csaknem húszéves utánkövetése alatt. De Jonge és munkatársai (2006) infarktuson átesett betegekkel folytatott vizsgálatában a Beck Depresszió-kérdőíven három faktort kaptak: a testi-affektív, a kognitív-affektív és az étvágyfaktort. A kardiovaszkuláris prognózissal a testi-affektív faktornak volt szignifikáns kapcsolata, csaknem négyszeresére emelte a kardiovaszkuláris mortalitás esélyét. Ebbe a faktorba az irritabilitás, sírékonyság, alvászavar, fáradtság, libidócsökkenés tartozott, néhány tétel (pl. szomorúság, pesszimizmus, társas visszahúzódás) ezen a faktoron is súlyozódott a kognitív-affektív faktor mellett. A Barefoot és munkatársai (2000) által a negatív érzelem faktorba sorolt tételek De Jonge és munkatársai (2006) kutatásában a testi-affektív faktort alkották, a két kutatás eredményei tehát összhangba hozhatók. Ezek az eredmények azt jelentik, hogy a szívbetegek depressziójának kezelése során nem elég a depresszió kognitív-affektív tüneteit csökkenteni, mivel a testi-affektív tünetek állnak kapcsolatban a prognózissal. Ezt igazolják az ENRICHD-tanulmány eredményei (Berkman et al. 2003): a kognitív-viselkedésterápiás intervenció sikeresen csökkentette a depresszió tüneteit, azonban nem javította a prognózist.

A depresszió és a kapcsolódó jellemzők jelenléte tehát legalább kétszeresére emeli a rekurrens szívbetegség kockázatát. Fontos, hogy szívbetegeknél a depresszió mintázata eltér a jellegzetes depressziómintázattól. A rekurrens szívbetegséggel elsősorban a testi-affektív faktorhoz sorolt tünetek állnak kapcsolatban. E tünetek esetében nehézséget okoz, hogy könnyen a szívbetegség következményének tartják őket, emiatt esetleg sem a beteg, sem az orvos nem ismeri fel, hogy kezelést igénylő depressziós állapotról van szó. A depresszió és elsősorban a fent említett tünetek szűrésére tehát mindenképpen érdemes lenne figyelmet fordítani.

SZORONGÁS

A szorongás fogalma és mérése

A szorongás mérése nem megoldott a szívbetegekkel kapcsolatos vizsgálatokban (Moser et al. 2007). A klinikai kritériumokat – a depresszióval ellentétben – nem alkalmazzák, részben talán a szorongásos megbetegedések heterogén volta miatt; gyakran különböző szorongásos tünetek listájával mérik a szorongás mértékét. Az alkalmazott mérőeszközök között szerepel a Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív, a Kórházi Szorongás- és Depressziószkála Szorongásskálája, illetve a leggyakoribb fóbiákat mérő Crown-Crisp Index, valamint Derogatis Rövid Tünetleltárának szorongást mérő tételei, melyek állapotszorongást mérnek (Moser–Dracup 1996; Moser et al. 2007).

A szorongás szerepe a szívbetegségek kialakulásában

A szorongás szívbetegségekkel kapcsolatos összefüggéseiről kevesebb szakirodalmi anyag áll rendelkezésünkre. A korai tanulmányok férfimintákat vizsgáltak. Kawachi, Colditz és munkatársai (1994) eredményei szerint a fóbiás félelmek jelenléte a nem halálos infarktussal nem mutatott összefüggést, a szíveredetű halálozás rizikóját viszont több mint kétszeresére emelte. Szorongásos tünetek jelenléte és nem halálos szívbetegség között nem találtak összefüggést, míg a halálos szívkoszorúér-megbetegedés, illetve a hirtelen szívhalál esetében a rizikótényezők kontrollálása előtt kimutatható volt a kapcsolat (háromszoros, illetve több mint öt és félszeres rizikónövekedés), azonban a lehetséges rizikótényezők kontrollálásával a kapcsolat nem szignifikánssá vált.

Kubzansky és munkatársai (1997) öt témakörrel kapcsolatos krónikus aggódás szerepét vizsgálták. A társadalmi körülményekkel (pl. gazdasági recesszió) kapcsolatban legerősebben aggódók között két és félszeresére nőtt az infarktus relatív rizikója. Az egészséggel kapcsolatos aggódás az angina pectoris előfordulási arányának mérsékelt emelésével kapcsolódott össze, míg a pénzügyi nehézségek miatti aggodalom az összes szívkoszorúér-megbetegedés és az angina pectoris kissé nagyobb arányú előfordulásával járt együtt. Az önmeghatározással és az idősödéssel kapcsolatos aggodalmak nem kapcsolódtak össze egyetlen koronáriabetegség-mutatóval sem.

A fenti tanulmányok jelentős korlátja azonban, hogy férfimintát vizsgáltak, noha a szorongásos zavarok gyakoribbak nőknél; későbbi kutatásokban szerepeltek női résztvevők. A fóbiás félelmek és a nem halálos infarktus között női mintán sem mutatkozott összefüggés. A rizikótényezők kontrollálása után az így definiált szorongás és a halálos koronáriabetegség közötti kapcsolat nem szignifikánssá vált, a hirtelen szív-

halál esetében pedig tendenciaszintű összefüggést mutattak ki (Albert et al. 2005). Denollet, Maas, Knottnerus, Keyzer és Pop (2009) tanulmányában magas szorongás esetében mind a kardiovaszkuláris, mind a bármilyen okból bekövetkezett halálozás esélye nőtt (az első esetben több mint két és félszeresére, a másodikban több mint másfélszeresére). A depresszió nem kapcsolódott egyik kimenethez sem.

A (különbözőképpen definiált) szorongásos zavarok jelenléte tehát megemeli a szíveredetű halálozás (és a bármilyen okból bekövetkezett halálozás) előfordulásának esélyét férfiaknál és nőknél is; a kapcsolatot részben a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikótényezői mediálják. Nem halálos szívbetegségek kialakulása és a szorongás között nem mutattak ki összefüggést a tanulmányok.

A szorongás hatása a szívizominfarktust követő komplikációk fellépésére

Szívinfarktust követően a szorongás az egyik legkorábbi és legintenzívebb pszichológiai reakció, függetlenül a kulturális háttértől és az infarktus súlyosságától (De Jong et al. 2004; a kutatást ismerteti Moser–De Jong 2006). Az infarktust követő szorongás fontos mind a kórházi tartózkodás alatti komplikációk, mind az újabb szív- és érrendszeri események szempontjából. Moser és Dracup (1996) kutatásában (n = 86 infarktuson átesett beteg) kórházi halálozás és újabb infarktus csak nagymértékű szorongást mutató betegnél fordult elő. A komplikációk fellépésével csak a betegség súlyosságát jelző Killip-stádium és a szorongás állt kapcsolatban. A Killip-stádium II-ben lévőknél kb. két és félszer nagyobb eséllyel történt komplikáció, mint a Killip-stádium I-ben lévőknél, az átlagnál magasabb szorongáspontszámot elérők esetében pedig csaknem ötszörösre ugrott a komplikációk esélye, mint az átlagnál kevesebb pontot elérőknél.

Moser és munkatársai (2007) két országból származó nagyobb mintán (n = 536) megvizsgálták, hogy az észlelt kontroll milyen módon befolyásolja a szorongás és a kórházi komplikációk kapcsolatát. 145 betegnél lépett fel komplikáció (27%); magas szorongást mutató betegeknél szignifikánsan több esetben fordult elő ritmuszavar, újabb infarktus vagy isémia. A szíveredetű halálozásban nem volt különbség a két csoport között. A komplikációk esélyét a korábbi infarktus több mint kétszeresére, a szorongás másfélszeresére emelte. A szorongás szerepét az észlelt kontroll mediálta: a magas szorongást mutató és alacsony kontrollt észlelő betegek esetében volt a legtöbb komplikáció. Ennek jelentősége az, hogy az észlelt kontroll egyszerű intervenciókkal módosítható, ami kedvező hatást gyakorolhat az infarktus utáni prognózisra.

A szívinfarktust követő szorongás tehát megnöveli a későbbi komplikációk fellépésének esélyét alacsony észlelt kontrollú betegeknél. A kórházi kezelés során indokolt lenne a szorongás mértékének felmérése és az észlelt kontroll növelése rövid intervenciókkal.

Szorongás rekurrens szívbetegségek esetében

A szorongás és az újabb szív- és érrendszeri esemény bekövetkeztének kapcsolatát kevesebb kutatás vizsgálta, és az eredmények ellentmondásosak (Moser–De Jong 2006), a téma tehát további vizsgálatot igényel. Megközelítőleg ugyanannyi tanulmány mutatott ki összefüggést a rosszabb prognózissal, mint amennyi negatív eredménnyel zárult, így egy-egy példát hozunk mindkettőre.

Frasure-Smith és munkatársai (1995) már idézett tanulmányában (n = 222 infarktuson átesett beteg) a trombogenikus eredetű újabb esemény (infarktus vagy instabil angina) előfordulási esélyét a szorongás több mint háromszorosára emelte, emellett a korábbi depresszió bizonyult prediktornak. Az infarktus előfordulásával a szorongás, az instabil angina előfordulásával pedig a szorongás és a korábbi depresszió állt kapcsolatban. A kardiológiai változók nem voltak kapcsolatban egyik vizsgált kimenettel sem, tehát a betegség súlyossága nem állt kapcsolatban az újabb esemény bekövetkeztével.

Mayou és munkatársai (2000) az infarktust követő egy éven belül nem találtak magasabb halálozási arányt a kórházi tartózkodás alatt depressziót vagy szorongást mutató betegeknél. Azonban e betegeknél egy évvel később is magasabb volt a depresszió és a szorongás szintje, mint azoknál, akiknél a kórházi tartózkodás alatt nem jelentkeztek a depresszió vagy szorongás tünetei. Az életminőség is rosszabb volt ezeknél a betegeknél: hétköznapi aktivitásaikat kevésbé nyerték vissza, az infarktus utáni életmódváltoztatást kevesebben valósították meg, többször éltek át mellkasi fájdalmat és többször fordultak orvoshoz. A tanulmány tehát a mortalitással nem talált kapcsolatot, azonban kimutatta, hogy a szorongás jelenléte a betegek életének több lényeges területére negatív hatással van.

A depresszió és szorongás lehetséges mechanizmusai

Az ellenségességhez és haraghoz hasonlóan a depresszió és szorongás is több mechanizmuson keresztül befolyásolhatja az iszkémiás szívbetegségek kialakulását.

Fiziológiai mechanizmusok

A depresszió (Goldston–Baillie 2008; Maier et al. 2006) és a szorongás (Moser–De Jong 2006) a HPA-tengely túlműködésével, ezzel a szimpatikus idegrendszer túlzott stimulációjával áll kapcsolatban. Megemelkedik a katekolaminkiválasztás és a szérum kortizolszintje. Mind a katekolaminok, mind a kortizol közvetlen érfalsérülést okoznak (Maier et al. 2006). A koronáriák endotéliumának diszfunkcióját fiatal és egyébként egészséges depressziós egyéneknél is megtalálták (Goldston–Baillie 2008). A magas kortizolszint hiperlipidémiát és magas vérnyomást provokál. Jezova,

Makatsori, Duncko, Moncek és Jakubek (2004) ugyanakkor egészséges felnőttekkel végzett kísérletükben azt találták, hogy stresszes helyzetben a vonásszorongás normál tartományán belül a legmagasabb értékeket mutató személyeknél a vér és a nyál kortizolszintje, valamint az epinefrin, norepinefrin és prolaktinkiválasztás alacsonyabb mértékű volt, mint az alacsony vonásszorongásúaknál. A szerzők azzal magyarázzák eredményüket, hogy a magas vonásszorongásúak akut stressz esetén nem mutatják a megfelelő hormonális választ.

A katekolaminok a trombocitaaktivitásra is hatást gyakorolnak. A vérlemezke-aktivitás emelkedését mind szívbetegségben nem szenvedő, mind koronáriabeteg depressziósoknál kimutatták. A vérlemezke-aktivitás növekedése hozzájárul az ér károsodásához, az érelmeszesedés progressziójához és a trombusképződéshez (Goldston–Baillie 2008; Maier et al. 2006; Lespérance–Frasure-Smith 2000). Ugyanezek a folyamatok magas szorongású személyeknél is megtalálhatók (Moser–De Jong 2006; Frasure-Smith et al. 1995). Magas vonásszorongású egészséges embereknél megemelkedik a véralvadásmarkerek szintje (Pitsavos et al. 2006).

A depresszió és szorongás, illetve általában a negatív affektivitás az immunfunkciókat is befolyásolja. Depressziós betegeknél (Goldston–Baillie 2008), illetve magas vonásszorongású egészséges embereknél (Pitsavos et al. 2006) megemelkedett szinten vannak jelen gyulladásos markerek. A vitális kimerültség állapotában levő koronáriabetegeknél egyes citokinek szintje szignifikánsan magasabb, mint azoknál a betegeknél, akikre nem jellemző a vitális kimerültség (Appels et al. 2000).

Az akut szorongás vagy pszichológiai stresszorok az akut események triggerei (Moser–De Jong 2006; Albert és mtsai. 2005). Az infarktust megelőző két órában átélt magas mértékű szorongás mintegy másfélszeresére emeli az infarktus veszélyét (Mittleman et al. 1995); infarktuson átesett betegek az infarktus előtti két órában nagyobb mértékű szorongást élnek át, mint 24 órával utána (Moser–De Jong 2006). Ennek hátterében az áll, hogy a magas katekolaminszint növeli a szívizom ingerelhetőségét, ezáltal könnyebben kialakulnak kamrai ritmuszavarok (Goldston–Baillie 2008; Lespérance–Frasure-Smith 2000). A katekolaminok hirtelen kialakuló magas szintje miatt megnövekedett szívfrekvencia és vérnyomás emeli a szívizom oxigénigényét.

A depresszió és a szorongás káros hatással van a szív vegetatív idegrendszeri beidegzésére. A szívfrekvencia-variabilitás csökken; ez lehet túl erős szimpatikus idegrendszeri vagy túl gyenge paraszimpatikus idegrendszeri aktivitás következménye is. Az infarktus utáni időszakban fellépő depresszió még jobban csökkenti a szívfrekvencia-variabilitást (Goldston–Baillie 2008). A szorongás paraszimpatikus beidegzésre gyakorolt negatív hatását jelzi, hogy egészséges felnőtteknél a magas vonásszorongás a szív csökkent vaguskontrolljával jár (Watkins et al. 1998). Infarktuson átesett betegek esetében a magas szorongásszint mintegy 20%-kal csökkent baroreflex-érzékenységgel járt együtt; a depresszióval nem mutattak ki ilyen összefüggést (Watkins et al. 2002). A csökkent szívfrekvencia-variabilitás (Rugulies 2002; Maier et al. 2006), illetve a csökkent vaguskontroll (Watkins et al. 1998) megnövekedett szíveredetű halálozással jár együtt.

A társas támogatás nem megfelelő volta

A társas támogatás hiánya növeli a morbiditást és mortalitást a szívbetegek esetében. A társas támogatás összefüggéseit elsősorban a depresszióval kapcsolatban vizsgálták, pedig a szorongás egyes megjelenési formái esetében is érdemes lenne vizsgálni.

A depressziós betegek társas környezetükhöz való viszonya is megváltozik, kevésbé tartják kapcsolataikat, ami csökkenti a társas támogatottságukat, elszigetelődnek; ez pedig a szív- és érrendszeri betegségeknek újabb rizikófaktora. A depressziós betegek *szubjektíven megélt* társas támogatása csökken, függetlenül a társas kapcsolatok számától vagy a tőlük kapott segítség mértékétől (Goldston–Baillie 2008; Smith–Ruiz 2002). Nagyobb környezeti stresszt észlelnek, illetve a környezeti stresszre nagyobb pszichofiziológiai reaktivitással és/vagy kisebb paraszimpatikus tompítással reagálnak, tehát gyakrabban és hosszabb ideig emelkedik meg szívfrekvenciájuk és vérnyomásuk, ami megterheli a kardiovaszkuláris rendszert.

Non-adherence

Metaelemzés (DiMatteo et al. 2000) eredményei szerint a depressziós betegek körében mintegy megháromszorozódik a kezeléssel való együtt nem működés. A szorongásnak nincs ilyen következménye: az összesített eredmény az összefüggés hiányát jelzi, azonban a feldolgozott tanulmányok között nagy különbség van az eredmények tekintetében. Ennek oka lehet a vizsgált szorongásos zavarok heterogenitása, és az, hogy egyes szorongásos megbetegedések a kezeléssel való együttműködést növelhetik. A képet bonyolítja a szorongásos zavarok és a depresszió gyakori együttes előfordulása. A kezeléssel való együtt nem működés mind a gyógyszerszedésben, mind az életmódváltoztatások megvalósításában megmutatkozik. A depressziós tünetekben bekövetkező javulás javítja a kezeléssel való együttműködést, pl. a gyógyszerszedést (Rieckmann et al. 2006).

Az egészségviselkedés szerepe

Mind a depressziónak (pl. Goldston–Baillie 2008), mind a szorongásnak (Moser–De Jong 2006) kedvezőtlen hatása van az egészségviselkedésre; a depressziós vagy nagymértékben szorongó betegek kevésbé valósítják meg a szívbetegség miatt szükséges életmódváltoztatást. Gyakoribb a dohányzás és az alkoholfogyasztás, kevesebb a testmozgás, kevésbé törekednek az étrendmódosításra vonatkozó tanácsok betartására.

A kutatás jelenlegi irányai

Az analitikus módon összegyűjtött tényanyag az utóbbi 10–15 évben állt össze annyira, hogy a szintézis lehetősége látszik. Két irányba indultak el a kutatók erről a pontról, egymástól nem teljesen független módon. Az egyik, inkább gyakorlati kiindulású megközelítés egy lehetséges személyiséghátteret tárt fel, abból a célból, hogy ki lehessen szűrni azokat a személyeket, akiknél a rizikótényezők halmozódnak, így különösen kedvezőtlen pszichoszociális jellemzőkkel bírnak. A másik megközelítés az érzelmek szerepét próbálja összegezni. Egyrészt a korábban nagyrészt külön-külön vizsgált negatív érzelmek mellett vagy helyett (ez jelenleg vita tárgya) a negatív affektivitás szerepét tisztázni, másrészt pedig a korábban nagyrészt hanyagolt pozitív érzelmek, illetve ezekkel összefüggésben a lehetséges pszichológiai védőtényezők szerepét vizsgálni. A következő rész ezeket az új irányokat mutatja be vázlatosan.

Negatív affektivitás

Eddig két nagy témakört tárgyaltunk, az ellenségesség-harag, valamint a depresszió és szorongás témakörét. Az ismertetett kutatásokból a következő következtetéseket vonhatjuk le: az akut események triggere lehet a harag és a szorongás, mind az akut esemény első előfordulásakor, mind rekurrens eseménynél. Egészséges embereknél hosszú távon az ellenségesség, a depresszió és a szorongás magas szintje megnöveli a szívkoszorúér-megbetegedések kialakulásának veszélyét. Már kialakult koronáriabetegségnél a depresszió és a szorongás rosszabb prognózissal jár együtt, illetve természetesen a triggerek, a harag és a szorongás szerepe a prognózis szempontjából óriási jelentőségű. Az akut esemény után átélt negatív érzelmek (a szorongás és a depresszió) függetlenek a megbetegedés súlyosságától, tehát a rosszabb prognózist a betegséggel összefüggő orvosi adatok nem indokolják. A vizsgált pszichoszociális tényezők *mechanizmusai*t áttekintve láthatjuk, hogy erőteljesen jelen van a szívműködésre gyakorolt közvetlen fiziológiai hatás, illetve összefüggések léteznek az egészségviselkedéssel, valamint a társas kapcsolatokkal is, amelyek aztán ismét közvetlen fiziológiai következményekkel járnak. Feltűnik ugyanakkor az, hogy az ellenségesség-harag, valamint a depresszió és szorongás említett mechanizmusai között igen nagy az átfedés. Mindkét tényező jelentősen hat az immunfunkciókra és a vegetatív idegrendszerre; a hatásuk olyan irányba mutat, ami egyrészt elősegíti az érelmeszesedés hosszú távú folyamatát, a plakkok lerakódását, valamint a betegség hátteréül szolgáló gyulladásos folyamatok fenntartását, másrészt az akut események hátterét, a hemodinamika és a hemosztázis rövid távú felborulását okozza. Ha a vizsgált jelenségek pszichológiai *operacionalizálás*át nézzük, akkor ezek között is jelentős átfedést, a kapott eredmények között pedig nagymértékű korrelációt láthatunk (Suls–Bunde 2005; Kubzansky et al. 2006), illetve ha más szempontból

nézzük, akkor e jelenségek gyakori együttes előfordulását látjuk. A szorongás és a depresszió, valamint az ellenségesség és a harag közötti összefüggés nyilvánvaló, de korrelál a szorongás és az ellenségesség is (Blumenthal et al. 1987), illetve a depressziónak is van irritabilitásösszetevője. Suls és Bunde (2005) szerint ezeknek az érzelmeknek az átfedése miatt összetettebb érzelem-betegség modellekre van szükség.

Az eddigi kutatások nagyrészt külön-külön vizsgálták az eddig említett érzelmi állapotok összefüggéseit az iszkémiás szívbetegségekkel. Ez a megközelítés akkor tartható, ha feltételezzük, hogy mindegyik érzelem specifikus módon kapcsolódik a szívbetegségekhez, és így az egyes érzelmek hatásai szétválaszthatók. Kubzansky és munkatársai (2006) megvizsgálták azt a lehetőséget, hogy a harag, szorongás és depresszió koronáriabetegségekkel való összefüggése nem feltétlenül ezeknek a negatív érzelmeknek a külön-külön hatása, hanem inkább a háttérül szolgáló negatív affektivitás az, ami összefügg e betegségekkel. Az MMPI-2 szorongást, dühöt és depressziót mérő skáláiból faktorelemzést végeztek (n = 1306 kezdetben egészséges férfi, a *Normative Aging Study* résztvevői), a több faktoron is egyformán erősen súlyozódó tételekből egy általános distresszt mérő skálát alkottak. A csak egy faktoron súlyozódó tételek pedig az izolált düh, szorongás és depresszió skálákat alkották. Utóbbi egyébként a depressziónak egy speciális részét, a reménytelenség-szuicid ideáció részt méri. Csaknem tizenegy év utánkövetés után külön-külön vizsgálva e skálák mindegyike kapcsolatban volt a koronáriabetegség előfordulásával. Az összes skála együttes elemzése esetén az általános distressz magas mértéke több mint négy és félszeresére növelte a halálos kimenetelű szívbetegség esélyét. A nem halálos infarktus esetében azonban a szorongás emelte meg az előfordulás esélyét (RR = 2,26), a többi pszichológiai változóval nem volt ilyen összefüggés. Az összes szívkoszorúér-megbetegedés (angina, nem halálos infarktus és halálos koronáriabetegség) esetében a magas általános distressz kétszeresére, a nagymértékű szorongás több mint másfélszeresére, az izolált depresszió mérsékelt emelkedése pedig kétszeresére emelte a kombinált koronáriabetegség-előfordulás esélyét. A szerzők tehát arra következtetnek, hogy a mindegyik negatív érzelemben szerepet játszó általános distressz kapcsolatban áll a koronáriabetegségek előfordulásával, emellett pedig az egyes külön érzelmeknek van külön kimutatható hatása is, melyek különböző módon függnek össze a különböző kimenetekkel. Az általános distressz hatása mellett a szorongás a kemény kimenetekkel és az összes szívkoszorúér-megbetegedéssel állt kapcsolatban, a harag tendenciát mutatott az angina pectorisszal, az izolált depresszió (tehát a reménytelenség és a szuicid ideáció) a kombinált koronáriabetegséggel állt kapcsolatban. A további kutatásban tehát érdemes figyelmet fordítani mind az általános distresszre, mind az egyes pszichológiai jellemzőkre; utóbbiak esetében az eltérő szívbetegségekkel való kapcsolatuk feltárása az egyes külön emóciók hatásmechanizmusainak pontosabb megértését is szolgálná.

Egy javasolt személyiséghéttér: a D típusú személyiség

Johan Denollet szerint indokolt a személyiségvonások szerepét is vizsgálni a szívbetegségekkel összefüggésben. Ennek érdekében személyiségtaxonómiát alkotott, melyben három vonást vett figyelembe (Denollet et al. 1995). Az első a negatív affektivitás, tehát a negatív érzelmek gyakori átélésére vonatkozó diszpozíció. A társas gátoltság az érzelmek kifejezésének elnyomását jelenti; e jellemző több betegséggel való kapcsolatát kimutatták. Az elfogadás iránti igény a társadalmilag elfogadott módon való viselkedést jelzi, a jobb alkalmazkodás mutatója lehet. Négy személyiségtípust különített el, részben klaszterelemzéssel, részben elméleti következtetéssel, az ún. DIRE-taxonómiát: D: *distressed*, „stresszes", erről lesz bővebben szó; I: introvertált (magas társas gátoltság, alacsony negatív affektivitás); R: *restrained*, visszafogott (alacsony társas gátoltság, magas elfogadás iránti igény); illetve E: *excitable*, ingerlékeny (a társas gátoltság és az elfogadás iránti igény is alacsony). A D típusú személyiség tehát a negatív érzelmek (diszfória, szorongás és irritabilitás) időben tartós és szituációkon át megjelenő magas szintjével, valamint nagymértékű társas gátoltsággal (az érzelmek kifejezésének gátlása, a társas helyzetekben megjelenő kényelmetlenségérzés, zárkózottság) jellemezhető (Denollet et al. 1995; Denollet–Van Heck 2001; Denollet 2005). A D típusú személyiség mérésére szolgáló skálát (DS14, Denollet 2005) több nyelvre is lefordították és validálták; a magyar változatban a faktorelemzés megerősítette a kérdőív kétfaktoros struktúráját (Purebl et al. 2006).

A D típusú személyiség előfordulási arányát vizsgáló tanulmányok egészséges mintákon 21% és 32,5% közötti arányokat kaptak, bár előfordul jóval magasabb arány is (brit és ír egyetemista mintán 38,5%, Williams et al. 2008). Belgiumban az átlagnépesség 21%-a minősült D típusúnak, koronáriabetegeknél és magas vérnyomásúaknál ennél magasabb az arány (28, illetve 53%) (Denollet 2005). Grande és munkatársai (2004) viszont német mintán kardiológiai betegeknél találták a legalacsonyabb előfordulási arányt (25%; egészséges gyári munkásoknál 32,5%; pszichoszomatikus betegeknél 62% minősült D típusúnak). Kínában nem találtak különbséget a szívbetegek és az egészséges személyek körében való előfordulásában (31, illetve 32%; Yu et al. 2008). Egyes kutatások nőknél magasabb előfordulási arányt találtak (Denollet 2005; Pedersen et al. 2009), mások nem találtak nemi különbséget (Williams et al. 2008). A Hungarostudy 2002 reprezentatív mintán kapott adatai szerint a férfiak 23,5%-a, míg a nők 27,4%-a minősül D típusúnak (Purebl et al. 2006). Magyar szívbetegmintában (n = 190) a betegek 28%-a minősült D típusúnak, a nemek között nem volt különbség (Berkes 2008). Ezek az eredmények azt mutatják, hogy nincs következetesen kimutatható előfordulási különbség szívbeteg és egészséges minták között. A német kutatásban a pszichoszomatikus betegeknél kapott rendkívül magas arány megkérdőjelezi azt, hogy szívbetegekre specifikus ez a személyiségtípus.

Denollet és munkacsoportja kutatássorozatának eredményei szerint a D típusú szívbetegek között mind a morbiditás, mind a mortalitás magasabb mértékű. A bármilyen okból bekövetkező halálozás esélye négyszer magasabb D típusú szívbetegeknél (n = 303)

a mortalitás biomedikális prediktorainak a kontrollálása mellett (Denollet et al. 1996). Infarktuson átesett betegeknél (n = 87) a szíveredetű halálozás és a nem halálos infarktus prediktora az ejekciós frakció mellett a D típusú személyiség volt (RR = 4,7; Denollet–Brutsaert 1998). Szintén magasabb a hirtelen szívleállás (OR = 9,4, p<0,05), valamint infarktuson átesett betegek között a poszttraumás stresszzavar (PTSD) előfordulása (OR = 4,5, p<0,05; Denollet 2005).

A D típusú személyiség és a kedvezőtlen kimenetek közötti kapcsolat fiziológiai mechanizmusai érinthetik a vegetatív idegrendszert és az immunrendszert (Compare et al. 2006). A D típusú személyiségnek minősülők elsősorban társas helyzetben fiziológiai hiperreaktivitást mutatnak: megemelkedik a katekolaminszintjük, ezzel a szívfrekvenciájuk és vérnyomásuk; emellett magasabb a proinflammátoros citokinszintjük. Gyakoribb náluk a kedvezőtlen egészségviselkedés, illetve alacsonyabb a társas támogatásuk (Williams et al. 2008).

Egyik korai kritika szerint a D típusú személyiséget nem indokolt személyiségtípusnak nevezni (Carney 1998). Másik ellenérv, hogy nem hoz semmi újat az eddig ismert tényekhez, egyszerűen a negatív affektivitás vagy a neuroticizmus új megfogalmazása (Lespérance–Frasure-Smith 1996 kritikáját idézi Williams et al. 2008).

Pozitív érzelmek és egyéb védőtényezők: optimizmus, vitalitás, mastery, koherenciaérzés

A koronáriabetegségekkel kapcsolatos eddigi kutatás nagy része a lehetséges rizikófaktorokkal foglalkozott, amelyek mindegyike kapcsolódik valamilyen módon az akut vagy krónikus negatív affektivitáshoz. A pozitív érzelmek szerepét ritkábban vizsgálják a kutatók a szívbetegségekkel kapcsolatban (Gallo et al. 2004; Rozanski–Kubzansky 2005).

Matthews, Räikkönen, Sutton-Tyrrell és Kuller (2004) egészséges nőknél (n = 209) vizsgálta az optimizmus és az érelmeszesedés progressziójának összefüggését. Az optimista nőknél gyakorlatilag nem nőtt az intima (az érfal belső rétege) vastagsága a két vizsgálat közötti három évben. A szerzők tehát a betegség korai, még szubklinikai szakaszában mutatták ki az optimizmus kedvező hatását.

Előrehaladott koronáriabetegség esetében is kedvező hatást gyakorol az optimizmus. Bypassműtéten átesett betegek közül a diszpozicionális optimizmussal jellemezhetők a műtét utáni hat hónapban feleakkora eséllyel kerültek újra kórházba új műtét miatt vagy a szívbetegségükkel összefüggő okból (Scheier et al. 1999). A legnagyobb pszichés terhet jelentő szívbetegségek esetében, infarktus, illetve szívtranszplantáció után is gyorsabban gyógyulnak fel a diszpozicionális optimizmust mutató betegek (Rozanski–Kubzansky 2005).

Az optimizmus mellett a vitalitás szerepét is vizsgálták. A vitalitás pozitív érzelmi állapot, több pozitív érzelem alkotja: öröm és érdeklődés, frissesség, energikusság érzése jellemzi, és mind helyreállító, mind megújító hatása van. Ezek megjelenésekor

pozitív energia képződik, a személy rendelkezésére álló források megnövekednek, többek között a problémamegoldásra fordítható kapacitása is nagyobb lesz, emiatt hatékonyabbá, rugalmasabbá válik a megküzdése. Másik jellemzője az érzelmek hatékony, rugalmas szabályozása. Ugyanakkor ezek visszafelé is hatnak: ha az érzelmek szabályozása és a megküzdés rugalmasak, rendben vannak, akkor ez az állapot növeli az energikusságot (Rozanski–Kubzansky 2005). Röviden, a vitalitás azt jelenti, hogy a személy energikusnak érzi magát, pozitív jóllétet él át és hatékonyan tudja szabályozni érzelmeit (Kubzansky–Thurston 2007). Kubzansky és Thurston (2007) az érzelmi vitalitás szerepét vizsgálta az iszkémiás szívbetegségek kialakulására (n = 6 025). Az Általános Jóllét Skála három alskálájával (vitalitás, pozitív jóllét és érzelmi önszabályozás) mérték a vitalitást, átlag tizenöt évig követték a személyeket. A rizikótényezők kontrollálásával kapott eredmény szerint a magas vitalitású személyeknél alacsonyabb volt a koronáriabetegség előfordulási esélye (RR = 0,81), csakúgy, mint a bármilyen okból bekövetkező halálozásé (RR = 0,76).

Surtees, Wainwright, Luben, Khaw és Day (2006) a mastery érzése és a koherenciaérzés kardiovaszkuláris mortalitással való kapcsolatát vizsgálta az EPIC-Norfolk tanulmány résztvevőinél (n = 20 323) mintegy hat év utánkövetés során. A mastery érzése azt jelenti, hogy a személy képes hatékonyan kezelni az életét és a környező világot (Surtees et al. 2006). A koherenciaérzés pedig annak a tartós és dinamikus bizalomnak az érzése, „hogy 1. az élet során a belső vagy külső környezetből származó ingerek strukturáltak, előre jelezhetőek és megmagyarázhatóak; 2. az ezek által az ingerek által állított követelmények kezelésére a források elérhetőek; és 3. ezek a követelmények kihívások, amelyekbe érdemes beruházni és irántuk elköteleződni" (Antonovsky 1990, 160). Az eredmények azt mutatták, hogy a bármilyen okból bekövetkező halálozás esélye magas masteryérzés esetében 15%-kal, magas koherenciaérzés esetében pedig 10%-kal csökkent. A kardiovaszkuláris halálozásra a masteryérzés volt specifikus (rate ratio = 0,83), a koherencia nem csökkentette ennek esélyét (rate ratio = 0,97); utóbbival a daganatos megbetegedés alacsonyabb előfordulása járt együtt.

A koherenciaérzés szerepét elsősorban a szívbetegek életminőségével való összefüggésben vizsgálják (pl. Julkunen–Ahlström 2006; Skrabski és mtsai. 2006; Dantas et al. 2002), ennek a témának az ismertetése azonban meghaladja tanulmányunk kereteit.

IRODALOMJEGYZÉK

Albert, C. M. et al. (2005): Phobic Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease and Sudden Cardiac Death Among Women. *Circulation,* 111. 480–487.

Anda, R. et al. (1993): Depressed Affect, Hopelessness, and the Risk of Ischemic Heart Disease in a Cohort of U.S. Adults. *Epidemiology,* 4. (4). 285–294.

Angerer, P. et al. (2000): Impact of Social Support, Cynical Hostility and Anger Expression on Progression of Coronary Atherosclerosis. *J. Am. Coll. Cardiol.,* 36. 1781–1788.

Antonovsky, A. (1990): Personality and Health: Testing the Sense of Coherence Model. In: Friedman, H. S. (ed.) *Personality and Disease.* Chichester: John Wiley & Sons., New York. 155–177.

Appels, A. et al. (2000): Inflammation, Depressive Symptomatology, and Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine,* 62. 601–605.

Arlow, J. A. (1945): Identification Mechanisms in Coronary Occlusion. *Psychosomatic Med., VII.* 195–209.

Árvay A. és mtsai. (1996): Ischaemiás szívbetegségek. In: Árvay A. – Bajkay G. (szerk.) (1996): *Kardiológia.* Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Kar, Budapest. 80–97.

Balog P. (2006): A szív- és érrendszeri betegek életminősége. In: Kopp M. – Kovács M. E. (szerk.) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest. 444–465.

Barefoot, J. C. et al. (1995): Hostility, Incidence of Acute Myocardial Infarction, and Mortality in a Sample of Older Danish Men and Women American. *Journal of Epidemiology,* 142. *5.* 477–484.

Barefoot, J. C. et al. (1989): The Cook-Medley Hostility Scale: Item Content and Ability to Predict Survival. *Psychosomatic Medicine,* 51. 46–57.

Barefoot, J. C. et al. (1983): Hostility, CHD Incidence, and Total Mortality: A 25-Year Follow-Up Study of 255 Physicians. *Psychosomatic Medicine,* 45. (1). 59–63.

Barefoot, J. C. et al. (2000): Depressive Symptoms and Survival of Patients With Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine,* 62. 790–795.

Beck, A. T. et al. (é. n.) (2000): *A depresszió kognitív terápiája.* Animula, Budapest. 304–305.

Berkes T. (2008): *Ellenségesség és korrelátumai ischaemiás szívbetegségben szenvedő betegeknél.* Szakdolgozat. Témavezető: Urbán Róbert PhD. ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest.

Berkman, L. F. et al. (2003): Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA,* 289. (23). 3106–3116.

Berry, J. D. et al. (2007): Social Avoidance and Long-Term Risk for Cardiovascular Disease Death in Healthy Men: The Western Electric Study. *Ann. Epidemiol.,* 17. 591–596.

Bishop, G. D. – Quah, S-H. (1998): Reliability and Validity of Measures of Anger/Hostility in Singapore: Cook & Medley Ho Scale, STAXI and Buss-Durkee Hostility Inventory. *Person. Individ. Diff.,* 24. (6). 867–878.

B. Kakas G. (1995): *Az infarktus lélektana – A pszichológia szívügye.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Blumenthal, J. A. et al. (1987): Psychological correlates of hostility among patients undergoing coronary angiography. *British Journal of Medical Psychology,* 60. 349–355.

BNO-10 zsebkönyv DSM-IV-TR meghatározásokkal. (2004): Animula, Budapest.

Boltwood, M. D. et al. (1993): Anger report predicts coronary artery vasomotor response to mental stress in atherosclerotic segments. *Am. J. Cardiol.,* 72. (18). 1361–1365.

Booth-Kewley, S. – Friedman, H. S. (1987): Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin,* 101. 343–362.

Carney, R. M. (1998): Psychological risk factors for cardiac events: Could there be just one? *Circulation*, 97. 128–129.

Chang, P. P. et al. (2002): Anger in Young Men and Subsequent Premature Cardiovascular Disease. *Arch. Intern. Med.,* 162. 901–906.

Chaput, L. A. et al. (2002): for the Heart Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group, Hostility Predicts Recurrent Events among Postmenopausal Women with Coronary Heart Disease. *American Journal of Epidemiology,* 156. (12). 1092–1099.

Chida, Y. – Steptoe, A. (2009): The Association of Anger and Hostility With Future Coronary Heart Disease A Meta-Analytic Review of Prospective Evidence. *J. Am. Coll. Cardiol.,* 53. 936–946.

Cole, S. R. et al. (1999): Sense of exhaustion and coronary heart disease among college alumni. *The American Journal of Cardiology,* 84. (12). 1401–1405.

Compare, A. et al. (2006): Type A, Type D, Anger-Prone Behavior and Risk of Relapse in CHD Patients. In: Molinari, E. et al. (eds): *Clinical Psychology and Heart Disease*. Springer-Verlag, Italia. 187–215.

Cook, W. W. – Medley, D. M. (1954): Proposed Hostility and Pharisaic-Virtue Scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology,* 38. (6). 414–418.

Dantas, R. A. S. et al. (2002): The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies,* 39. 745–755.

De Jonge, P. et al. (2006): Symptom Dimensions of Depression Following Myocardial Infarction and Their Relationship With Somatic Health Status and Cardiovascular Prognosis. *Am. J. Psychiatry,* 163. (1). 138–144.

Dembroski, T. M. et al. (1979): Effect of level of challenge on pressor and the heart rate response in Type A and Type B subjects. *Journal of Applied Social Psychology,* 9. 209–228.

Denollet, J. et al. (1995): Personality and Mortality After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine,* 57. 582–591.

Denollet, J. et al. (1996): Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet,* 347. 417–421.

Denollet, J. (2005): DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine,* 67. 89–97.

Denollet, J. et al. (2009): Anxiety predicted premature all-cause and cardiovascular death in a 10-year follow-up of middle-aged women. *Journal of Clinical Epidemiology,* 62. 452–456.

Denollet, J. – Van Heck, G. L. (2001): Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research,* 51. 465–468.

Diamond, E. L. (1982): The Role of Anger and Hostility in Essential Hypertension and Coronary Heart Disease. *Psychological Bulletin,* 92. (2). 410–433.

DiMatteo, M. R. et al. (2000): Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch. Intern. Med.,* 160. 2101–2107.

Dunbar, H. F. (1943): *Psychosomatic diagnosis.* Paul Hoeber, New York. Idézi: Diamond, E. L. (1982): The Role of Anger and Hostility in Essential Hypertension and Coronary Heart Disease. *Psychological Bulletin,* 92. (2). 410–433.

Eaker, E. D. et al. (2004): Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham Offspring Study. *Circulation,* 109. (10). 1267–1271.

Eckhardt, C. et al. (2004): The assessment of anger and hostility: a critical review. *Aggression and Violent Behavior,* 9. 17–43.

Empana, J. P. et al. (2006): Clinical Depression and Risk of Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Archives of Internal Medicine,* 166. 195–200.

Espnes, G. A. (2002): The Type A behavior pattern and coronary heart disease: a critical and personal look at the Type A behavior pattern at the turn of the century. *International Congress Series,* 1241. 99–104.

Everson, S. A. et al. (1997): Hostility and Increased Risk of Mortality and Acute Myocardial Infarction: The Mediating Role of Behavioral Risk Factors. *American Journal of Epidemiology,* 146. (2). 142–152.

Everson, S. A. et al. (1996): Hopelessness and Risk of Mortality and Incidence of Myocardial Infarction and Cancer. *Psychosomatic Medicine,* 58. 113–121.

Forkmann, T. et al. (2009): Sensitivity and specificity of the Beck Depression Inventory in cardiologic inpatients: How useful is the conventional cut-off score? *Journal of Psychosomatic Research*, doi:10.1016/j.jpsychores.2009.04.003

Frasure-Smith, N. et al. (1995): The Impact of Negative Emotions on Prognosis Following Myocardial Infarction Is It More Than Depression? *Health Psychology,* 14. (5). 388–398.

Friedman, M. – Rosenman, R. H. (1974): *Type A Behaviour and Your Heart*. Knopf, New York. Idézi: Espnes, G. A. (2002): The Type A behavior pattern and coronary heart disease: a critical and personal look at the Type A behavior pattern at the turn of the century. *International Congress Series,* 1241. 99–104.

Gallo, L. C. et al. (2004): Emotions and Cognitions in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience, and Social Context. *Cognitive Therapy and Research,* 28. (5). 669–694.

Glass, D. C. (1977): *Behavior patterns, stress, and coronary disease*. Earlbaum, Hillsdale, NJ. Idézi: Möller, A. T. (2006): Type A Behavior Pattern and Its Treatment. In: Molinari, E. et al. (eds) *Clinical Psychology and Heart Disease*. Springer-Verlag, Italia. 413–434.

Goldston, K. – Baillie, A. J. (2008): Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clinical Psychology Review,* 28. 288–306.

Grande, G. et al. (2004): Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.,* 54. (11). 413–422.

Halmos T. et al. (2004): A gyulladás szerepe az atheroszklerózisban. *Magyar Tudomány*, 2004/12. http://epa.oszk.hu/00600/00691/00012/02.html *(Letöltés ideje: 2009. december 28.)*

Hare, D. L. – Davis, C. R. (1996): Cardiac Depression Scale: validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of Psychosomatic Research,* 40. (4). 379–386.

Haynes, S. et al. (1980): The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study. III. Eight-Year Incidence of Coronary Heart Disease. *American Journal of Epidemiology,* 111. (1). 37–58.

Helmers, K. F. et al. (1993): Hostility and Myocardial Ischemia in Coronary Artery Disease Patients: Evaluation by Gender and Ischemic Index. *Psychosomatic Medicine,* 55. 29–36.

Jezova, D. et al. (2004): High trait anxiety in healthy subjects is associated with low neuroendocrine activity during psychosocial stress. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry,* 28. 1331–1336.

Julkunen, J. – Ahlström, R. (2006): Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research,* 61. 33–39.

Kawachi, I. et al. (1994): Prospective Study of Phobic Anxiet and Risk of Coronary Heart Disease in Men. *Circulation,* 89. 1992–1997.

Kemple, C. (1945): Rorschach method and psychosomatic diagnosis: Personality traits of patients with rheumatic disease, hypertensive cardiovascular disease, coronary occlusion, and fracture. *Psychosomatic Medicine,* 7. 85–89.

Kop, W. J. et al. (1994): Vital Exhaustion Predicts New Cardiac Events After Successful Coronary Angioplasty. *Psychosomatic Medicine,* 56. 281–287.

Kopp M. (2005): Szív- és érrendszeri megbetegedések. In: Kopp M. – Berghammer R. (szerk.) (2005): *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest. 414–420.

Kopp M. és mtsai. (2006): Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 60. 782–788.

Kovács M. E. – Mészáros E. (2006): Életminőség és betegségteher a magyar lakosságot érintő leggyakoribb betegségekben a Hungarostudy 2002 adatai alapján**.** In: Kopp M. – Kovács M. E. (szerk.) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest. 412–419.

Kubzansky, L. D. et al. (1997): Is Worrying Bad for Your Heart? A Prospective Study of Worry and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Circulation,* 95. 818–824.

Kubzansky, L. D. et al. (2006): Shared and Unique Contributions of Anger, Anxiety, and Depression to Coronary Heart Disease: A Prospective Study in the Normative Aging Study. *Annals of Behavioral Medicine,* 31. (1). 21–29.

Kubzansky, L. D. – Thurston, R. C. (2007): Emotional Vitality and Incident Coronary Heart Disease. Benefits of Healthy Psychological Functioning. *Archives of General Psychiatry,* 64. (12). 1393–1401.

Leroy, M. et al. (2009): Anhedonia as predictor of clinical events after acute coronary syndromes: a 3-year prospective study. *Comprehensive Psychiatry,* 51. (1) 8–14.

Lespérance, F. – Frasure-Smith, N. (2000): Depression in patients with cardiac disease: a practical review. *Journal of Psychosomatic Research,* 48. 379–391.

Lespérance, F. et al. (2000): Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Archives of International Medicine,* 160. 1354–60.

Libby, P. et al. (2002): Inflammation and Atherosclerosis. *Circulation,* 105. 1135–1143.

Maier, K. et al. (2006): Depression and CHD: Prevalence, Prognosis, Pathopsysiology and Treatment. In: Molinari, E. et al. (eds): *Clinical Psychology and Heart Disease.* Springer-Verlag, Italia. 85–98.

Matthews, K. A. (1982): Psychological perspectives on the Type A behavior pattern. *Psychological Bulletin,* 91. (2). 293–323.

Matthews, K. A. et al. (2004): Optimistic Attitudes Protect Against Progression of Carotid Atherosclerosis in Healthy Middle-Aged Women. *Psychosomatic Medicine,* 66. 640–644.

Mayou, R. A. et al. (2000): Depression and Anxiety As Predictors of Outcome After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine,* 62. 212–219.

McGowan, L. et al. (2004): The relationship between vital exhaustion, depression and comorbid illnesses in patients following first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research,* 57. 183–188.

Menninger, K. A. – Menninger, W. C. (1936): Psychoanalytic observations in cardiac disorders. *American Heart Journal,* 11. 10–21.

Miller, T. Q. et al. (1996): A Meta-Analytic Review of Research on Hostility and Physical Health. *Psychological Bulletin,* 119. (2). 322–348.

Mittleman, M. A. et al. (1995): Triggering of Acute Myocardial Infarction Onset by Episodes of Anger. *Circulation,* 92. 1720–1725.

Moser, D. K. – Dracup, K. (1996): Is Anxiety Early After Myocardial Infarction Associated With Subsequent Ischemic and Arrhythmic Events? *Psychosomatic Medicine,* 58. 395–401.

Moser, D. K. – De Jong, M. J. (2006): Anxiety and Heart Disease. In: Molinari, E. et al. (eds) (2006): *Clinical Psychology and Heart Disease.* Springer-Verlag, Italia. 121–147.

Moser, D. K. et al. (2007): Impact of Anxiety and Perceived Control on In-Hospital Complications After Acute Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine,* 69. 10–16.

Möller, A. T. (2006): Type A Behavior Pattern and Its Treatment. In: Molinari, E. et al. (eds) (2006): *Clinical Psychology and Heart Disease*. Springer-Verlag, Italia. 413–434.

Myrtek, M. (2001): Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology,* 79. 245–251.

O'Donnell, C. J. – Elosua, R. (2008): Cardiovascular Risk Factors. Insights From Framingham Heart Study. *Rev. Esp. Cardiol.,* 61. (3). 299–310.

Pedersen, S. S. et al. (2007): Fatigue, depressive symptoms, and hopelessness as predictors of adverse clinical events following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stents. *Journal of Psychosomatic Research,* 62. 455–461.

Pedersen, S. S. et al. (2009): Preliminary Evidence for the Cross-Cultural Utility of the Type D Personality Construct in the Ukraine. *Int. J. Behav. Med.,* 16. 108–115.

Pignay-Demaria, V. et al. (2003): Depression an Anxiety and Outcomes of Coronary Artery Bypass Surgery. *The Annals of Thoracic Surgery,* 75. 314–321.

Pitsavos, C. et al. (2006): Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: The ATTICA Study. *Atherosclerosis,* 185. 320–326.

Prescott, E. et al. (2003): Vital exhaustion as a risk factor for ischaemic heart disease and all-cause mortality in a community sample. A prospective study of 4084 men and 5479 women in the Copenhagen City Heart Study. *Int. J. Epidemiol.,* 32. (6). 990–997.

Purebl Gy. és mtsai. (2006): A D-típusú személyiség skála pszichometriai jellemzői reprezentatív vizsgálat alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 7. (3). 225–230.

Ragland, D. R. – Brand, R. J. (1988): Coronary heart disease mortality in the Western Collaborative Group Study. Follow-up experience of 22 years. *American Journal of Epidemiology,* 127. (3). 462–475.

Ridker, P. M. (1999): Evaluating Novel Cardiovascular Risk Factors: Can We Better Predict Heart Attacks? *Annals of Internal Medicine,* 130. 933–937.

Rieckmann, N. et al. (2006): Course of Depressive Symptoms and Medication Adherence After Acute Coronary Syndromes. *Journal of the American College of Cardiology,* 48. (11). 2218–2222.

Rosengren, A. et al. (2004): Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet,* 364. (9438). 953–962.

Rozanski, A. – Kubzansky, L. D. (2005): Psychologic Functioning and Physical Health: A Paradigm of Flexibility. *Psychosomatic Medicine 67,* Supplement 1. S47–S53.

Rosenman, R. H. – Friedman, M. (1961): Association of Specific Behavior Pattern in Women with Blood and Cardiovascular Findings. *Circulation,* (24). 1173–1184.

Rosenman, R. H. et al. (1975): Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 1/2 years. *JAMA,* 233. 872–877.

Rugulies, R. (2002): Depression as a Predictor for Coronary Heart Disease. A Review and Meta-Analysis. *American Journal of Preventive Medicine,* 23. (1). 51–61.

Scheier, M. F. et al. (1999): Optimism and Rehospitalization After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Annals of Internal Medicine,* 159. 829–835.

Scherwitz, L. et al. (1991): Cook-Medley Hostility Scale and Subsets: Relationship to Demographic and Psychosocial Characteristics in Young Adults in the CARDIA Study. *Psychosomatic Medicine,* 53. 36–49.

Shekelle, R. B. et al. (1983): Hostility, Risk of Coronary Heart Disease, and Mortality. *Psychosomatic Medicine,* 45. (2). 109–114.

Sherwood, A. et al. (1999): Endothelial Function And Hemodynamic Responses During Mental Stress**.** *Psychosomatic Medicine,* 61. 365–370.

Skrabski Á. és mtsai. (2006): A koherencia, az élet értelme, mint az életminőség fontos dimenziója. In: Kopp M. – Kovács M. E. (szerk.) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest. 146–166.

Smith, T. W. – Ruiz, J. M. (2002): Psychosocial Influences on the Development and Course of Coronary Heart Disease: Current Status and Implications for Research and Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 70. (3). 548–568.

Smith, T. W. (1994): Concepts and methods in the study of anger, hostility and health. In: Siegman, A. W. – Smith, T. W. (eds): *Anger, hostility, and the heart.* Erlbaum, Hillsdale, N. J. 23–42. Idézi: Miller és mtsai. (1996): A Meta-Analytic Review of Research on Hostility and Physical Health. *Psychological Bulletin,* 119. (2). 322–348.

Smith, T. W. et al. (2004): Hostility, Anger, Aggressiveness, and Coronary Heart Disease: An Interpersonal Perspective on Personality, Emotion, and Health. *Journal of Personality,* 72. (6). 1217–1270.

Spielberger, C. D. (1999/2008): State-Trait Anger Inventory-2. Professional Manual. PAR Psychological Assessment Resources, Inc. Magyarul: *STAXI-2: State-Trait Anger Inventory-2. Kézikönyv.* OS Hungary, 2008.

Suls, J. – Bunde, J. (2005): Anger, Anxiety, and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin,* 131. (2). 260–300.

Surtees, P. G. et al. (2006): Mastery, Sense of Coherence, and Mortality: Evidence of Independent Associations From the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study. *Health Psychology,* 25. (1). 102–110.

Van Egeren, L. F. (1991): A 'Success Trap' theory of Type A behavior: Historical background. *Journal of Social Behavior and Personality,* 5. 45–58.

Van Melle, J. P. et al. (2004): Prognostic Association of Depression Following Myocardial Infarction With Mortality and Cardiovascular Events: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine,* 66. 814–822.

Watkins, L. L. et al. (1998): Anxiety and Vagal Control of Heart Rate. *Psychosomatic Medicine,* 60. 498–502.

Watkins, L. L. et al. (2002): Association of anxiety with reduced baroreflex cardiac control in patients after acute myocardial infarction. *American Heart Journal,* 143. (3). 460–466.

Williams, J. E. et al. (2000): Anger Proneness Predicts Coronary Heart Disease Risk Prospective Analysis From the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) Study. *Circulation,* 101. 2034–2039.

Williams, L. et al. (2008): Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research,* 64. 63–6.

Williams, R. B. et al. (1980): Type A Behavior, Hostility, and Coronary Atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine,* 42. (6). 539–549.

Yu, X. N. et al. (2008): Application of the Type D Scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research,* 65. (6). 595–601.

II.
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS TERÜLETEI ÉS CÉLPONTJAI

Hevesi Krisztina és Urbán Róbert

A FIZIKAI AKTIVITÁS SZEREPE AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN

FIZIKAI AKTIVITÁS ÉS EGÉSZSÉG

Már az ókori görög orvosok, így Hérodikosz, Hippokratész és Galenus is hangsúlyozták a fizikai aktivitás jelentőségét a legkülönfélébb betegségek kezelésében. A testedzés mint orvosság *(„gymnastic medicine")* szemléletmód mindmáig fennmaradt, hiszen napjaink népegészségügyi és klinikai szemléletében a fizikai aktivitásnak fontos szerepe van a betegségek megelőzésében és rehabilitációjában egyaránt. A mozgásszegény, inaktív életmódot egészségkárosító hatása miatt gyakran hívják „néma ellenségnek" vagy „ülő halál szindrómának" is (Moran–MacIntyre 2004).

A rendszeres fizikai aktivitás a test közel minden rendszerére kihat (Cotman–Engesser-Cesar 2002), így megelőző, fenntartó és fejlesztő hatása folytán valamennyi életkorban jelentős szerepet tölt be a fizikai és a mentális egészség fejlesztésében és megőrzésében egyaránt (pl. Pedersen–Saltin 2006; Warburton et al. 2006a). A fizikai aktivitás és a vele szoros összefüggésben álló kardiorespirátoros edzettség férfiak és nők esetében egyaránt a halálozási és a megbetegedési arány alacsonyabb szintjével jár (Marcus et al. 2002).

Az USDHHS *(U. S. Department of Health and Human Services)* megállapítása szerint a napi rendszerességgel végzett fizikai aktivitás központi szerepet tölt be a krónikus betegségek megelőzésében, valamint az életminőség javításában is (Dzewaltowski et al. 2002), így minden kétévesnél idősebb személy számára fontos lenne legalább 30 perces közepes vagy magas intenzitással végzett testmozgás beiktatása a hétköznapokba (Marcus et al. 2000).

A fizikai aktivitás mértéke és az egészségi állapot mutatói között monoton növekvő kapcsolat áll fenn, azaz az aktivitási szint és edzettség növekedése további egészségnyereséget eredményez. Így például bátran kijelenthető, hogy a legaktívabb személyek

a legkevésbé veszélyeztetettek a betegségek széles spektrumára (Warburton et al. 2006b). Keresztmetszeti, longitudinális és klinikai vizsgálatok eredményeinek összegzése alátámasztja, hogy a fizikai aktivitásnak és a fizikai aktivitás növelését célzó beavatkozásoknak egyaránt pozitív hatása van a fizikai és a mentális egészségre nézve nemtől, életkortól, etnikai jellemzőktől és egészségi állapottól függetlenül (Penedo–Dahn 2005).

Az *1. táblázat* egy rövid áttekintést ad a leggyakrabban hangsúlyozott előnyökről, amelyekben a fizikai aktivitás egészségre gyakorolt pozitív hatása bizonyított. Fontos azonban kiemelni, hogy jóllehet az intervenciók legnagyobb részben a testalkat megváltoztatását célozzák, azonban ezek a pozitív hatások súlycsökkenés nélkül is fennállnak (Penedo–Dahn 2005).

1. táblázat. A fizikai aktivitás egészséghozama (Cress et al. 2004 nyomán)

Kardiovaszkuláris egészség	Javítja a szívizom teljesítményét
	Növeli a diasztolés csúcstelődést
	Megnöveli a szívizom összehúzódási képességét
	Csökkenti az idő előtti szívkamra-kontrakciókat
	Javítja a vér lipidprofilját
	Növeli az aerob kapacitást
	Csökkenti a szisztolés vérnyomást
	Javítja a diasztolés vérnyomást
	Fejleszti az állóképességet, terhelhetőséget
	Javítja az izomkapillárisok vérátáramlását
Testfelépítés	Csökkenti a hasi zsírszövetek mennyiségét
	Növeli az izomtömeget
Anyagcsere	Növeli az összes energiafelhasználást
	Javítja a proteinszintézist és az aminosavak visszavételét a vázizmokban
	Csökkenti az LDL-koleszterin szintjét
	Növeli a HDL-koleszterin szintjét
	Javítja a glukóztoleranciát, csökkenti az inzulinrezisztenciát
Csontozat	Lassítja a csontok ásványianyag-tartalmának csökkenését
	Növeli az egész test kalciumtartalmát
Izomerő és funkcionális kapacitás	Csökkenti a vázizomzat leépülésének veszélyét
	Javítja az erőt és a flexibilitást
	Csökkenti az (időskori) esések kockázatát
	Javítja a dinamikus egyensúlyt
	Javítja a fizikai funkcionálás általános szintjét

Pszichológiai jóllét	Javítja a szubjektív jóllétet és boldogságot Csökkenti a stresszel összefüggésben álló hormonok (pl. kortizol) szintjét Csökkenti a szorongást és javítja a depresszív hangulatot Megnöveli a figyelmi terjedelem mértékét Javítja a kognitív funkciókat Növeli a lassú hullámú és a REM-alvás arányát

Fizikai aktivitás, edzettség és egészséggel kapcsolatos fittség

A fizikai aktivitás fogalmába sorolunk minden olyan, a vázizmok által előidézett testmozgást, amely energiafelhasználást eredményez (Caspersen et al. 1985). A testedzés alatt a fizikai aktivitás egy olyan alcsoportját értjük, amelyre jellemző, hogy megtervezett, strukturált és ismétlődő fizikai tevékenység, amelyet azért folytatnak, hogy fenntartsák vagy fejlesszék a fizikai edzettség valamilyen összetevőjét (Caspersen et al. 1985). A testedzés legismertebb típusai az *aerob tréning*: egy ritmikus, a nagy izomcsoportokat közepes intenzitással igénybe vevő, hetente átlagosan 3–5 alkalommal végzett testedzési forma (Warburton et al. 2006a); illetve a *rezisztenciatréning* (súlyzós edzés): a speciális izomcsoportok ismételt, progresszív kontrakcióján alapuló mozgássor az izomerő, állóképesség vagy erőkifejtés növelése érdekében. Ezzel összefüggésben megkülönböztetünk *aerob* és *anaerob edzettség*et – míg előbbi a test oxigénszállításának és -felhasználásának képességére utal a hosszú ideig tartó megfeszített munka vagy testedzés során, addig utóbbi megmutatja, hogy milyen mértékben képes a szervezet energiát kifejteni oxigén felhasználása nélkül (Warburton et al. 2006b).

A *fizikai edzettség* fogalma a fiziológiai jóllét állapotára utal, amely a mindennapi feladatok megfelelő erőnlétben és energiaszinten való ellátását jelenti, anélkül, hogy az túlságosan megterhelő, stresszt okozó vagy fárasztó lenne az egyén számára. *Egészséggel kapcsolatos edzettség*en azokat az összetevőket értjük, amelyek a személy egészségi állapotával függnek össze – ilyenek a kardiovaszkuláris fittség, a vázizomzat edzettsége, a testfelépítés és az anyagcsere. A *teljesítményhez kötődő edzettség* pedig a sportteljesítményeknek képezi alapját, és olyan elemek tartoznak ide, mint az izometrikus erő, kitartás, gyorsaság, egyensúly, kéz-szem koordináció (Vanhees et al. 2005; Warburton et al. 2006a).

A fizikai aktivitás és a fizikai edzettség mérése

A fizikai aktivitás és edzettség mérésére számtalan eljárás született az önbeszámolós papír-ceruza tesztektől a saját, természetes környezetben való mérésen át a laboratóriumi módszerekig.

Az energiafelhasználás mérése: A fizikai aktivitást úgy definiáljuk, hogy minden olyan, a vázizomzat által előidézett mozgás, amely kalóriafelhasználással jár, ezért ez egyben azt is implikálja, hogy minél nagyobb, illetve összetettebb, több izomcsoportot érintő az adott mozgássor, annál nagyobb energiaigénnyel jár. A fizikai aktivitás által létrejövő energiafelhasználás része a szervezet teljes energiafelhasználásának, így mindenekelőtt ezt fontos meghatározni. A személy *teljes energiafelhasználás*át három összetevő eredőjeként szokták számolni: *a)* a nyugalmi (alap)anyagcsere; *b)* a fizikai (izom)aktivitásból eredő; és *c)* az étrendfüggő (a táplálék hasznosítására fordított) kalóriaégetés összegeként. A nyugalmi anyagcsere a teljes energiafelhasználás 60–70%-át teszi ki: az állandó testhőmérséklet fenntartására, az akaratlan izom-összehúzódásokra, valamint a légzés folyamatosságának biztosítására fordítódik. Ébrenléti állapotban 5%-kal magasabb, mint alvás idején, s olyan tényezők is szerepet játszanak benne, mint a nem, a kor és a testfelépítés. A fizikai aktivitáshoz köthető energiafelhasználást a személy testsúlya és a mozgás intenzitása határozza meg legnagyobb mértékben. Megjelenését tekintve igen változatos formákat ölthet, így beletartozik a közlekedésben folytatott, a munkahelyi foglalkozáshoz kötött és a szabadidőben végzett aktivitás egyaránt, így a sportolás, a személyes higiénia fenntartása, a házimunka és a ház körüli teendők éppúgy, mint a gyerekkel való játék. Mérésének, becslésének nehézségeit az iménti felsorolás is jelzi. Az anyagcserére fókuszáló élettani módszerek közvetlenül a hőtermelés vagy hőleadás révén mérik az energiafelhasználást. Ezek a „direkt kalóriaszámlálók" más, közvetett mérőeszközök validálására szolgálnak, ezért tartják ezeket ún. *aranystandardok*ként számon.

A fizikai aktivitás mennyiségének objektívebb módszerei: Az objektív mérőeszközök a testre erősített mozgásszenzorok révén regisztrálják a napi aktivitást. A *lépésszámláló* egy kisméretű készülék, melyet leggyakrabban az övrészre rögzítenek, a comb középső vonalában, s egy dimenzióban (vertikális irányban) méri a mozgást. Ezért nem alkalmas azonban például az úszás, a kerékpározás, illetve a felsőtesttel végzett mozgássorok precíz becslésére, de a sétálás és a futás megbízható kvantifikálása által mégis igen fontos szerepet tölt be az egészségügyben.

A fiziológiai rendszerek mérése: Objektív mérési módszerként szolgál a *szívritmus monitorozása* is. A szívritmus gyorsulása itt azt a relatív stresszt mutatja, amit a testmozgás jelent a kardiorespirátoros rendszer számára – tehát a fizikai aktivitás indirekt mérését teszi lehetővé. Alapját a szívritmus és az oxigénfelvétel közötti lineáris kapcsolat adja, mely közepes és erős fizikai aktivitás esetén fennáll – szemben az alacsony intenzitású mozgás és pihenés idején, amikor a szívritmus mértékét a mozgás energiaszintjén felül számtalan más faktor is befolyásolja (pl. kávéfogyasztás, stressz, dohányzás, testtartás).

Önbeszámolós mérőeszközök: A szubjektív mérési technikák közé tartoznak az ön- és társjellemző tesztek, az interjú alapjául szolgáló kérdőívek és a naplómódszerek. Szubjektív jellegükből eredő torzításaik folytán (pl. emlékezet, szociális megfelelési igény) az imént felsorolt (objektív vagy kritérium) módszerek legalább egyikével validálásuk szükséges lehet.

A fizikai aktivitás ajánlott mértéke: testedzés és/vagy életmód

A kívánatos fizikai aktivitás tekintetében számos ajánlás fogalmazódott meg. Az ajánlások során négy dimenziót vesznek figyelembe: a gyakoriságot, az intenzitást, az időtartamot és a testedzés típusát (Dubbert 2002). Egy korai útmutató (*American College of Sports Medicine*, ACSM; 1978) szerint a testedzés optimálisnak tartott *gyakorisága* 3–5 nap/hét, ajánlott *intenzitás*a a maximális nyugalmi szívritmus 60–90%-a, szükséges *időtartam*a 15–90 perc/alkalom és a kedvező *típus*a a nagy izomcsoportok ritmikus aktivitását igénylő futás, úszás. Napjainkban a fókusz a nagy intenzitású fizikai aktivitások szerepének hangsúlyozása helyett inkább a mérsékelt és közepes erőkifejtést igénylő testmozgásokra tevődött át – olyan lényeges kérdések számításba vételével, mint a hosszú távra való elköteleződés, életmódba való beilleszthetőség, vagy az életkor és egészségi paraméterek. Így például a séta a felnőttek körében az egyik leginkább fenntartható, legnagyobb kitartással végzett s a mindennapokba viszonylag könnyedén beiktatható, kedvelt aktivitási forma (Perri et al. 2002). Azért fontos ez, mivel a fizikai edzettség kismértékű javulása is jelentősen csökkenti a mortalitási arányt (Vanhees et al. 2005).

A fizikai aktivitás *ajánlott minimum*át újabban az energiafelhasználás mértékében határozzák meg. Ez az érték jelenleg heti 1000 kcal (4200 kJ) – ami a hét 5 napján 1-1 óra időtartamban végzett közepes intenzitású sétálásnak feleltethető meg (Warburton et al. 2006a).

Az ütemezés szempontjából is – tegyük hozzá, a teljesíthetőség figyelembevételével – változtak az ajánlások. Míg korábban a megszakítás nélkül, egy idői „blokkban" folytatott testedzés szerepelt az irányelvekben, addig például Murphy és munkatársai (2002) kimutatták, hogy a nap folyamán három részletben végzett (pl. háromszor tízperces) séta éppoly hatásos a kardiovaszkuláris rizikótényezők és a hangulati zavarok kivédése szempontjából, mint az egyhuzamban teljesített félórás gyaloglás (Murphy et al. 2002).

A fizikai aktivitás növelésének egyik módja a rendszeres testedzés. Ugyanakkor lényegesen növelhető a rendszeres fizikai aktivitás azzal, ha a mozgás az életmód részévé válik. Az életmódprogramok lényege, hogy az egyén a mindennapokban keresi a lehetőséget a mozgásra és energiafelhasználásra akár még rövid időtartamra is (pl. séta a következő buszmegállóig, a lépcső használata) azzal a céllal, hogy a nap folyamán összegyűjtse a szükséges aktivitás mennyiségét (Dunn–Blair 1997). Előnye, hogy az életmódba iktatott fizikai aktivitás a nap bármely szakában végezhető és nem igényel semmiféle speciális helyszínt, sem felszerelést. Ráadásul a pszichológiai és az egészséggel kapcsolatos mutatók kedvezően változtak az életmódba illesztett aktivitások révén is. Emellett a mérsékelt intenzitású fizikai aktivitást célzó programok az elsődleges megelőzésben (pl. Castro et al. 2001) és a betegcsoportokban egyaránt magasabb elkötelezettséget és kitartást eredményeznek (Trivedi et al. 2006). A fizikai aktivitás növelése tehát történhet testedzéssel és/vagy az életmód megváltoztatásával is.

A fizikai aktivitás szerepe a krónikus betegségek megelőzésében és kezelésében

A fizikai aktivitás kedvező hatása az élettartamra részben magyarázható azzal, hogy a fizikai aktivitás segít csökkenteni számos betegség kialakulásának veszélyét (Sallis–Owen 1999). A következőkben kiemelten azokat a krónikus betegségeket tárgyaljuk, amelyek korunk legnagyobb gyakoriságú, egyben legmagasabb halálozási arányt mutató kórképei, és a fizikailag aktív életmód központi szerepet játszik kialakulásuk megelőzésében és kezelésében egyaránt.

EVÉSZAVAROK – ELHÍZÁS, TÚLSÚLY

A kövérség (obezitás) az iparosodott társadalmak legáltalánosabb evészavara – egyúttal számos krónikus betegség (pl. 2-es típusú cukorbetegség, magas vérnyomás, érelmeszesedés, idült ízületi gyulladás, koleszterinzavar, daganatos megbetegedések) súlyos rizikófaktora is. A nyugati világ „jólléti szindrómáját" fémjelzi a 250 millió kórosan elhízott és 500 millió túlsúlyos felnőtt személy (Gasbarrini–Piscaglia 2005).

A túlsúly kialakulása azonban már gyermekkorban elkezdődik. Átfogó epidemiológiai adatok és a testsúlytöbblet mértéke alapján az elhízás a leggyakoribb gyerekkori zavar Európában. Az angliai nemzeti egészségfelmérés eredményei szerint a 7–11 évesek körében a túlsúly gyakorisága 1994 és 1998 között 60%-kal nőtt, az 1980-tól 1994-ig terjedő időintervallumot véve pedig 150%-os növekedést mutat. Ezzel párhuzamosan dokumentált a fizikai aktivitás csökkenő tendenciája (British Medical Association, 2003).

A fizikai aktivitás a kalóriabevitel csökkentése mellett fontos helyen szerepel a súlycsökkenést célzó programokban. Bár önmagában alkalmazva az elvárt *negatív energiamérleg* – az energiafelvétel és -leadás különbsége – nehezen érhető el, az elért alacsonyabb testsúly megtartása szempontjából azonban a fizikai aktivitás növelése szinte elengedhetetlen (Donnelly–Smith 2005). A testsúlycsökkentő programokat Czeglédi (2012, jelen kötetben) tanulmánya részletesen tárgyalja.

Az életkor előrehaladtával a fizikai aktivitás drasztikusan csökken mindkét nemnél, de lányok esetében ez még kifejezettebb (Golnhofer–Szekszárdi 2003). A fiúkat minden életkorban magasabb aktivitási szint jellemzi, s ez a különbség kiváltképp a nagy intenzitású fizikai aktivitási formáknál jelentős. Angliai adatok szerint a 12 éves lányok kevesebb mint fele vesz részt legalább napi félóra időtartamú fizikai aktivitásban, 15 éves korra csupán 36%-uk, ezzel szemben fiúknál ez az arány még 71% (British Medical Association, 2003). A biológiai különbségek mellett fontos szerepe van a kultúra által sugalmazott értékeknek is: míg a fiúkat a maszkulin férfi szerepnorma az izomfejlesztő aktivitások fenntartására sarkallhatja, addig nőknél a primer módon elvárt karcsúságideál elérésének elsődleges eszközeként a fogyókúra és a koplalás szolgál (McCabe–Ricciardelli 2003).

A *tartós fogyás* – a kalóriabevitel korlátozásával elért alacsonyabb testsúly megtartásának – záloga tehát a diéta mellett vagy önmagában végzett rendszeres fizikai

aktivitás. A testedzés azonban *súlycsökkenés nélkül* is jelentős változást („testrekompozíciót") hozhat létre a testalkatban: a zsírszövetek mennyiségének csökkenésével párhuzamosan az izomzat tömegének növekedését eredményezi (Ross et al. 2000).

ANYAGCSEREZAVARRAL KAPCSOLATOS BETEGSÉGEK

A krónikus betegségek kialakulásában játszott szerepe, valamint magas prevalenciája tette indokolttá az elhízás külön részben tárgyalását, azonban értelemszerűen az anyagcserezavarokhoz sorolandó. Idetartozik még az inzulinrezisztencia, a 2-es típusú cukorbetegség, a magas koleszterinszint és a magas vérnyomás is, melyek megelőzésében és kezelésében a fizikai aktivitás hatékonysága mára evidenciává vált (Pedersen–Saltin 2006). A szervezet glukózhomeosztázisának karbantartása és javítása révén a cukorbetegség kezelésében, a szövődmények és a gyakori komorbid zavarok elkerülésében a fizikai aktivitás jelentősége kiemelt (Ryan 2000).

KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEK

A kardiovaszkuláris betegségek szempontjából a legjelentősebb rizikótényezők az elhízás, a dohányzás és a fizikai inaktivitás (Braith–Stewart 2006). A koszorúsér-betegségek kialakulásának esélye egy fizikailag aktív személy esetében fele olyan magas, mint a passzív (ülő) populációba tartozóké. Továbbá, szívinfarktuson átesett páciensek körében az általános fizikai aktivitás – akár önmagában alkalmazva, akár egy komplex intervenció elemeként – a tünetek javulása és a szívizom kapacitásának növelésén túl a mortalitást is képes csökkenteni (Erbs et al. 2006). A testmozgásnak (az elsődleges megelőzés mellett) a rehabilitációban betöltött szerepének hangsúlyozása paradigmaváltást jelentett a *kardiovaszkuláris betegségek kezelése*ben – a korábbi pihenés és nyugalom előírása helyett az aktívabb életformára biztatás vált meghatározóvá (Warburton et al. 2006b).

Kiegészítésként említendő, hogy a szív- és koszorúér-rendszeri megbetegedésekkel leggyakrabban kapcsolatba hozott pszichológiai tünetegyüttes, az A típusú viselkedésminta (lásd Berkes, 2012, jelen kötetben) – amelynek jellemzői az extrém módon versengő, teljesítménycentrikus, agresszív, ellenséges és türelmetlen viselkedés – esetében például a fizikai aktivitás típusának megválasztása kiemelten fontos. A versenyelemeket is tartalmazó szabadidősportok pluszkihívás, teljesítménykényszer és stresszhelyzet elé állítva a szervezetet a várt egészségvédő hatást semlegesíthetik (Masters et al. 2003).

DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK

Az a feltételezés, hogy a rendszeres fizikai aktivitás képes kivédeni a daganatos megbetegedéseket, már a 20. század eleje óta létezik: megfigyelték, hogy a fizikai munkát végzők körében sokkal kisebb arányban fordulnak elő a rák különböző típusai (Sallis–Owen 1999). Azóta közel száz epidemiológiai tanulmány támasztotta már alá, hogy

akár a munkakör részeként végzett, akár a szabadidős kikapcsolódásba iktatott fizikai aktivitás fontos szerepet tölthet be a daganatos megbetegedések megelőzésében, kiemelten a vastagbél- és a mellrák esetében (Warburton et al. 2006b). Előbbinél konzisztens eredmények igazolják az összefüggést, s kimutatható, hogy a vastagbélráknak tulajdonítható halálozás 32%-a írható az inaktív életvitel számlájára. Fő okként a fizikai aktivitás anyagcsere-serkentő hatása valószínűsíthető, lévén, ezáltal a karcinogén (rákkeltő) anyagok rövidebb ideig tartózkodnak a béltraktusban, így a felszívódás is kisebb mértékben következik be. A fizikai aktivitásnak a mellrák, illetve a prosztatarák esetében kimutatott protektív, betegségmegelőző hatása pedig elsősorban a nemi hormonok – nők esetében az ösztrogén, progeszteron, férfiaknál a tesztoszteron – szintjére való, csökkentő és normalizáló hatásának köszönhető. Emellett a közepes intenzitású fizikai aktivitás aktiválja az immunrendszer működését, márpedig az immunrendszer a szervezet elsődleges védelmi vonala a daganatos megbetegedésekkel szemben (Sallis–Owen 1999, magyarul lásd Pedersen 1999/2003). A korai diagnózisnak, valamint a javuló terápiás lehetőségeknek köszönhetően egyre magasabb a daganatos betegek túlélési esélye. A kezelések azonban jelentős fiziológiai és pszichológiai következményekkel járnak: izomatrófia, nagyarányú súlyvesztés, alacsony aerob kapacitás, csökkenő izomerő és rugalmasság, fáradékonyság, hányinger, depresszió, és még számtalan olyan tünet kíséri, amely a páciens életminőségére erősen negatív hatást gyakorol (Burnham–Wilcox 2002). A kezelések idején, illetve az azt követően végzett fizikai aktivitás segítheti a rehabilitációt – javítva a fizikai funkcionálás szintjén túl a személy általános jóllétét és közérzetét is (Courneya 2001; Galvão–Newton 2005; Knols et al. 2005).

A túlélés esélyét is növelni képes a magasabb aktivitási szint mellrákos nőknél. 2987 nőre kiterjedő utánkövetéses vizsgálat eredményei szerint a fizikailag legaktívabb mellrákos nők 26–40%-kal kisebb valószínűséggel haltak meg a vizsgált időszakban a betegség következményeként a leginkább inaktív társaikhoz viszonyítva (Holmes et al. 2005). További vizsgálatok lehetnek szükségesek ahhoz, hogy a fizikai aktivitás kedvező hatását kimutassák más daganatos betegségben szenvedők rehabilitációjában és túlélésében.

TOVÁBBI KRÓNIKUS BETEGSÉGEK

Egyre több bizonyíték van továbbá a *légzőrendszert érintő megbetegedések* (pl. COPD – krónikus obstruktív légúti betegség, asztma), valamint a *csont, izomzat és ízületek működés*ét támadó betegségek – osteoarthritis, osteoporosis, rheumatoid arthritis, fibromyalgia, krónikus fáradtság szindróma – fizikai aktivitást növelő intervenciók hatékonyságára (Pedersen–Saltin 2006).

A *stresszbetegségek* megelőzésében is jelentős puffer szerepe lehet a fizikai aktivitásnak: közvetlenül a kortizolválaszt befolyásolva a stresszválasz küszöbérzékenységének kontrollálása révén, illetve az immunrendszer működésére hatva (Tosevski–Milovancevic 2006). Jól dokumentált vizsgálatok igazolják, hogy a rendszeres testmozgás képes megelőzni, illetve csökkenteni a stresszválasz szabályozásában központi szerepet játszó hipotalamusz-

hipofízis-mellékvesekéreg tengely (HPA-tengely) életkorral járó fokozott érzékenységét, míg a nagyobb aerob edzettség a HPA-tengely alacsonyabb reaktivitásával és így a pszichológiai stressz esetén alacsonyabb kortizolszekrécióval jár (Traustadóttir et al. 2005). Továbbá, mindazon tényezők, amelyek a stesszválaszt modulálják – a stresszor jelenlétének időtartama, kontrollálhatósága, a szervezet fiziológiai állapota –, az idegrendszer-immunrendszer szoros funkcionális kapcsolata folytán hatással vannak az immunrendszerre is. A fizikailag edzett szervezet ellenállóbb a stressz potenciálisan negatív fiziológiai befolyásával szemben, így a krónikus stressz által indukált immunszupressziót eredményező kaszkád kisebb eséllyel indul be (Fleshner 2005). Egy 17 hétig tartó, időseket célzó intervenció során a tápanyagokban gazdag étrend nem, de a heti kétszer végzett közepes intenzitású testedzés esetében sikerült kimutatni kedvező változásokat a sejtes immunrendszer működésében (Chin et al. 2000).

A *fizikailag korlátozott* és sérült személyek számára is nem csupán a másodlagos megbetegedések elkerülése végett ajánlott az aktívabb életvitel, hanem mind a testi funkcionálás szintjére, mind pedig a pszichológiai jóllétre pozitív hatással van. Emellett segít orvosolni, illetve kivédeni az olyan jellemző komorbid zavarokat is, mint a depresszió, a negatív énkép vagy a mozgáskorlátozottságból eredő gyakori fájdalmak (pl. Martin et al. 2005; Sayers et al. 2003; Van der Ploeg et al. 2004).

Mentális egészség

A fizikai aktivitásnak a lelki egészség megőrzésében, a pszichológiai jóllét javításában és a mentális zavarok kezelésében játszott pozitív szerepét már számos kutatásban dokumentálták (Taylor–Fox 2005). A kedvező hatások pszichológiai közvetítőiként leggyakrabban a kompetencia és az énhatékonyság-érzés növekedését, a figyelemelterelést a kellemetlen gondolatokról és érzelmekről, a hétköznapok monotonitásából és a problémákból való kiszakadást és – csoportos aktivitás esetében – a szociális közeg támogató szerepét emelik ki (Tkachuk–Martin 1999; Paluska–Schwenk 2000). A fizikai aktivitásnak a mentális egészségre gyakorolt hatását *élettani megközelítés*ben négy fő elméleti irány írja le. A *monoamin hipotézis* hangsúlyozza a testmozgás jótékony hatását az arousal szabályozásában és a figyelmi folyamatokban az agy három legfontosabb monoaminjának, a noradrenalin, a dopamin és a szerotonin szinaptikus transzmissziójának serkentésén keresztül. Az *endorfin hipotézis* elsősorban a ß-endorfin fájdalomcsökkentő és euforizáló potenciálját hangsúlyozza. A *termodinamikai modell* a testhőmérséklet fizikai aktivitást követő emelkedésének hangulatjavító szerepére mutat rá. Végül a *viszcerális-afferens-feedback hipotézis* pedig az izmok által generált afferens impulzusok energizáló hatását állítja a középpontba (Paluska–Schwenk 2000; Lavallee et al. 2004). A mentális problémák magas prevalenciája, más betegségekkel való gyakori komorbiditása, így jelentősége folytán az egyik leggyakrabban idézett példa a *depresszió*, amelynek a kezelése az általános gyakorlatnak megfelelően magában

foglalhat gyógyszeres, pszichoterápiás, kórházi és elektrokonvulzív elemeket. Ugyanakkor az empirikus vizsgálatok egyre nagyobb száma mutatja, hogy a fizikai aktivitás sikeresen alkalmazható a depresszió kezelésében (Sallis–Owan 1999). A témában végzett egyik első kontrollált vizsgálatban 28 depressziós pácienst random módon két pszichoterápiás csoport egyikébe soroltak, valamint egy harmadikba, amelyik terápiában nem részesült, azonban rendszeresen futott. A 12 héten át tartó kezelés eredményeként a futás ugyanolyan hatékonynak bizonyult a depresszió kezelésében, mint az egyik terápiás módszer, s szignifikánsan hatékonyabbnak a másiknál. Továbbá, 12 hónapos utánkövetés mellett a fizikai aktivitás hatása bizonyult leginkább maradandónak (Greist et al. 1979). Habár azóta számos kutatásnak sikerült kimutatni a testedzés kedvező hatását a klinikai depresszióra (pl. Babyak et al. 2000), a legújabb metaelemzés felhívja a figyelmet a jól kontrollált klinikai vizsgálatok szükségességére (Mead et al. 2009).

A tanulmányok áttekintése alapján megállapítható, hogy a depresszió különböző szintjén lévő pszichiátriai páciensek esetében a fizikai aktivitás széles spektrumát véve (pl. tánc, hosszútávfutás, kosárlabda és így tovább) az általános állóképességet fejlesztő tréningeknek közepes antidepresszáns hatékonysága van, a legnagyobb hatás pedig a legsúlyosabb depresszió eseteiben érhető el (Mayer–Broocks 2000). A vizsgálati eredmények szerint klinikailag diagnosztizált depressziós személyeknél heti három alkalommal 20–60 perces aerob (séta, illetve futás) vagy alacsony/közepes intenzitású anaerob testmozgással mintegy öt hét leforgása alatt szignifikáns javulás érhető el a tünetekben (Tkachuk–Martin 1999). Mindezeken túl a rendszeres fizikai aktivitás képes kivédeni, illetve csökkenteni a fizikai problémák megjelenésével járó időskori depresszív tüneteket is (Blazer 1994); a legmarkánsabb ilyen eredmények elsősorban a 65–75 éves korosztályban mutathatók ki (Ruuskanen–Ruoppila 1995).

A rendszeres fizikai aktivitásnak az egészséges populáció tagjai esetében is kimutatható egy *általános hangulatjavító hatás*a, jóllehet olyan markáns eredményeket, mint a klinikai pácienseknél, kevésbé lehet felmutatni (pl. Giacobbi et al. 2005).

A fizikai aktivitás tehát ugyanolyan hatékony tud lenni a depresszió kezelésében, mint az antidepresszáns gyógyszerek. Egyre növekvő számú bizonyíték mutatja, hogy a fizikai aktivitás hatása a különböző súlyosságú hangulatzavarok esetében – éppúgy a kezelésében, mint a megelőzésben – az antipszichotikumokkal, illetve a pszichoterápiával akár egyenértékű is lehet (Mental Health Foundation, 2005b). A *2. táblázat* összefoglal számos érvet a fizikai aktivitást növelő programok szerepére vonatkozóan a mentális betegségek megelőzésében és kezelésében.

2. táblázat. Áttekintő táblázat a fizikai aktivitásnak a mentális zavarok kezelésében játszott szerepéről, lehetőségeiről

1. Prevenció: a fizikai aktivitás képes kivédeni a depressziót, az első depresszív epizód megjelenését (Mental Health Foundation, 2005a).
2. Az enyhébb depressziót önmagában is képes orvosolni, annak terápiájában elsődleges szerepet játszhat (Mental Health Foundation, 2005a).
3. Már 10–12 hét elteltével kimutatható eredmény érhető el általa major depresszióban is (BUPA's Health, 2005).
4. Azon betegek számára kiemelt jelentőségű, akik csak kis részben reagálnak az antidepresszáns terápiára, illetve akik esetében a mellékhatások tovább növelnék a kezelési költségeket (Trivedi et al. 2006).
5. Alternatívát jelent azok számára, akiknél az antidepresszáns kezelés hatástalan, akik az esetek közel 30–35%-át teszik ki (Marano 2001).
6. A fizikai aktivitás az antidepresszáns kezelések hatékonyságát is növeli (Trivedi et al. 2006).
7. Kiegészítő terápiaként alacsony költségráfordítású és ezért költséghatékony (Trivedi et al. 2006).
8. Az alapterápia mellett a gyógyszeres kiegészítő terápiák a különféle hatóanyagok kombinációja miatt olykor ellentétes hatásúak, míg az alapterápia nem gyógyszeres kezeléssel való társításának mellékhatásprofilja sokkal kedvezőbb (Trivedi et al. 2006).
9. A legtöbb pszichiátriai páciens számára fontos a fizikai aktivitás mértékének növelése, mivel általánosságban véve rosszabb edzettségi állapotban vannak (Myers–David 1997), és inkább ülő életmódot folytatnak, mint a populáció mentálisan egészséges tagjai (Richardson et al. 2005).
10. A súlygyarapodás az antipszichotikumok évtizedek óta ismert mellékhatása, így az elhízásból eredő további egészségi problémák megelőzése szempontjából is alapvető cél a fizikai aktivitás fokozása (Szatmári 2006).
11. A második generációs antipszichotikumokkal kezelt betegek esetében a testsúlykontroll a gyógyszerszedéssel való együttműködés elérése végett is fontos (Richardson et al. 2005).
12. A fizikai aktivitásnak hosszú távon előnyei vannak a depresszió kezelésében és a relapszus (visszaesés) kivédésében (Trivedi et al. 2006; Babyak et al. 2000).
13. A rendszeres testmozgás a gyógyulást követően is fennmaradhat, beépülhet a személy életvitelébe (Riskó 2007).
14. A betegek általában elfogadják ezt a kezelést (Riskó 2007), és közel 85%-uk hasznosnak ítéli a gyógyulás szempontjából (Mental Health Foundation, 2005b).
15. Nem stigmatizál, szemben a gyógyszeres, illetve terápiás kezelésekkel (Mental Health Foundation, 2005b).
16. A beteget aktív szerepbe helyezi, részese lehet saját gyógyulásának (Mental Health Foundation, 2005b).
17. A testkép, a fizikai énkép és önbizalom javítása mellett pozitív hatása van a szorongásra, az érzelmekre, az általános hangulatra és a stressz kezelésére is (Van de Vliet et al. 2002a; 2002b).

18. Serdülőknél prevenciós és intervenciós lehetőséget egyaránt kínál a depresszióhoz társuló, öngyógyításként alkalmazott dohányzás mellőzésére (Vickers et al. 2003).
19. Fizikai és mentális zavarok együttes kezelésénél kiváltképp hasznos (Mental Health Foundation, 2005b).
20. Csoportos foglalkozás formájában szocioterápiás céllal is hatásos (Szatmári 2006).
21. Könnyen alkalmazható és eredményei, hatásai utánkövethetőek (Babyak et al. 2000).

FONTOS TÉNYEZŐK A FIZIKAI AKTIVITÁS ÉS A DEPRESSZIÓ KAPCSOLATÁBAN

A fizikai aktivitásnak a depresszió megelőzésében és kezelésében kifejtett hatását számos tényező magyarázhatja. A pszichiátriai zavarokra jellemző felborult neurotranszmitter metabolizmus normalizálását segíti a magasabb fizikai aktivitási szint (Marano 2001), a kortizolválasz szabályozása révén pedig javítja a stressztoleranciát (Tosevski–Milovancevic 2006). A neurobiológiai változások mellett azonban fontos kognitív változásokat is jelent, beleértve az önpercepció pozitívabbá válását, a személyes hatékonyság és teljesítményérzés növekedését, a javuló önértékelést, továbbá az öndestruktív negatív gondolatok csökkenését (Myers–David 1997; Marano 2001).

A depresszió kezelésében a testmozgás különböző típusai nem egyformán hatékonyak. Legnagyobb eredményt az aerob aktivitások – például a gyorsított tempójú séta, dzsogging, biciklizés, az úszás és a tánc – révén sikerült felmutatni. A rezisztenciatréningek, úgymint a súlyzózás, a testkép javítása által fejtik ki hatásukat, míg a csapatsportok elsősorban a társas közeg segítségével.

Az időtartamra vonatkozóan a pszichológiai jóllét javítására 20 és 60 perc közötti fizikai aktivitás ajánlott, azonban egy rövidebb ideig tartó (10–15 perc) közepes intenzitású séta is szignifikánsan javítja a hangulatot. A depresszió kezelésében olyan strukturált és ellenőrzött edzésprogram ajánlott, amely az első 10–12 héten keresztül napi 30 percet, majd heti három alkalommal 45–60 perc időtartamú sétát tartalmaz (BUPA's Health 2005; Marano 2001).

A fizikai aktivitás tehát a különböző életkorokban jelentkező depresszív tünetek megelőzésében és kezelésében egyaránt hatásos (Herman et al. 2002), emellett depressziós serdülők esetében például a hangulatzavarral való megküzdés eszközeként használt dohányzás (lásd *szelfmedikációs hipotézis*, pl. Martini et al. 2002; Murphy et al. 2003) adekvát alternatíváját is jelentheti. A depresszió tüneteinek csökkentése által a testedzés a leszokást könnyebbé és sikeressé teheti, és a visszaesés esélyét is csökkentheti (Vickers et al. 2003).

Az eredményesség jól dokumentált volta miatt a pszichiátriai zavarok közül vitathatatlanul a depresszió áll leginkább a fizikai aktivitás terápiás alkalmazásának fókuszában. Bizonyított hatékonyságáról számoltak be azonban *szorongásos betegségek*, *fejlődési problémák*, *testképzavarok*, *konverziós tünetek* (Tkachuk–Martin 1999), *szkizofrénia* (Callaghan 2004; Tkachuk–Martin 1999) és *alkoholfüggőség* kezelésében is (Read–Brown 2003). A fizikai aktivitás fejlesztésének pszichológiai és tanácsadási módszereivel a klinikusok szélesíthetik a mentális betegségek kezelésében rendelkezésre álló kezelési és támogatási módszereket.

A pszichológiai jóllét növelése a fizikai aktivitás révén

A pszichológiai jóllét kifejezhető úgy is, mint az élettel való elégedettség mértéke, vagy mint szubjektív boldogságérzés (Nagy–Oláh 2012, jelen kötetben). Aktuálisan pedig abból a szempontból tárgyaljuk, mint a fizikai aktivitás egy lehetséges kimenetele, eredménye. Számos tényező határozza meg, így pl. a hangulat, érzelmek, önértékelés – melyeket a rendszeresen végzett testmozgás pozitív irányba tud befolyásolni. Ezek a jótékony hatások azonban nem jelentkeznek automatikusan, így sok múlik olyan tényezőkön, mint a szubjektív élmény, öröm az adott mozgásformában, valamint az aktivitás típusa mellett további fontos paraméterek is (Shaw et al. 2005).

Berger és Motl (2001) azokat a megfontolásokat veszik sorra, amelyek a fizikai aktivitás révén nyerhető pozitív hangulati hatást maximalizálják:

(1) Élvezetes aktivitás választása: Sokkal valószínűbben vált ki pozitív hangulatot az örömmel végzett mozgás. A fizikai aktivitás további jellemzői – úgymint a gyakorisága, intenzitása, hossza – szintén fontos faktorok abban a tekintetben, hogy mennyire leli örömét benne a személy. Legalább ennyire fontos az egyéni különbségek figyelembevétele is: markáns különbségek vannak a között, hogy ki milyen mozgásformát preferál, mit végez örömmel. Így például ugyanaz a teremben végzett edzés az egyik személy számára túl megerőltető és monoton lehet, egy másik tag szintén kemény munkának tarthatja, ám élvezi is a kihívást, míg a harmadiknak akár túl egyszerűnek is tűnhet, ezért le sem köti igazán.

(2) Az aktivitás módja: Egyes aktivitási típusok hatékonyabbak és hasznosabbak lehetnek másoknál. Azok, amelyek hasi, ritmikus légzést eredményeznek (pl. úszás, jóga, kocogás), több pozitív hatással járnak. A versengés hiánya vagy alacsony mértéke a feladatorientációt erősíti, kevésbé jelenik meg a társas összehasonlítás s a vele járó stressz vagy szorongás. A zárt, kiszámítható környezet, vagy amelyik nem igényli a résztvevőktől egymás közeli megfigyelését (pl. hosszútávú úszás, kocogás, séta), hasznosabb a jó hangulat kiváltásában – vélhetően az így megjelenő önreflexió folytán. Továbbá, az ismétlődő és ritmikus mozgásformák (pl. kocogás/séta, úszás, tánc) több lehetőséget adnak a gondolatok szabad áramlásának, a befelé fordulásnak, vagy éppen a gondolatok teljes hiányának.

(3) A gyakorlatok típusa, illetve a részvétel jellemzői – ezek a faktorok a mozgás gyakoriságát, intenzitását és hosszát írják le. Általánosságban elmondható, hogy a résztvevőktől a legalább heti 2–3 alkalommal végzett, rendszeres fizikai aktivitás az elvárt egy alapvető edzettségi szint eléréséhez. Ez az ütemezés egyben a lehető legkevesebb kényelmetlenség és nehézség árán, azonban a legnagyobb öröm mellett végezhető és iktatható be a személy életvitelébe. Ahogyan gyakran elhangzik a különböző szakmai ajánlásokban, a közepes intenzitású testedzés tűnik a leginkább hatásosnak a pozitív hangulati hatások elérésében. Általánosságban legalább 20–30 percnyi mozgás szükséges e kedvező irányú változások eléréséhez.

Kognitív funkciók és iskolai teljesítmény

A fizikai aktivitásnak a kognitív működésre is számos jótékony hatása ismert: például az agy vérkeringésének javítása, de ezen „akut" következményeken túlmenően hosszú távon képes mérsékelni az öregedéssel járó kognitív hanyatlásért és személyiségváltozásért felelős neuronális diszfunkciók kialakulását is (Cotman–Engesser-Cesar 2002).

Fisher és munkatársai (1996) gyerekek iskolai teljesítményét vizsgálva azt találták, hogy a szabadidejükben sportoló gyerekek komolyabban vették az iskolai feladatokat és hasonlóan jó eredményeket értek el mindkét területen. Közvetítő tényezők lehetnek a kötelességtudat, a kitartás, az önfegyelem és a koncentráció sportolás révén való elsajátítása (Active Living Research, 2007). A gyerekeket és serdülőket célzó intervenciók egyik központi gondolata, hogy a sportolás által tanult készségek (személyes kompetencia, énhatékonyság, önkontroll, ügyesség, bátorság, tervezés, célállítás, döntéshozatal stb.) más területekre, életfeladatokra átültethetők, generalizálhatók. E transzfer hatások a sikeres életkészségek kialakítását célozzák, emellett hozzájárulnak a fizikai edzettség korai megalapozásához és a mozgás szeretetéhez, életmóddá válásához (Danish et al. 2002). Egyre inkább evidenciává válik, hogy a fizikailag aktív és edzett gyerekek az iskolai feladatok megoldásában is eredményesebbek ülő életmódú társaiknál. A testmozgással töltött idő nem hogy az iskolai teljesítmény rovására menne (Active Living Research 2007; Trudeau–Shephard 2010), sokkal inkább elősegíti és javítja azt (Castelli et al. 2007). Így például egy amerikai serdülők körében végzett felmérés, amely 11 957 fiatal adatait elemezte, azt találta, hogy akik az iskolai testnevelésórákon felül is rendszeresen sportolnak (pl. csapatban vagy a szüleikkel), 20%-kal nagyobb valószínűséggel érnek el kiváló osztályzatot matematikából vagy angol nyelvből (Nelson–Gordon-Larson 2006). A fizikai aktivitás pozitívan hat a koncentrációra, memóriára és az iskolai magatartásra is, pozitív kapcsolatban áll az intellektuális teljesítéssel (Trudeu–Shephard 2008) és az elméleti tudás elsajátításával (pl. Daley–Ryan 2000; Tremblay et al.; Inman–Willms 2000; Dwyer et al. 2001; Field et al. 2001). A fizikai edzettség mutatóit 259 általános iskolásnál mérve azt találták, hogy míg az aerob kapacitás pozitív, addig a testtömegindex negatív viszonyban állt az összesített iskolai teljesítménnyel, a matematikai és az olvasási képességekkel (Castelli et al. 2007).

A testmozgás a figyelmi funkciók fejlesztése révén is javíthatja a kognitív teljesítményt (McDowell et al. 2003; Trudeau–Shephard 2010), ennek pszichofiziológiai bizonyítéka az elektrokortikális eseményfüggő P300-as potenciál mentén mérhető és kimutatható (McDowell et al. 2003).

Ezeken túl az *intellektuális funkcionálás zavarai*nál és a *problémás viselkedések kezelése*ben is jelentős eredmények érhetők el ritmusos aerob aktivitások beiktatásával, amelyek a repetitív, sztereotip mozgásokat rövid időn belül látványosan csökkenteni képesek (Tkachuk–Martin 1999).

A FIZIKAI AKTIVITÁS ÉS A TESTEDZÉS FEJLESZTÉSÉT SZOLGÁLÓ PROGRAMOK EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI HÁTTERE

A testedzés motivációs bázisa: a motivációk és akadályok

A részvételi motivációt feltérképező vizsgálatok elsősorban azokat az okokat és akadályokat keresik, amelyek miatt az emberek elkezdik, fenntartják, illetve feladják a rendszeres fizikai aktivitást és a testedzést. Fontos azonban kiemelni, hogy a gyerekek, serdülők és a felnőttek esetében eltérő motivációs bázis áll a fizikai aktivitás és testedzés hátterében, valamint hogy ezek a motívumok folyamatosan változnak az élettartam során, az életkor, egészségi állapot, aktuális életfeladatok függvényében (Shaw et al. 2005). A következőkben a fizikai aktivitás és a testedzés hátterében álló motivációs tényezőket együtt tárgyaljuk, jóllehet előbbi tágabb kategóriát jelent, mivel például a lépcsőzés és a házimunka is beletartozik. A testedzés alatt pedig olyan tervezett, strukturált és ismétlődő fizikai aktivitást értünk, amelyet az adott személy sporttevékenységnek vagy testedzésnek minősít (Willis–Campbell 1992). Továbbá a rendszeresen végzett intenzív fizikai aktivitás leginkább például testedzéssel biztosítható – ennek dacára a magyar felnőtt populáció csupán mintegy 18%-a végez valamilyen formában rendszeres testedzést (Urbán–Hann 2002).

A rendszeres testedzés hátterében meghúzódó motivációs tényezők azonosítása egészségpszichológiai és népegészségügyi szempontból egyaránt alapvető fontosságú, mivel a motivációs háttér feltárása megfelelő és hatékony intervenciós és egészségfejlesztő programok kidolgozását teszi lehetővé (Willis–Campbell 1992). A különböző vizsgálatok rendszerint öt motivációt azonosítanak felnőttek esetében: a) *egészség és fittség/edzettség* elérése/fenntartása; b) *jó megjelenés* elérése/fenntartása; c) *öröm/élmény*; d) *társas célok*, azaz barátokkal való együttlét, illetve új emberek megismerése; és e) *pszichológiai előnyök elérése*, azaz a testedzés jó közérzetet, jobb hangulatot biztosít.

Pszichometriai törekvések is születtek arra, hogy feltérképezzék és mérhetővé tegyék a testedzés hátterében álló motivációkat. Így például Silberstein és munkatársai (1988) hét elkülönülő motivációs területet azonosított és foglalt össze *A testedzés okai* kérdőívében, amelyek a testsúlykontroll, az attraktivitás, az izomtónus, az edzettség, az egészség, a hangulat és az öröm voltak. A későbbiekben mások ezt a hét faktort hatra redukálták, mivel az izomtónusfaktor más faktorokba vonódott be (Davis et al. 1995). Itt nem áll módunkban áttekinteni az összes testedzés-motivációs törekvést, hiszen például Ostrow (1996) összefoglaló munkájában a testedzés-motiváció címszó alatt 37 különböző motivációs mérőeszközt és megközelítést találhat az olvasó.

A testedzés-motiváció vizsgálata során talán a legtöbb motivációt felölelő megközelítésben 14 motivációs faktort különítettek el (Markland–Ingledew 1997, illetve hazai adaptációja Urbán 2005). A testedzés motívációi ez alapján a stresszkezelés, a megújulás/

felfrissülés, az élvezet, a kihívás, a társak elismerése, az affiliáció, a versengés, az egészség irányába ható nyomás, a betegség elkerülése, a pozitív egészség, a súlykezelés, a fizikai megjelenés, az erő és kitartás, a hajlékonyság.

A testedzés motivációja változhat az idővel. A rendszeres testedzés kezdetekor inkább extrinzink motivációk (pl. megjelenéssel kapcsolatosak) érvényesülnek, míg a hosszú távon fenntartott rendszeres edzések esetén előtérbe kerülnek az intrinzik motivációk, például a testmozgás élvezete (Ingledew et al. 1998).

A motivációk fontos célpontjai lehetnek a fizikai aktivitás és testedzés promóciójában. Például, amennyiben sikerülne e motívumok jelentőségének változását az életpálya során pontosabban feltérképezni, a fizikai aktivitásnak a kor előrehaladtával jelentkező csökkenése is jobban kivédhetővé válna (Shaw et al. 2005).

A testedzést elősegítő motiváció mellett fontos felismerni a testedzés akadályait is. A legfőbb okok és kifogások az inaktív életforma fenntartása, illetve a fizikai aktivitás feladása mellett: az *időhiány*, az edzéssel és az edzettséggel kapcsolatos *ismeretek hiánya*, a *hiányzó készségek*, képességek és a *fáradtság*. Bár a leggyakoribb ellenérv a rendszeresen végzett fizikai aktivitással szemben az időhiány, azonban ez inkább a személy számára fontos prioritásokat jelzi, semmint valódi időzavart, vagy a lehetőségek hiányát (Shaw et al. 2005). A fizikai aktivitás elé gördülő akadályok azonosítása az életút során kiváltképp lényeges a megfelelő intervenciós célpontok kijelölése, kidolgozása végett (Shaw et al. 2005).

Gyerekek és serdülők motivációi és észlelt akadályai

Tanulmányok nagy száma foglalkozik azzal, hogy melyek azok a legfontosabb tényezők, amelyek a fiatalabb korosztály aktivitását, sportolását meghatározzák. A szakirodalomban öt faktor jelenik meg konzisztensen: a) *a mozgás élménye, öröme;* b) *tanulás és új készségek elsajátítása;* c) *a barátokkal való együttlét;* d) *kihívás/erőpróba és sikerélmény;* valamint e) *fizikai fittség, egészség.* Ezen faktorok jelentősége az életkorral változhat, így pl. a siker és versengési dimenzió a későbbi serdülőévekben veszít jelentőségéből. Általánosságban az öröm és élmény komponens a legfontosabb és a győzelem a legkevésbé (Shaw et al. 2005). Más vizsgálatban a testmozgás folyamata – új készségek elsajátítása, fejlesztése, kivitelezése, bemutatása és összemérése másokkal – a legfontosabb, míg a társas aspektusok – például csapatba tartozás, barátokkal való együttlét – mérsékelt jelentőségűek, végül a legkevésbé a kimenetelt érintő kérdések (győzelem, bizonyítás, reváns, megnyerni másokat, győzni a másik felett) bizonyultak lényegesnek a fiatalok sporttevékenységében (Wankel–Kriesel 1985). Ez a *sorrend* a különböző korosztályi csoportokban egyaránt megjelent, ami azt jelzi, hogy 7–14 éves kor között a fiatalok számára a sportolásban keresett és általa nyerhető örömforrás nem változik meg jelentősen. Kisebb eltérések mutatkoztak csupán, így pl. az új készségek elsajátítása vagy a győzelem jelentősége csökkent, míg a sportban lévő izgalom fontossága nőtt az életkorral.

Fiatalok esetében a leggyakoribb *akadályok*, ami miatt a sportolást abbahagyják: *a különböző érdeklődési területek közötti konfliktus*, *a szabadidő hiánya*, *az élmény és öröm elmaradása*, *képességeik kismértékű fejlődése vagy a hiányzó sikerélmény*, *unalom* és *sérülések*. Hasonlóképp az *edzővel való konfliktusok, ellenérzések* vagy a *versenyszorongás* is a részvételt negatívan befolyásoló tényezők. A további vizsgálatok tárgyát képezi annak feltérképezése, hogy milyen motivációbeli különbségek és más tényezők befolyásolják gyermek- és serdülőkorban egy *adott sportág feladásá*t, egy *másikra való váltás*t, illetve a *sportolás teljes mértékű befejezését*.

A fiatal korosztály fizikai aktivitásáról viszonylag kisebb számban jelentek meg tanulmányok. Az akadályok vonatkozásában kiemelkedik a középiskolában töltött idő hossza és a házi feladatok mennyisége, valamint lányok esetén egy nagyobb fokú szégyenérzet a saját testükkel kapcsolatban, illetve az önbizalomhiány (Shaw et al. 2005). Coakley és White (1992) interjúmódszerrel vizsgálták, hogy a helyi sportolási lehetőségekkel élő, illetve az azt ki nem használó fiataloknál mi határozta meg a fizikai aktivitásban való részvételi döntéseiket. A legfontosabb különbségeknek az észlelt kompetencia, külső korlátok (pl. pénz), a fontos mások által nyújtott támogatás mértéke, valamint a korábbi tapasztalatok (beleértve az iskolai testnevelésórákat is) bizonyultak.

A különböző intervenciós programok esetében fontos annak figyelembevétele, hogy a fizikai aktivitásba bevonó (és bent tartó) motívumok az ember életpályája során folyamatosan változnak, éppúgy, mint az elé gördülő akadályok – így egy valóban hatásos stratégia kidolgozásához ezek ismerete és számításba vétele elengedhetetlen (Shaw et al. 2005).

A testedzés feladása: Miért esnek ki a tagok a fizikai aktivitás növelését célzó programokból?

Az elkezdést követően a résztvevők közel fele egy hónapon belül kiesik a fizikai aktivitás elősegítését célzó programból (Moran–MacIntyre 2004). Ezt a magas arányt különböző megközelítések eltérő okokkal magyarázzák. A leíró vizsgálatok szerint a kimaradás olyan változókkal függ össze, mint az alacsony szocioökonómiai státusz, a dohányzás, a megküzdési készségek alacsony szintje, gyenge motiváció és/vagy az a hit, hogy a fizikai aktivitás túl nagy erőfeszítést követel meg az egyéntől (Moran–MacIntyre 2004). Fontos tényezők továbbá még a negatív érzelmek, élettani jellemzők, alacsony társas támogatottság, egyes rizikóhelyzetek, valamint a stressz hatásai (Marcus et al. 2002).

Ezzel szemben a *kitartás*t növelő tényezők az intrinzik (belső) motiváció és a *mozgás öröme*, azaz amikor a fizikai aktivitás nem pusztán eszközként szolgál a személy számára, hanem önmagában is jóleső érzéssel és örömmel tölti el (Moran–MacIntyre 2004).

Sajnálatos módon a kiesett tagok sorsát kevés vizsgálat követi nyomon. Elképzelhető, hogy saját maguk egyedül folytatják tovább a csoportban elkezdett rutint, illetve az is, hogy spontán egy másik aktivitási formára váltanak át, ami jobban megfelel a számukra (Moran–MacIntyre 2004).

Marcus és munkatársai (2002) a hatékony relapszusprevenció – a fizikai aktivitásból inaktivitásba való visszacsúszás megelőzése – alapelveinek meghatározását tűzték ki célul. Az első és legfontosabb azoknak a *magas rizikójú szituációknak a beazonosítása*, amelyek nagy valószínűséggel a résztvevők kieséséhez vezetnek. Leggyakoribb példák a munkaidőben vagy a közlekedésben bekövetkező változások, a megszokott csapat megszűnése, szabadságra menetel, illetve az évszakváltás. Egy hatékony, a fizikai aktivitás feladását megelőző intervenciónak tartalmaznia kell olyan *problémakezelő stratégiákat a felmerülő nehézségek megoldására*, amelyek a személyt megerősítik céljai véghezvitelében s segítik megküzdeni a felmerülő nehézségekkel. Így például annak az asszonynak, akinek közlekedési nehézségek folytán a heti aerobikedzése bizonytalanná válik, a következő héttől egy számára jobban megközelíthető, elérhetőbb lehetőséget kell találnia. Ugyanígy, ha egy edzés kimarad, helyette választhat más aktivitási formát (pl. futást), semmint megszakítsa az elkezdett, rendszeres testmozgást. Ugyanígy fontos a szabadban folytatott aktivitások rossz idő esetén teremben végzett lehetőségekkel helyettesítése (Marcus et al. 2002; Moran–MacIntyre 2004; Annesi 1996).

A fizikai aktivitás determinánsait feltáró modellek

A fent vázolt prevenciós, intervenciós lehetőségek értelmében a népesség minél nagyobb százalékának bevonása a fizikai aktivitás valamely formájába az egészségmegőrzés prioritássá váló területe lett (Hoehner et al. 2005). Ennek érdekében elengedhetetlen a részvételt és kitartást meghatározó faktorok feltérképezése (Burke et al. 2006), hogy mely tényezők megváltoztatása révén érhető el a nagyrészt mozgásszegény életforma aktívabbá tétele – egyúttal az egészségügyi kampányok „célpontját" is képezhesse. Számtalan demográfiai, biológiai, kognitív, viselkedéses, szociális, kulturális és környezeti determinánst azonosítottak az elmúlt időszakban, melyek két fő kategóriába sorolhatók: *állandó* (kor, nem, etnikum stb.) és *változtatható* (pszichoszociális viselkedéses faktorok, a támogatás módja stb.) elemekre. Értelemszerűen az intervenciós fókuszt e második csoport jelenti, az első inkább mint az eredményt módosító, befolyásoló tényező jön számításba (Van der Ploeg et al. 2004). Különböző modellek és elméletek viszonylag nagy száma kísérli meg strukturálni azokat a változókat, amelyek a fizikai aktivást és annak folyamatát meghatározzák. A *kognitív-viselkedéses* modellek elsősorban a szociálpszichológiai változókra, a *folyamatmodellek* a viselkedésváltozás természetére és annak következményeire, míg az *ökológiai modellek* a környezet kiemelt szerepére helyezik a hangsúlyt (Shaw et al. 2005). A következőkben a négy leggyakrabban alkalmazott és idézett kognitív-viselkedéses modellt mutatjuk be röviden.

Egészséghiedelem-modell

Az egészségprevenció céljából Becker és Mainman (1975) az oltások és szűrővizsgálatok esetében alkalmazta a modellt, azt a kérdésfeltevést nézve, hogy az emberek miért nem

vesznek részt ezeken a viszonylag kevés erőfeszítést és ráfordítást igénylő beavatkozásokon az egészségük megőrzése érdekében. Az eredetileg Rosenstock (1966, *Health Belief Model*) által kidolgozott elmélet négy fő faktort azonosít, melyek a személy viselkedésváltozását meghatározzák: a betegség észlelt súlyossága, észlelt valószínűsége, az egészség érdekében tett lépés észlelt hozama, és végül az akció kivitelezésének észlelt akadályai (Marks et al. 2000). Harrison és munkatársai (1992) metaanalízise alapján a fizikai aktivitás esetében a legkonzisztensebb faktornak a *testedzés észlelt akadályai* bizonyultak (Harrison et al. 1992).

A TERVEZETT CSELEKVÉS MODELLJE

Az elmélet elődje Fishbein és Ajzen (1975) *indokolt cselekvés modellje (Theory of Reasoned Action)*, melynek továbbfejlesztése – a *tervezett cselekvés modellje (Theory of Planned Behavior)* – Ajzen (1988, 1991) nevéhez fűződik. Utóbbi alapgondolata, hogy minden viselkedés a cselekvési szándék és az észlelt viselkedéses kontroll által meghatározott (Ajzen 1991). Az elmélet alappillére három hiedelemrendszer: a (tervezett) *cselekvésről*, a *normáról* és a *kontrollról való szubjektív vélekedés*. A *cselekvéssel kapcsolatos attitűd* a viselkedés észlelt konzekvenciái és azok szubjektív értékének eredője. A *szubjektív norma* összetevői egyrészt a személy szociális környezetébe tartozó szignifikáns mások vélekedése a szóban forgó viselkedéssel kapcsolatban, másrészt a személy motiváltsága arra, hogy e közegnek megfeleljen. Az *észlelt viselkedéses kontroll*, amely a cselekvés elvégzésével kapcsolatos elképzeléseket fogja át, beleértve az észlelt nehézségi szintet, a szükséges készségek meglétét vagy hiányát, az önbizalmat a cselekvés végrehajtására vonatkozóan. Összefoglalva tehát a szubjektív vélekedések (a cselekvésről, normáról és kontrollról) határozzák meg a viselkedéses szándékot, és a szándék, valamint az észlelt kontroll determinálja a kimenetelt (Armitage 2005; Downs–Hausenblas 2005).

Szisztematikus összefoglalók (Armitage–Conner 2001) és metaanalízisek (Armitage–Conner 2000; Hagger et al. 2002) egyaránt alátámasztják a tervezett cselekvésmodell szerepét és magyarázó értékét a viselkedésváltozás elérésében (Plotnikoff et al. 2010). A testedzésre irányuló motiváció értelmezésében krónikus betegeknél (elsősorban daganatos megbetegedéseknél) is több tanulmány alkalmazta ezt a modellt (pl. Blanchard et al. 2002; Courneya–Friedenreich 1999), és azt találták, hogy a testmozgás esetében a szándék és az észlelt viselkedéses kontroll a variancia közel 35%-át magyarázza. A szándékot pedig az attitűd, a szubjektív norma és az észlelt viselkedéses kontroll hozzávetőleg 40%-ban magyarázni képes (Courneya et al. 2007).

Egy másik elemzés szerint a testedzéshez kapcsolódó hiedelmek az aktivitás iránti attitűd, a szubjektív norma és az észlelt viselkedéses kontroll esetében a variancia 34–56%-át magyarázták (Downs–Hausenblas 2005).

Konkrét aktivitási formára lebontva, példaként a fizikai aktivitás növelését célzó intervenciók egyik fő célpontja, a rendszeres séta esetében a viselkedési (sétálási) szándéknak az *észlelt viselkedéses kontroll* a kulcseleme (Darker et al. 2010).

TÁRSAS-KOGNITÍV ELMÉLET

Bandura (1986) *társas-kognitív elmélet*ének alapgondolata a személy, a viselkedés és a környezet közötti reciprok viszony feltételezése, amelynek egyik lényeges pontja, hogy a személy viselkedését annak következményére vonatkozó elvárásai és saját képességeibe vetett hite (énhatékonyság/önbizalom) irányítja. Így a modell a viselkedésváltozás legfontosabb mediátorainak az énhatékonyságot, a következményelvárásokat és a sikertelenség becsült valószínűségét tartja. Ezek közül az énhatékonyságot tekinti a legfontosabb változónak, amely a választást, az erőfeszítés mértékét és a kitartást is befolyásolja (Shaw et al. 2005; Lewis et al. 2002). Az *észlelt énhatékonyság* a személy saját képességeibe vetett hite, hogy képes megszervezni és véghezvinni a szándékolt viselkedést, valamint kezelni tudja az előtte álló szituációt (Bandura 1995). Az énhatékonyság érzését négy fontos tényező határozza meg: a *saját képességekre vonatkozó elvárások*, amit a múlt sikerei és kudarcai alakítanak; *vikariáló tapasztalatok,* amelyek mások megfigyelése révén szerezhetők meg, a *verbális megerősítés*, ami magában foglalja a bátorítást, meggyőzést; és végül a *fiziológiai állapot*, ami a pillanatnyi érzelmi, fizikai és éberségi/készenléti állapotra utal. Így például egy elhízott, középkorú férfi, ha egy másik, hasonló korú túlsúlyos férfit lát az egészsége érdekében sétálni, inkább kezd el maga is aktívabb életformát élni, mintha egy edzett fiatalt lát futni. A társas támogatás és a saját fizikai állapotra vonatkozó becslések a testedzést szintén nagymértékben befolyásolják (Shaw et al. 2005). Az észlelt énhatékonyság egy fontos erőforrás a fizikai aktivitás elkezdésére irányuló szándékban és annak fenntartásában egyaránt (pl. Dzewaltowski et al. 1990; Feltz–Riessinger 1990). Továbbá az énhatékonyság fontos a testedzés növelését célzó programokban való bennmaradás szempontjából is (Desharnais et al. 1986).

A kognitív-viselkedéses intervenciók Bandura (1986) szociális-kognitív elméletéből fejlődtek ki. A leggyakoribb viselkedésváltozást célzó technikákat a *3. táblázat* mutatja be.

3. táblázat. A rendszeres fizikai aktivitás fenntartását segítő kognitív-viselkedéses technikák (Sallis 1999 nyomán)

- *Önmegfigyelés és önellenőrzés:* Napló vezetése a fizikai aktivitásról, illetve az aktivitáson kívüli időről.
- *Célállítás:* Az önmegfigyelés eredményeire építve a cél lehet a fizikai aktivitás fokozatos emelése. A céloknak specifikusaknak, mérhetőeknek és rövid távúaknak kell lenniük.
- *Önmegerősítés:* Saját magunk számára kiszabott jutalom, azonban kizárólag az aktivitás elvégzése után adható. Ez lehet pl. olvasás, a kedvenc tévéműsor megnézése, egy barát felhívása telefonon vagy saját magunknak szóló dicséret.
- *Döntési mérleg elemzése:* Pro és kontra érvek a fizikai aktivitás növelése mellett, ugyanez az ülő életmód fenntartására is elvégezhető.
- *A belső beszéd megváltoztatása:* Öninstrukciók adása belső beszéd útján. A cél a fizikai aktivitás iránti pozitív gondolatok növelése és a negatívak csökkentése.

- *A visszaesés megelőzése:* A fizikai aktivitás elkezdése szinte minden esetben megszakításokkal jár. Lényeges, hogy ezek a szünetek ne váljanak hosszú időtartamúakká. Megelőzésként fontos, hogy rendelkezzünk kész tervvel a visszaesésre hajlamosító helyzetek kezelésére. Továbbá, hogy ne érezzünk bűntudatot amiatt, hogy kimaradt egy időpont vagy időszak, hanem inkább használjunk pozitív belső beszédet, hogy miképp válhatunk ismét aktívvá.
- *Társas támogatás:* A családtagok és barátok segíthetnek a fizikai aktivitás fenntartásában azáltal, hogy velünk tartanak, a teendőinkben segítenek, hogy legyen időnk a mozgásra, vagy egyszerűen csak szavakkal bátorítanak, hogy ne hagyjuk abba.
- *Formálás:* A fizikai aktivitás növelése esetében fontos a fokozatosság. Így az átállás is könnyebb, s a sérülések is elkerülhetők.

A legtöbb program tartalmaz *önmegfigyelés*t, amely a résztvevőtől elvárja, hogy felismerje a viselkedés előzményeit és következményeit, visszajelzést nyújtson a fizikai aktivitásról és segítse a célállítást. Ez fontos része a viselkedésváltoztatás folyamatának, mivel segít a viselkedést meghatározó, kontrollálható tényezők azonosításában.

A *célállítás* akkor a leghatékonyabb, ha a célok konkrétak, mérhetőek és ezáltal jól ellenőrizhetőek, megvalósíthatók, a személy számára relevánsak és rövid távúak, időben behatároltak.

Az *önmegerősítés* egyfajta belső szerződés, a kitűzött feladatok teljesítésének jutalma. A jutalmul adott megerősítésként bármilyen privilégium, kiváltság szolgálhat: egy kedvelt tévéműsor, hetilap vagy öndicséret.

A kognitív intervenciók gyakran tartalmaznak *döntési mérleg*et, mely segít feltárni a fizikai aktivitás mellett (pro) és ellene (kontra) szóló érveket.

A *belső beszéd megváltoztatása*, átstrukturálása tartalmazza a célállítással ellentétes negatív gondolatok redukálását („nem szeretek sportolni!"), és segíti a pozitív hangok megtalálását („mindig felfedezek valami újdonságot a testmozgásban, ami miatt élvezhetem!"). Mivel eredendően senki sem tökéletesen elkötelezett a fizikai aktivitás programja iránt, így fontos megtanítani a tagokat, hogy hogyan tudnak szakítani korábbi ülő életformájukkal, valamint elkerülni a visszaesést.

Az énhatékonyság növelésének különböző technikái is segítik a *visszaesés kivédésé*t, ellentétben az önostorozó, negatív, bűntudatot keltő gondolatokkal („ezt sem tudtam végigcsinálni!"). Ehelyett az olyan önmegerősítő állítások, mint pl. „holnaptól újra kezdem a programom!" sokkal inkább támogatják a kitartást.

Egyes kognitív-viselkedéses intervenciók nagyobb hangsúlyt helyeznek a *társas támogatás* forrásainak feltárására, illetve az aktív életforma fokozatos kialakítására, a *formálás*ára (Sallis 1999).

A kognitív-viselkedéses technikák hatékonyságát tesztelve egyes eredmények szerint a leghatékonyabb komponens a társas támogatás és a döntési mérleg (Wankel 1984), azonban más tanulmányok a többi összetevő eredményességét is alátámasztották (Sallis 1999).

TRANSZTEORETIKUS MODELL

Prochasha és DiClement (1983) eredetileg addiktológiai problémák kezelésének eszközeként, elméleti hátteréként fejlesztette ki a transzteoretikus modellt (Prochasha–DiClement 1983; Myers–Roth 1997). Népszerűségét többek között annak köszönheti, hogy a viselkedésváltozást szakaszokra bontva az épp adott stádiumban lévő személyek jellemzőinek feltérképezése és leírása révén a célpopulációt specifikálja, így az intervenciók számára elérhetőbbé, megszólíthatóbbá teszi (a modell részletes ismertetése magyarul: Urbán 2007). Az öt szakasz a következő: *töprengés előtt*, *töprengés*, *előkészület*, *cselekvés* és végül az elért *viselkedésváltozás fenntartása*, melyek meghatározását a fizikai aktivitás esetében a *4. táblázat* mutatja.

4. táblázat. A viselkedésváltozás transzteoretikus modelljének alkalmazása a fizikai aktivitás területére (Moran–MacIntyre nyomán, 2004)

Állomás	Történés
Töprengés előtt (Ülő életmód)	A személy fizikailag nem aktív, s az elkövetkező hat hónap során nem áll szándékában ezen változtatni.
Töprengés (Ülő életmód)	A személy még nem aktív, azonban fél éven belül szándékában áll rendszeres fizikai aktivitásba kezdeni.
Előkészület (Rendszertelen részvétel)	A személy fizikailag aktív, azonban ennek mértéke alatta marad az egészségmegőrzéshez szükséges, meghatározott értéknek (pl. heti legalább három alkalommal min. 20–30 percnyi időtartam).
Cselekvés (Aktív életforma)	A személy elkötelezett a rendszeres fizikai aktivitásban való részvétel iránt, azonban még nem lépte túl a kritikus hat hónapos időszakot.
Fenntartás (Aktív életforma)	A személy több mint fél éve elkötelezett a rendszeres fizikai aktivitás mellett.

Szintén az elmélet erénye, hogy realisztikusan számol a visszaesés lehetőségével is, azt nem kudarcként, hanem a viselkedésváltoztatás velejárójaként kezeli, és kiemeli, hogy az eddigi erőfeszítések nem vesztek kárba, a személy tudása gyarapodik, az új tapasztalatok birtokában már magasabb szintről – tehát a siker szempontjából is nagyobb eséllyel – kezd bele újabb testedzésbe (Urbán 2005). A szakaszok közötti továbblépés változói egyrészt a döntési mérleg, másrészt az észlelt énhatékonyság. A részvétel mellett és ellen szóló érvek csoportját nézve azt találták, hogy a fenntartás fázisában már a pro, míg a töprengés előtti szakaszban inkább a kontra érvek dominálnak, ami arra utal, hogy az emberek azért nem vesznek részt rendszeres fizikai aktivitásban, mert nem is gondolják végig, hogy így kéne cselekedniük (Cropley et al. 2003).

A fizikai aktivitás komplex egészségfejlesztő szerepe folytán az aktivitás/inaktivitás dichotómia újabban úgy tűnik, nem elégséges. A viselkedésváltoztatás folyamatát lega-

lább két lépésben szükséges nézni: az ülő életmódról az alkalmankénti részvételig való eljutást, illetve onnan a rendszeres fizikai aktivitásig tartó utat.

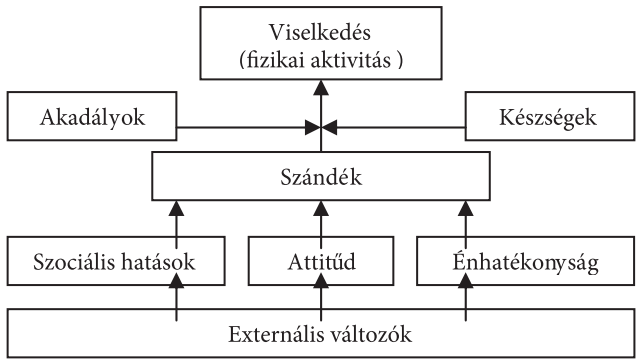
Így a gyakorlatban elterjedten használt ötlépcsős modell hét lépésre bővül, s a testmozgásban való alkalmi részvétel is már a viselkedésváltozás részeként, fázisaként jelenik meg. Továbbá, az aktivitási szint mellé a szándék (pl. töprengésfázis) és viselkedés (pl. felkészülés) kettőse másik fő tengelyként kiemelve, egy kétdimenziós mátrixszerkezetet eredményez *(aktuális aktivitási szint*: inaktív/alkalmi/rendszeres x *szándék-viselkedés)*, amely így már sokkalta árnyaltabban tudja a fizikai aktivitás változásait kiszámítani és nyomon követni, közepes vagy magas intenzitású aktivitások esetében is (Martin-Diener et al. 2004).

„HIBRID" MODELLEK

Gyakori törekvés az egészségmegőrzés területén komplex modellek létrehozása két-három elmélet integrálása révén. Talán legismertebb példája a *transzkontextuális modell* (*Transcontextual Model*; Hagger et al. 2003), amely a már idézett tervezett cselekvés (Ajzen 1985), valamint az *öndeterminációs elmélet* (*self-determination theory*; Deci–Ryan 1985) párosításából született. Utóbbi a viselkedés motivációjának intrinzik-extrinzik voltát egy kontinuum mentén ábrázolja, hogy miképp válhat a személy viselkedése kívülről (büntetések és jutalmak által) irányított helyett öndeterminálttá, *belsővé*. Az elmélet három kulcsszükségletet azonosít – az (1) autonómiát; (2) a másokkal való kapcsoltságot; valamint (3) a kompetencia érzését –, amely az integrált modellben úgy jelenik meg, hogy az iskolai testnevelés célja a diákok észlelt autonómiájának és sportkészségeinek növelése iskolatársaik társas közegében, a tanárok által kialakított motivációs klíma hátterén. Ezáltal a viselkedés (a rendszeres testmozgás) intrinzik motiválttá válik, így a későbbiekben is fennmaradó, perzisztens szabadidős aktivitási formává érik – tehát más kontextusban is megjelenik (Hagger et al. 2003). Az öndeterminációs elmélet mellett a *teljesítménycél-elmélet* (*Achievement Goal Theory*; Ames 1992) a másik pillére az iskolai testnevelést a diákok kedvelt elfoglaltságává alakító, illetve az ezt célul kitűző *kontextuális motivációs modell*nek. A teljesítménycél-elmélet alapján a modell kompetencia/feladatorientált, illetve teljesítmény/ego orientált társas környezetet, klímát különböztet meg. Míg előbbi a tanulást és a feladatok elsajátítását előmozdító, kooperatív légkört hoz létre, addig utóbbi az egyéni képességekre helyezett fokozott hangsúly révén folyamatos társas összehasonlítást és versengést eredményez, amely a hibázást nem tolerálja (Standage et al. 2003). A teljesítményorientált légkör gyakran valóban magas eredményeket tud elérni, ami inkább a versenysport esetén előny, de ott sem feltétlenül, mivel a szorongás magas szintjével társulhat (Ommundsen et al. 2003). A teljesítményorientált légkör azonban nem szolgálja az aktivitás örömét, élvezetét, valamint ellene játszik a fizikai aktivitás hosszú távon való fennmaradásának is (Duda–Nicholls 1992; Balaguer et al. 1999; Standage et al. 2003).

De Vries és munkatársai (1988) nem kisebb feladatot tűztek ki célul, mint a fent vázolt első három társas-kognitív modell (az egészséghiedelem, a tervezett cselekvés és a szociális

tanuláselmélet) egyetlen koncepcióba integrálását. Az áttekinthetővé tétel érdekében az *1. ábra* sematikus modellje csupán a főbb momentumokat mutatja. Az ASE mozaikszó jelzi, hogy az attitűd, szociális hatások és énhatékonyság a modell fő tartópillérei (Van der Ploeg et al. 2004).



1. ábra. Az attitűd, szociális hatások és énhatékonyság (ASE)-modell (De Vries nyomán, 1988)

SZOCIÁLIS KÖRNYEZET

Az itt felsorolt szociálkognitív modellek gyakori kritikája, hogy túl nagy hangsúlyt fektetnek az intraperszonális tényezőkre, míg az interperszonális és a környezeti változókat nagyrészt negligálják (Marks et al. 2000).

A szociális környezet két aspektusból is tárgyalható: egyrészt fókuszálhatunk az aktivitás kontextusára, hogy *egyedül* vagy *csoportos* jelleggel végzett aktivitási formáról van szó (Burke et al. 2006), másrészt fókuszálhatunk a személyt körülvevő és viselkedését jelentős mértékben formáló fontos személyekre. Az aktivitás társas kontextusát illetően az egyedül végzett tevékenységek inkább az időhiánnyal küzdő vagy a jelentős túlsúly miatt stigmatizációtól tartó személyek számára ideálisak (King et al. 1997), míg a csoportban végzett tevékenység révén kedvező a társak támogató, biztató, megerősítő hatása is (Tkachuk–Martin 1999; Paluska–Schwenk 2000; Read–Brown 2003). Mindezen túl a szociálisan deprivált személyeknél az „ingroup identitás" elérése jelentős vonzerőként, incentívként is szolgálhat, ami akár a kevésbé kedvelt testedzést is kompenzálhatja.

A szociális környezet másik döntő aspektusa a személyt körülvevő és viselkedését jelentős mértékben formáló fontos személyek. Smith (2003) kifejti, hogy a gyermekek fizikai aktivitásával foglalkozó irodalom, amikor a *szignifikáns mások* szerepét tárgyalja, csak a szülők, a tanárok és az edzők hatásával számol – szinte teljesen figyelmen kívül hagyva a barátokat és a többi kortárskapcsolatot. A WHO közel negyvenezer 11 és 16 év közötti fiatalra kiterjesztett nemzetközi vizsgálatában azt találta, hogy a fiatalok fizikai

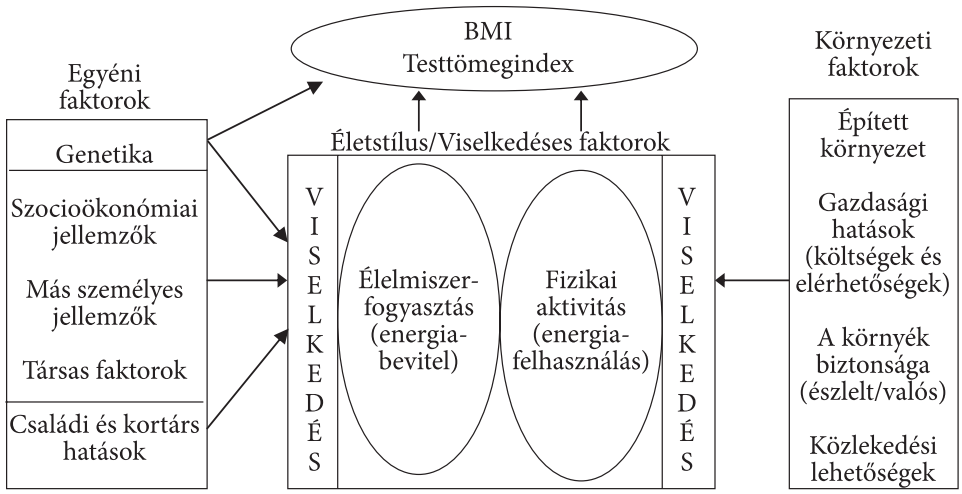
aktivitása családjuk és legjobb barátjuk sportviselkedésével függ össze leginkább, s utóbbi hatás tűnik a leginkább jelentősnek – a magyarázott variancia nagyobb hányadát adja (Shaw et al. 2005). A sportolás és a kortárskapcsolatok kölcsönösen pozitív viszonyban állnak egymással, mivel a fizikailag edzett fiatal megítélése kedvezőbb, ami társas pozícióját is érinti az osztályban, ez kihat önbizalmára, sikerélményt és örömet okoz, s elkötelezettebbé teszi a rendszeres fizikai aktivitás iránt (Smith 2003).

Összefoglalva, a *család* információs, érzelmi és instrumentális szerepe mellett *modell*t is jelent a fiatal számára, a *kortársak* pedig a *szociális integráció* és *összehasonlítás* lehetőségét kínálják, valamint érzelmi támogatást nyújtanak, információt szolgáltathatnak s instrumentálisan is segíthetik egymást. A társak biztatása pozitív irányba befolyásolhatja a személy önértékelését, énhatékonyságát, valamint az elköteleződését is (Duncan et al. 2005).

FIZIKAI KÖRNYEZET

A fizikai kontextus szerepét középpontba állító modellek azoknak a környezeti akadályoknak a megváltoztatását tűzik ki célul, amelyek a fizikai aktivitás gátjaként leggyakrabban megjelennek, pl. kerékpárút, zöld terület, parkok, jól felszerelt játszóterek hiánya vagy a rossz közbiztonság (Salmon et al. 2003). A fizikai környezetet hangsúlyozzák az *ökológiai modellek*, amelyek az épített környezet kialakításában a *multiszektoriális együttműködés*t sürgetik, így a környezetvédelem, a várostervezés és a közlekedés reformjában is elsősorban a népességügyi szempontok figyelembevételét tartják szükségesnek (Giles-Corti et al. 2005 ; Dúll 2012, jelen kötetben). Az ökológiai modellek alapvető tézise szerint a személyes, szociális, környezeti és kulturális faktorok együttesen alakítják ki az egyén választási lehetőségeit és alkalmát arra, hogy a fizikai aktivitási formák minél tágabb körét integrálhassa mindennapi életébe (Godbey et al. 2005). A választható alternatívák széles spektrumát azért tekintik központi jelentőségűnek, mivel számos utánkövetéses vizsgálat kimutatta már, hogy a fizikai aktivitás fenntartásának legjobb prediktora az, hogy a személy mennyire élvezi a mozgást (pl. Segar et al. 2006), aminek pedig fontos kritériuma, hogy legyen több lehetőség az élvezetes aktivitási formák megtalálására (Burke et al. 2006; Szabo 2003).

Példaként említhetjük a felnőttek körében legnépszerűbb aktivitási forma, a séta esetét. Az ökológiai modellek nagy hangsúlyt fektetnek a parkokra, sétálóövezetekre, utakra. Kedvelt kifejezésük a „gyalogosbarát" környezet, mely azokat a karakterisztikumokat jelenti, amelyek egy hosszú sétát kellemessé tesznek (Ewing 2005). A *2. ábra* példaként egy ökológiai modellt mutat be, amely a személy testtömegindexének alakulását (BMI, *body mass index*) az őt körülvevő környezet által többszörösen meghatározottnak tekinti.



2. ábra. Ökológiai modell az épített környezet, a fizikai aktivitás és a testsúly közötti összefüggésről (Ewing 2005)

AZ ÉREM MÁSIK OLDALA: TESTEDZÉSFÜGGÉS

Szemben más kezelésekkel a testedzésnek nincs mellékhatása. Néhány problémával azonban szembe kell nézni. Egyrészt a testedzés során megnő a sportsérülések és baleset veszélye, másrészről néhány esetben kialakulhat a testedzés kényszeres formája, amely azonban előfordulását tekintve sokkalta ritkább, mint az ülő életmód és annak hátrányos következményei (Shaw et al. 2005).

Kiemelendő, hogy a fizikai aktivitás számos pozitív hatásával szemben a negatívak száma *igen alacsony* – jelzi ezt a testedzésfüggőség története is, így Glasser (1976) a téma első leírásában még „pozitív függőségként" említi. Ez az elnevezés épp azt hangsúlyozza, hogy a függőség egy olyan formájáról van szó, mely következményeiben pozitív – hisz az egészségre nézve kedvező hatással bír –, továbbá számos pszichológiai dimenziót jó irányba befolyásol, emellett az élettel való elégedettséghez is hozzájárul. A későbbi vizsgálatok azonban kimutatták, hogy a túlzásba vitt testedzés esetében lényegében hasonló tünetek jelennek meg, mint más viselkedési, illetve kémiai addikciók esetében (Demetrovics–Kurimay 2008 ; Berczik et al. 2012).

A sérülésektől eltekintve a testedzéssel kapcsolatos negatív hatások osztályozásában megkülönböztetünk *akut* vagy *átmeneti* problémát, illetve *krónikus* vagy *perzisztens* hatásokat.

Akut vagy *átmeneti* problémát jelent például egy újfajta edzésforma elkezdése, amely intenzitása és megerőltető volta mellett szociális szorongást is okozhat az egyén számára,

amennyiben úgy értékeli, hogy a társas közeg szemében nem éri el a megfelelő színvonalat. Ezek szerepe azonban jelentős, mivel az *aktivitás feladását eredményezhetik*.

A *krónikus* vagy *perzisztens* hatások jellemzően a fizikai aktivitás iránti attitűdökkel függnek össze – idetartozik a testedzésfüggőség is –, ezért valószínűbb, hogy hosszú távon fennmaradnak.

A testedzésfüggőséget definiálhatjuk úgy, mint egy *kóros elköteleződést a fizikai aktivitás iránt, mely túlzott mértékű sporttevékenységben nyilvánul meg*, s zavart szenved és károsodik a személy testi, lelki, társas vagy egyéb, más területet érintő működése, például fáradtság, krónikus sérülések, kapcsolati problémák, szorongás vagy depresszió révén (Shaw et al. 2005; Demetrovics–Kurimay 2008 ; Berczik et al. 2012). Két szintjét különböztetjük meg: az *elsődleges testedzésfüggőség*, amikor a zavar kizárólag a túlzott testedzésben jelentkezik; és a *másodlagos* típus, amikor evészavar is társul hozzá. A másodlagos testedzésfüggőség esetében a fizikai aktivitás motivációja a testi megjelenés kontrollálása, befolyásolása és megváltoztatása (Shaw et al. 2005).

Elsődleges testedzésfüggés

A rendszeres testedzés iránti elköteleződés nem jelent testedzésfüggőséget. Az elkötelezett, kitartó testmozgás sikerélményt, örömet és a teljesítmény jóleső érzését adja a résztvevő számára, aki úgy tekint a mozgásra és testedzésre, mint élete egy fontos, azonban nem központi elemére. Ezzel szemben a testedzésfüggő személy számára a mozgás prioritást jelent a munkahelyi feladatokkal és a társas kapcsolatokkal szemben, továbbá az élet más területei is csorbát szenvednek miatta. Motivációs háttere lehet a kellemetlen függőségi tünetek enyhítésének igénye, azaz a negatív megerősítés éppúgy, mint a pozitív megerősítés iránti vágy, mint például a holtponton való túljutást követő eufória érzése, az úgynevezett *„runner's high"* (Shaw et al. 2005). Weinberg és Gould (2003) rendszerezése alapján a központi tünetek:

1. a testedzés sztereotip módjainak végzése egy vagy több alkalommal a nap folyamán;
2. a testedzés prioritást élvez a személy életében más elfoglaltságaival szemben (pl. munka vagy társas élet);
3. a szervezet növekvő toleranciája a végzett edzésmennyiséggel szemben;
4. megvonási tünetek, amikor a testedzésre nincs mód;
5. a megvonási tünetek csökkennek néhány gyakorlat elvégzése után;
6. szubjektív tudatosság a kényszeres testedzésről (pl. a testedzésfüggő gyakran tisztában van edzésrutinja negatív következményeivel, azonban semmit sem tesz ellene, amíg úgy gondolja, a testedzés valami speciális többletet jelent az életében);
7. gyors visszatérés a kóros testedzési rutinhoz és az elvonási tünetekhez az absztinencia periódusai után.

A testedzésfüggés gyakran összekapcsolódik egy *kényszeres érzés*sel a testedzés napi rutinjának elvégzése iránt, mely felülírja és lehetetlenné teszi az olyan intrinzik, belső

okokat, mint az öröm vagy a mozgás élvezete. Így, amikor egy függőt megkérdezünk, hogy miért végzi túlzásba vitt gyakorlatait, a leggyakoribb válasz: „mert kell" – sokkalta inkább, mintsem „élvezem", „jólesik" vagy „szórakozást és kikapcsolódást jelent". A testedzésfüggő folytatja az eltúlzott edzésmennyiséget az orvosi tanács ellenében is, és barátai vagy kollégái kérésére sem csökkenti vagy hagy fel időigényes szenvedélyével.

A testedzésfüggőség kialakulásának okai nem tisztázottak – lehetnek mind pszichológiai, mind fiziológiai eredetűek. A legkedveltebb magyarázat az *endorfinhipotézis*, amely a testedzés során az agyban termelődő endorfinok euforizáló hatásával magyarázza a függőség kialakulását – ennek empirikus megalapozottsága azonban igen gyenge. A másik fiziológiai magyarázat a *szimpatikus arousal hipotézis*, melynek lényege, hogy a személy a folyamatos testedzéssel a szimpatikus arousal szintjét tartja egy számára optimális tartományban, ami a pihenés periódusaiban lecsökken, a megvonás időszakában pedig letargikus hangulatot eredményez. A *pszichológiai magyarázat* úgy tekint a testedzésre, mint a pszichológiai problémákkal való megküzdés egy módjára, így néhányan azok közül, akik alkohollal vagy droghasználattal próbálnák distresszes állapotaikat enyhíteni, lehet, hogy inkább a túlzásba vitt testedzést választják (Shaw et al. 2005).

Másodlagos testedzésfüggés

A másodlagos testedzésfüggés igen gyakori az evészavaros betegek körében. Esetükben a fizikai aktivitás a kalóriamérleg kontrollálásának egy módja és így a súlycsökkentés eszköze. A túlzásba vitt testedzés nem oka a pszichológiai zavar kialakulásának, hanem inkább egy később megjelenő tünete. Egyértelműen magas az együttjárás a testedzés és az evészavarok között az élsportolók és a testépítők körében. Mind a női, mind a férfi sportolók számára a testsúlykontroll kritikus jelentőségű (pl. súlyemelők, tornászok, búvárok), ami az evészavarok kialakulásának magas rizikóját adja (Shaw et al. 2005). A témáról bővebben magyarul lásd pl. Demetrovics és Kurimay (2008), valamint Szabó és munkatársai (2010) tanulmányait.

IRODALOMJEGYZÉK

Active Living Research (2007): A national program of the Robert Wood Johnson Foundation. Active Education Physical Education, Physical Activity and Academic Performance. http://www.activelivingresearch.org/files/Active_Ed.pdf

Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes,* 50. 179–211.

Annesi, J. J. (1996): *Enhancing Exercise Motivation. A Guide to Increasing Fitness Center Member Retention*. A Fittness Management Book. Leisure Publication, Inc., Los Angeles.

Armitage, C. J. – Conner, M. (2000): Social cognitive models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15. 173–189.

Armitage, C. J. – Conner, M. (2001): Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology,* 40. 471–499.

Armitage, C. (2005): Can the Theory of Planned Behavior Predict the Maintenance of Physical Activity? *Health Psychology,* 24(3). 235–245.

Babyak, M. et al. (2000): Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months. *Psychosomatic Medicine,* 62. 633–638.

Balaguer, I. et al. (1999): Motivational climate and goal orientations as predictors of perceptions of improvement, satisfaction and coach ratings among tennis players. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sport*, 9. 381–388.

Bandura, A. (1995): Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura, A. (ed.) (1995): *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press, New York. 1–45.

Becker, M. – Maiman, L. (1975): Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care,* 13. 10–24.

Becker, M. H. – Rosenstock, I. M. (1984): Compliance with medical advice. In: Steptoe, A. –Matthews, A. (eds): *Health care and human behavior.* Academic Press, London. 135–152.

Berczik K. és mtsai. (2012): Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance use & Misuse,* 47:(4) 403–417.

Berger, B. – Motl, R. (2001): Physical activity and quality of life. In: Singer, R. et al. (eds): *Handbook of Sport Psychology.* John Wiley and Sons, New York.

Blanchard, C. M. et al. (2002): Determinants of exercise intention and behaviour in survivors of breast and prostate cancer: an application of the theory of planned behaviour. *Cancer Nursing,* 25. 88–95.

Blazer, D. G. (1994): Epidemiology of late-life depression. In: Schneider, L. S. et al. (eds): *Diagnosis and treatment of depression in late life.* American Psychiatric Press, Washington, DC. 9–19.

Braith, R. W. – Stewart, K. J. (2006): Resistance Exercise Training: Its Role in the Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation,* 113(22). 2642–2650.

British Medical Association. Board of Science and Eduction (2003): Adolescent health. http://www.bma.org.uk/images/Adhealth_tcm41-19549.pdf

BUPA's Health. Health news - Exercise beats the blues. (April 2005): http://www.bupa.co.uk/health_information/html/health_news/060405exercise_blues.html

Burke, S. M. et al. (2006): Physical activity context: Preferences of university students. *Psychology of Sport and Exercise*, (7). 1–13.

Burnham, T. R. – Wilcox, A. (2002): Effects of exercise on physiological and psychological variables in cancer survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise,* 34(12). 1863–1867.

Callaghan, P. (2004): Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing,* 11(4). 476–483.

Castelli, D. M. et al. (2007): Physical Fitness and Academic Achievement in Third- and Fifth-Grade Students. *Journal of Sport & Exercise Psychology,* 29. 239–252.

Castro, C. M. et al. (2001): Telephone Versus Mail Interventions for Maintenance of Physical Activity in Older Adults. *Health Psychology,* 20(6). 438–444.

Chin, A. et al. (2000): Immunity in frail elderly: a randomized controlled trial of exercise and enriched foods. *Medicine and Science in Sports and Exercise,* 32. (12). 2005–2011.

Coakley, J. – White, A. (1992): Making decisions: gender and sport participation among British adolescents. *Sociology of Sport Journal,* 9. 20–35.

Cotman, C. W. – Engesser-Cesar, C. (2002): Exercise Enhances and Protects Brain Function. *Exercise & Sport Sciences Reviews,* 30(2). 75–79.

Courneya, K. S. (2001): Exercise Interventions During Cancer Treatment: Biopsychosocial Outcomes. *Exercise & Sport Sciences Reviews,* 29(2). 60–64.

Courneya, K. S. – Friedenreich, C. M. (1999): Utility of the theory of planned behavior for understanding exercise during breast cancer treatment. *Psychooncology,* 8. 112–22.

Cress, M. E. et al. (2004): Physical Activity Programs and Behavior Counseling in Older Adult Populations. *Medicine & Science in Sports & Exercise,* 36(11). 1997–2003.

Cropley, M. et al. (2003): People don't exercise because they can't think of reasons to exercise: an examination of causal reasoning within The Transtheoretical Model. *Psychology, Health & Medicine,* 8. 409–414.

Czeglédi E. (2012): A testsúlyszabályozás interdiszciplináris megközelítése. In: Demetrovics Zs. és mtsai. (szerk.), *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I., Személyiség, egészség, egészségfejlesztés,* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Daley, A. J. – Ryan, J. (2000): Academic performance and participation in physical activity by secondary school adolescents. *Perceptual and Motor Skills,* 91. 531–534.

Danish, S. J. et al. (2002): Teaching life skills through sport: Community-based programs to enhance adolescent development. In: Van Raalte, J. N. – Brewer, B. W. (eds): *Exploring Sport and Exercise Psychology.* American Psychological Association, Washington. 269–288.

Courneya, K. S. et al. (2007): Exercise motivation and behavior change in cancer survivorship. In: Feuerstein, M. (ed.): *Handbook of Cancer Survivorship.* Springer, New York, NY. 113–132.

Darker, C. D. et al. (2010): An intervention to promote walking amongst the general population based on an 'extended' theory of planned behaviour: A waiting list randomised controlled trial. *Psychology & Health,* 25. 71–88.

Demetrovics Zs. – Kurimay T. (2008): Testedzésfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica*, 23(2). 129–141.

Desharnais, R. et al. (1986): Self-efficacy and outcome expectations as determinants of exercise adherence. *Psychological Reports,* 59. 1155–1159.

Donnelly, J. E. – Smith, B. K. (2005): Is Exercise Effective for Weight Loss With Ad Libitum Diet? Energy Balance, Compensation, and Gender Differences. *Exercise & Sport Sciences Reviews, 33(4). 169–174.*

Downs, D. S. – Hausenblas, H. A. (2005): Elicitation studies and the theory of planned behavior: a systematic review of exercise beliefs. *Psychology of Sport & Exercise,* 6. 1–31.

Duda, J. L. – Nicholls, J. G. (1992): Dimensions of Achievement in Schoolwork and Sport. *Journal of Educational Psychology,* 84. 3. 290–299.

Duncan, S. C. et al. (2005): Sources and Types of Social Support in Youth Physical Activity. *Health Psychology,* 24(1). 3–10.

Dunn, A. L. – Blair, S. N. (1997): Exercise prescription. In: Morgan, W. P. (ed.): *Physical activity & mental health.* Taylor & Francis, Washington, D.C. 49–62.

Dwyer, T. et al. (2001): Relation of academic performance to physical activity and fitness in children. *Pediatric Exercise Science,* 13. 225–237.

Dzewaltowski, D. A. et al. (2002): Promotion of Physical Activity Through Community Development. In: Van Raalte, J. N. – Brewer, B. W. (eds): *Exploring Sport and Exercise Psychology.* American Psychological Association, Washington. 209–223.

Dzewaltowski, D. A. et al. (1990): Physical activity participation: Social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport & Exercise Psychology,* 12. 388–405.

Erbs, S. et al. (2005): Effects of exercise training on mortality in patients with coronary heart disease. *Coronary Artery Disease,* 17(3). 219–225.

Ewing, R. (2005): Can the Physical Environment Determine Physical Activity Levels? *Exercise & Sport Sciences Reviews,* 33(2). 69–75.

Feltz, D. L. – Riessinger, C. A. (1990): Effects of in vivo emotive imagery and performance feedback on self-efficacy and muscular endurance. *Journal of Sport & Exercise Psychology,* 12. 132–143.

Field, T. et al. (2001): Exercise is positively related to adolescents' relationships and academics. *Adolescence,* 36. 105–110.

Fishbein, M. – Ajzen, I. (1975): *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: AnIntroduction to Theory and Research.* Addison-Wesley, Reading, MA.

Fisher, M. et al. (1996): Sport Participation in an Urban High School: Academic and Psychologic Correlates. *Journal of Adolescent Health,* 18. 329–334.

Fleshner, F. (2005): Physical Activity and Stress Resistance: Sympathetic Nervous System Adaptations Prevent Stress-Induced Immunosuppression. *Exercise & Sport Sciences Reviews,* 33(3). 120–126.

Galvao, D. A. – Newton, R. U. (2005): Review of Exercise Intervention Studies in Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology,* 23(4). 899–909.

Gasbarrini, A. – Piscaglia, A. C. (2005): A Natural Diet Versus Modern Western Diets? A New Approach to Prevent „Well-Being Syndromes". *Digestive Diseases & Sciences,* 50(1). 1–6.

Giacobbi, P. R. et al. (2005): A naturalistic assessment of the relationship between personality, daily life event, leisure-time exercise, and mood. *Psychology of Sport and Exercise,* 6. 67–81.

Giles-Corti, B. et al. (2005): Understanding Physical Activity Environmental Correlates: Increased Specificity for Ecological Models. *Exercise & Sport Sciences Reviews,* 33(4). 175–181.

Godbey, G. C. et al. (2005): Contributions of Leisure Studies and Recreation and Park Management Research to the Active Living Agenda. *American Journal of Preventive Medicine,* 28. (2S2). 150–158.

Golnhofer E. – Szekszárdi J. (2003): Az iskolák belső világa. In: Halász G. – Lannert J. (szerk.): *Jelentés a magyar közoktatásról.* 6. fejezet. OKI, Budapest.

Greist, J. H. et al. (1979): Running as treatment for depression. *Comprehensive Psychiatry,* 20. 41–54.

Hagger, M. S. et al. (2002): A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology,* 24. 3–32.

Hagger, M. S. et al. (2003): The Processes by Which Perceived Autonomy Support in Physical Education Promotes Leisure-Time Physical Activity Intentions and Behavior: A Trans-Contextual Model. *Journal of Educational Psychology,* 95(4). 784–795.

Harrison, J. et al. (1992): A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research: Theory and Practice,* 7. 107–116.

Herman, S. et al. (2002): Exercise Therapy for Depression in Middle-Aged and Older Adults: Predictors of Early Dropout and Treatment Failure. *Health Psychology,* 21(6). 553–563.

Hillsdon, M. et al. (2004): The effectiveness of public health intervention for increasing physical activity among adults: a review of reviews. Evidence briefing. NHS. Health Development Agency. www.hda.nhs.uk/evidence

Hoehner, C. M. et al. (2005): Percieved and Objective Environmental Measures and Physical Activity Among Urban Adults. *American Journal of Preventive Medicine,* 28(2S2). 105–116.

Holmes, M. D. et al. (2005): Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of the American Medical Association,* 293(20). 2479–2486.

Ingledew, D. K. I. et al. (1998): Exercise motives and Stages of Change. *Journal of Health Psychology*, 3. 477–489.

Joyner, M. J. (2005): Muscle Strength, Body Composition, Hormones, and Aging. *Exercise & Sport Sciences Reviews,* 33(2). 61–62.

King, A. C. et al. (1997): Can We Identify Who Will Adhere to Long-Term Physical Activity? Signal Detection Methodology as a Potential Aid to Clinical Decision Making. *Health Psychology,* 16(4). 380–389.

Knols, R. et al. (2005): Physical Exercise in Cancer Patients During and After Medical Treatment: A Systematic Review of Randomized and Controlled Clinical Trials. *Journal of Clinical Oncology,* 23(16). 3830–3842.

Kulcsár Zs. (2005): Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban. In: Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt… Pozitív traumafeldolgozás és posztttraumás személyiségfejlődés. T*refort Kiadó, Budapest. 9–34.

Lavallee, D. et al. (2004): *Sport Psychology. Contemporary Themes.* Palgrave Macmillan, New York.

Lewis, B. A. et al. (2002): Psychological Mediators of Physican Activity Behavior Among Adults and Children. *American Journal of Preventive Medicine,* 23(2S). 26–35.

Marano, H. E. (2001): Move to Boost Mood. *Psychology Today.* http://psychologytoday.com/rss/pto-20030101-000001.html

Marcus, B. H. et al. (2000): Physical Activity Behavior Change: Issues in Adoption and Maintenance. *Health Psychology,* 19(1). Supplement 1. 32–41.

Marcus, B. H. et al. (2002): Exercise Initiation, Adoption, and Maintenance in Adults: Theoretical Models and Empirical Support. In: Van Raalte, J. N. – Brewer, B. W. (eds): *Exploring Sport and Exercise Psychology.* American Psychological Association, Washington. 185–208.

Marks, D. F. et al. (eds) (2000): *Health Psychology.* Sage, London. 227–246.

Martin-Diener, E. et al. (2004): The Stages of Change in three stage concepts and two modes of physical activity: a comparison of stage distributions and practical implications. *Health Education Research,* 19(4). 406–417.

Martin Ginis, K. A. et al. (2005): Using Exercise to Enhance Subjective Well-Being Among People With Spinal Cord Injury: The Mediating Influences of Stress and Pain. *Rehabilitation Psychology,* 48(3). 157–164.

Martini, S. et al. (2002): The Association of Tobacco Smoking and Depression in Adolescence: Evidence from the United States. *Substance Use & Misuse,* 37(14). 1853–1867.

Martin, J. E. et al. (1984): The behavioral control of exercise in sedentary adults: studies 1 through 6. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 52. 795–811.

Masters, K. S. et al. (2003): The Acute Affective Response of Type A Behaviour Pattern Individuals to Competitive and Noncompetitive Exercise. *Canadian Journal of Behavioural Science,* 35(1). 25–34.

Mayer, T. – Broocks, A. (2000): Therapeutic Impact of Exercise on Psychiatric Diseases. *Sports Medicine,* 30(4). 269–279.

McDowell, K. et al. (2003): Aging, physical activity, and cognitive processing: an examination of P300. *Neurobiology of Aging*, 24. 597–606.

McCabe, M. P. – Ricciardelli, L. A. (2003): Body Image and Strategies to Lose Weight and Increase Muscle Among Boys and Girls. *Health Psychology,* 22(1). 39–46.

Mead, G. E. et al. (2009): *Exercise for depression*. Cochrane Database Systematic Review. CD004366.

Mental Health Foundation (2005a): Up And Running? Exercise Therapy And The Treatment Of Mild Or Moderate Depression In: Primary Care. March 2005. *Mental Health Foundation*. London.

Mental Health Foundation (2005b): Exercise and depression. Exercise referal and the treatment of mild or moderate depression. June 2005. London.

Moran, A. – MacIntyre, T. (2004): Does a healthy body always lead to a healthy mind? Exploring exercise psychology. In: Moran, A. (ed.): *Sport and Exercise Psychology. A Critical Introduction*. Routlende, New York.

Motl, R. W. et al. (2005) Comparison of Barriers Self-Efficacy and Perceived Behavioral Control for Explaining Physical Activity Across 1 Year Among Adolescent Girls. *Health Psychology,* 24(1). 106–111.

Murphy, J. M. et al. (2003): Cigarette Smoking in Relation to Depression: Historical Trends From the Stirling County Study. *The American Journal of Psychiatry,* (160). 1663–1669.

Murphy, M. et al. (2002): Accumulating brisk walking for fitness, cardiovascular risk, and psychological health. *Medicine & Science in Sports & Exercise,* 34(9). 1468–1474.

Myers, R. S. – David, L. R. (1997): Perceived Benefits of and Barriers to Exerciese and Stage of Exerciese Adoption in Young Adults. *Health Psychology,* 16(3). 277–283.

Nelson, M. C. – Gordon-Larson, P. (2006): Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. *Pediatrics,* 117. 1281–1290.

Ommundsen, Y. et al. (2003): Perceived motivational climate in male youth soccer: relations to social-moral functioning, sportsperssonship and team norm perceptions. *Psychology of Sport and Exercise,* 4. 397–413.

Ostrow, A. C. (ed.) (1996): *Directory of psychological tests in the sport and exercise sciences*. Fitness Information Technology, Inc, Publishers, Morgantown.

Pajares, F. (1997): Current Directions in Self-efficacy Research. In: Maehr, M. – Pintrich, P. R. (eds): *Advances in motivation and achievement*. Volume 10. JAI Press, Greenwich, CT. 1–49.

Paluska, S. A. – Schwenk, T. L. (2000): Physical Activity and Mental Health: Current Concepts. *Sports Medicine,* 29(3). 167–180.

Pedersen, B. K. (1999/2003): A testedzés és az immunfunkciók. In: Urbán R. (szerk.): *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Pedersen, B. K. – Saltin, B. (2006): Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports,* 16. Suppl. 1:3–63.

Penedo, F. – Dahn, J. R. (2005): Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry,* 18(2). 189–193.

Perri, M. G. et al. (2002): Adherence to Exercise Prescriptions: Effects of Prescribing Moderate Versus Higher Levels of Intensity and Frequency. *Health Psychology,* 21(5). 452–458.

Plotnikoff, R. C. et al. (2010): Physical activity and diabetes: An application of the theory of planned behavior to explain physical activity among type 1 and type 2 diabetes in an adult population sample. *Psychology & Health,* 25. 7–23.

Prochaska, J. O. – DiClemente, C. C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 51(3). 390–395.

Read, J. P. – Brown, R. A. (2003): The Role of Physical Exercise in Alcoholism Treatment and Recovery. *Professional Psychology – Research & Practice,* 34(1). 49–56.

Richardson, C. R. et al. (2005): A fizikai aktivitás fokozása depresszióban vagy egyéb, súlyos mentális betegségben szenvedő pácienseknél. *A Journal of Psychiatric Practice magyar kiadása,* 2006. december. I. évf. 6. szám. 583–593.

Riskó Á. (2007): Kommentár. A testmozgás mint kiegészítő terápia a major depresszió kezelésében. *A Journal of Psychiatric Practice magyar kiadása,* 2007. február. II. évf. 1. szám. 86–88.

Rosenstock, I. M. (1966): „Why People Use Health Services." *Milbank Memorial Fund Quarterly,* 44. 94–124.

Ross, R. et al. (2000): Reduction in Obesity and Related Comorbid Conditions after Diet-Induced Weight Loss or Exercise-Induced Weight Loss in Men: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine,* 133(2). 92–103.

Ruuskanen, J. M. – Ruoppila, I. (1995): Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age and Ageing,* 24. 292–296.

Ryan, A. S. (2000): Insulin Resistance with Aging: Effects of Diet and Exercise. *Sports Medicine,* 30(5). 327–346.

Sallis, J. F. – Owen, N. (1999): *Physical activity and behavioral medicine.* Sage, Thousand Oaks, CA.

Salmon, J. et al. (2003): Physical Activity and Sedentary Behavior: A Population-Based Study of Barriers, Enjoyment, and Preference. *Health Psychology,* 22(2). 178–188.

Sayers, S. P. et al. (2003): Changes in Function and Disability After Resistance Training: Does Velocity Matter?: A Pilot Study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation,* 82(8). 605–613.

Segar, M. et al. (2006): Go Figure? Body-Shape Motives are Associated with Decreased Physical Activity Participation Among Midlife Women. *Sex Roles,* 54(3-4). 175–187.

Shaw, D. et al. (eds) (2005): *Sport and Exercise Psychology.* BIOS Scientific Publishers, New York.

Smith, A. L. (2003): Peer relationships in physical activity contexts: a road less traveled in youth sport and exercise psychology research. *Psychology of Sport and Exercise,* 4. 25–39.

Standage, M. et al. (2003): A Model of Contextual Motivation in Physical Education: Using Constructs From Self-Determination and Achievement Goal Theories to Predict Physical Activity Intentions. *Journal of Educational Psychology,* 95(1). 97–110.

Szabó A. és mtsai. (2010): Testedzésfüggőség. In: Demetrovics Zs. – Kun B. (szerk.): *Az addiktológia alapjai IV.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 283–305.

Szabo A. (2003): Acute Psychological Benefits of Exercise Performed at Self-selected Workloads: Implications for Theory and Practice. *Journal of Sport Science and Medicine,* 2. 77–87.

Szatmári É. (2006): Kommentár. A fizikai aktivitás fokozása depresszióban szenvedő pácienseknél. *A Journal of Psychiatric Practice magyar kiadása,* 2006. december. I. évf. 6. szám. 584.

Taylor, A. H. – Fox, K. R. (2005): Effectiveness of a Primary Care Exercise Referral Intervention for Changing Physical Self-Perceptions Over 9 Months. *Health Psychology,* 24(1). 11–21.

Tkachuk, G. A. – Martin, G. L. (1999): Exercise Therapy for Patients With Psychiatric Disorders: Research and Clinical Implications. *Professional Psychology – Research & Practice,* 30(3). 275–282.

Tosevski, D. L. – Milovancevic, M. P. (2006): Stressful life events and physical health. *Current Opinion in Psychiatry,* 19(2). 184–189.

Traustadóttir, T. et al. (2005): The HPA axis response to stress in women: effects of aging and fitness. *Psychoneuroendocrinology,* 30. 392–402.

Tremblay, M. S. et al. (2000): The relationship between physical activity, self-esteem, and academic achievement in 12-year-old children. *Pediatric Exercise Science,* 12. 312–323.

Trivedi, M. H. et al. (2006): A testmozgás mint kiegészítő terápia a major depresszió kezelésében. *A Journal of Psychiatric Practice magyar kiadása,* 2007. február. II. évf. 1. szám. 75–85.

Trudeu, F. – Shephard, R. J. (2008): Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,* 5. 10.

Trudeu, F. – Shephard, R. J. (2010): Relationships of Physical Activity to Brain Health and the Academic Performance of Schoolchildren. *American Journal of Lifestyle Medicine,* 4(2). 138–150.

Urbán R. – Hann E. (2003): Rendszeres testedzés és a szocioökonómiai státusz összefüggései magyar reprezentatív mintában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 4/13. 1. 11–16.

Urbán R. (2007): Az egészségkárosító viselkedések klinikai egészségpszichológiai megközelítése [Health impairing behaviors]. In: Kállai J. és mtsai. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest. 279–303.

Urbán R. (2005): *Testedzési Motiváció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői és a testedzési fizikai aktivitás motivációs prediktorai.* Kézirat.

Van der Ploeg, H. P. et al. (2004): Physical Activity for People with a Disability: A Conceptual Model. *Sports Medicine, 34(10). 639–649.*

Van de Vliet, P. et al. (2002a): Relationships between self-perceptions and negative affect in adult Flemish psychiatric in-patients suffering from mood disorders. *Psychology of Sport and Exercise,* 3. 309–322.

Van de Vliet, P. et al. (2002b): Assesment of physical self-perception in normal Flemish adult versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences,* 32. 855–863.

Vanhees, L. et al. (2005): How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation,* 12(2). 102–114.

Vickers, K. S. et al. (2003): Depressed Versus Nondepressed Young Adult Tobacco Users: Differences in Coping Style, Weight Concerns, and Exercise Level. *Health Psychology,* 22(5). 498–503. September.

Wankel, L. M. (1984): Decision-making and social support strategies for increasing exercise involvement. *Journal of Cardiac Rehabilitation,* 4. 124–135.

Wankel, L. – Kriesel, P. (1985): Factors underlying enjoyment of youth sports: Sport and age group comparisons. *Journal of Sport Psychology,* **7.** 51–74.

Warburton, D. E. R. et al. (2006a): Prescribing exercise as preventive therapy. *CMAJ Canadian Medical Association Journal,* 174(7). 961–974.

Warburton, D. E. R. et al. (2006b): Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ Canadian Medical Association Journal,* 174(6). 801–809.

Weinberg, R. S. – Gould, D. (2003): *Foundations of Sport and Exercise Psychology.* Human Kinetics, Champaign, IL.

Willis, J. D. – Campbell, L. F. (1992): *Exercise Psychology.* Human Kinetics, Champaign, IL.

Czeglédi Edit

A TESTSÚLYSZABÁLYOZÁS INTERDISZCIPLINÁRIS MEGKÖZELÍTÉSE

BEVEZETŐ

Az elhízás multifaktoriális eredetű, dinamikusan növekvő prevalenciát mutató, súlyos egészségi következményekkel járó, a morbiditás és mortalitás kockázatát jelentősen emelő, az egyénre, családra és társadalomra komoly terheket rovó, világméretűvé vált jelenség. Definíció szerint az elhízás „anyagcsere-folyamatok genetikai, központi idegrendszeri vagy endokrin és környezeti hatásokra kialakuló zavara, amely az energiaháztartás egyensúlyának módosulását okozza. Ez a folyamat a táplálékfelvétel növekedésében és/vagy az energialeadás csökkenésében nyilvánul meg, majd – klinikailag – fokozott zsírraktározáshoz vezet, amely viszont további szabályozási zavarokat, betegségeket okoz" (Halmy 1996, 265).

Az elhízás kialakulásában genetikai, fiziológiai, pszichológiai, kulturális és társas tényezők egyaránt szerepet játszanak (Friedman–Brownell 1995; Halmy 1996). Egyes becslések szerint az öröklődés legalább 40%-ban járul hozzá az elhízás etiológiájához, azonban a genetikai sérülékenységet nagymértékben befolyásolják a környezeti tényezők. A fentiek vezettek ahhoz a megállapításhoz, miszerint „a gének töltik meg a fegyvert, de a környezet húzza meg a ravaszt" (Redinger 2008, 397).

Az elhízás mértékének megállapítására számos módszer áll rendelkezésre. Ezek egy része műszeres apparátust igényel, más részük antropometriai adatokon (testsúly, testmagasság, derék- és csípőkörfogat) alapszik (Heymsfield–Heshka 2002; Ilyés 2001). Az epidemiológiai kutatásokban a tápláltsági állapot meghatározásának leginkább elterjedt módszere a testtömegindex (Body Mass Index, BMI) számítása. Képlete: a testsúly elosztva a testmagasság méterben kifejezett négyzetével. A súlykategóriák meghatározása a mortalitás kockázata alapján történik (Wadden et al. 2002). 18,5 kg/m^2 alatt alultápláltság, 18,5–24,9 kg/m^2 normális testsúly, 25,0–29,9 kg/m^2 túlsúly. 30,0 kg/m^2

felett elhízásról beszélünk, azonban ezen belül is megkülönböztethetők további kategóriák: 30,0–34,9 kg/m^2 I. fokú/enyhe elhízás, 35,0–39,9 kg/m^2 II. fokú/középsúlyos elhízás, 40 kg/m^2 és e felett III. fokú/kóros/morbid elhízás (WHO, 2000). Jelen tanulmányban az elhízott és obez szavakat szinonimaként kezeljük. A mortalitás kockázata 30 kg/m^2-es testtömegindexnél megközelítőleg 30%-kal nő meg, míg 40 kg/m^2 felett legalább 100%-kal (Wadden et al. 2002). A testzsír regionális eloszlása jelentős tényező az elhízáshoz kapcsolódó morbiditás és mortalitás kockázatának alakulásában. A legmagasabb kockázat a hasi (vagy más néven abdominális, centrális, illetve android típusú) elhízás esetében jelenik meg. A hasi elhízás a testtömegindextől függetlenül jobb előrejelzője az elhízás kísérőbetegségei és a mortalitás kockázatának, mint maga a BMI, különösen 25–34,9 kg/m^2 testtömegindex között. 35 kg/m^2 felett a derékkörfogat nem bír additív prediktív értékkel a kockázat tekintetében. Férfiaknál 102, nőknél 88 centiméternél határozták meg a kritikus derékkörfogatot (Afridi–Khan 2004; Grilo 2006).

Az elhízás kísérőbetegségei gyakorlatilag az összes szervrendszert érintik. Néhány példát kiemelve komorbid betegségként tartják számon a 2-es típusú diabéteszt, az alvási apnoét, illetve a különböző rákos megbetegedéseket (Hu 2008; Sidó 2003; WHO 2000). Korábban a figyelem elsősorban az elhízás kardiovaszkuláris következményeire irányult (pl. hipertónia, koronáriabetegségek), újabban azonban a gasztrointesztinális rendszer számos betegsége esetében is fény derült az elhízás oki szerepére (Gyökeres et al. 2006).

A túlsúly és elhízás prevalenciája emelkedő tendenciát mutat mind a fejlett, mind pedig a fejlődő országokban, a gyermek és felnőtt populációban egyaránt (Björntorp 1997; Hu 2008). A hazánkban 2009-ben végzett, nemzetközileg standardizált Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) eredményei szerint a felnőtt férfiak 39,4%-a túlsúlyos, 21,5%-a elhízott. A nők esetében a túlsúly prevalenciája 31,1%, az elhízásé pedig 18,9% (KSH, 2010). A 2010-ben folytatott HBSC-kutatás hazai eredményei szerint a serdülőkorú (11–18 éves) fiúk körében a túlsúly előfordulási gyakorisága 15,0–18,8%, az elhízásé pedig 2,5–4,1%. Az ugyanezen korosztályba tartozó lányok esetében a túlsúly prevalenciája 7,2–12,1% között, az elhízás előfordulási gyakorisága pedig 1,3–1,7% között mozog (Németh 2011).

Tekintettel az elhízás dinamikusan növekvő prevalenciájára, egészségi következményeire és a társadalomra gyakorolt hatásaira, különösen nagy jelentőségű a testsúlyszabályozást meghatározó tényezők feltárása és megértése. Mindez hozzájárulhatna ahhoz, hogy sikeresebben vegyük fel a küzdelmet e világméretű epidémia ellen.

A tanulmány célja a testsúly alakulásában szerepet játszó tényezők áttekintése. Elsőként a táplálkozás szabályozásának kérdéskörét vázoljuk fel, kitérve annak homeosztatikus, nem homeosztatikus és önszabályozási aspektusaira. Ezt követően részletesen tárgyaljuk a testsúlycsökkentés megközelítéseit, amely során az életmód-változtatás (diéta, fizikai aktivitás) perspektíva mellett a medikális (gyógyszeres, illetve műtéti kezelés) és pszichológiai (viselkedésterápia, kognitív viselkedésterápia, motivációs interjú) megközelítéseket is ismertetjük. Bemutatásra kerülnek továbbá a testsúlymenedzselés újabb, ígéretes lehetőségei is (telemedicina, önsegítés). Végül az elhízás prevenciójának kérdéskörét villantjuk fel.

A TÁPLÁLKOZÁS SZABÁLYOZÁSA

A humán táplálékbevitel soktényezős meghatározottságú: genetikai, biológiai, pszichológiai, környezeti és kulturális tényezők széles köre befolyásolja, amelyek relatív fontosságuk tekintetében igen nagy változatosságot mutatnak (Lowe et al. 2008). A következőkben röviden áttekintjük a táplálkozás szabályozásának három aspektusát, nevezetesen a homeosztatikus szabályozást, a nem homeosztatikus szabályozást és az önszabályozást.

Homeosztatikus szabályozás

Az evési magatartás, az energiaháztartás és a testsúly biokémiai szabályozása igen komplex és sokrétű. A folyamatban különféle szignálok játszanak szerepet, úgymint 1. a vér tápanyagtartalma (vércukorszint, zsírsavak, trigliceridek, aminosavak); 2. a gyors, rövid idejű kommunikációt biztosító neurotranszmitterek; 3. a lassabb, hosszabb távú alkalmazkodásért felelős, nagyobb molekulatömegű neuropeptidek; valamint 4. a neuromodulátoros és metabolikus folyamatokban egyaránt szerepet játszó hormonok. E szignálok a különböző periferiális szervekből (pl. mellékvese, máj, hasnyálmirigy, gyomor- és béltraktus), valamint a központi idegrendszer különböző területeiből erednek, az utóagytól az előagyig (Leibowitz 2002).

A test zsírösszetételének aránya a szervezet energiaháztartását szabályozó folyamatok részeként alakul ki. Az energiahomeosztázis folyamata során az energiabevitel (táplálékbevitel) illeszkedik az energiafelhasználáshoz (alapanyagcsere, fizikai aktivitás, adaptív termogenezis) és a test energiaraktárainak (zsírtömeg) mennyiségéhez. A szabályozásban számos szervrendszer játszik szerepet. A zsírraktárak szignáljai integrálódva a gasztrointesztinális rendszer telítettségi jelzéseivel jutnak el a központi idegrendszerbe. Az agyban indukált válaszok az energiahomeosztázissal közvetlen kapcsolatban álló kimeneteket eredményeznek, úgymint a hipofízis neuroendokrin aktivációja, motoros viselkedés (evés, fizikai aktivitás stb.), vegetatív idegrendszeri aktivitás. A vegetatív idegrendszer számos alapvető anyagcsere-folyamatban játszik kulcsszerepet. Erre példa a lipolízis, a hasnyálmirigy inzulin- és glukagonszekréciója, illetve a máj glükózszintézise és -szekréciója (Woods–Seeley 2002).

Tekintettel arra, hogy az energiahomeosztázis részletes tárgyalása meghaladja e tanulmány kereteit, továbbá az elmúlt években több kiváló összefoglaló jelent meg hazánkban a táplálkozás homeosztatikus szabályozásának témájában (pl. Juhász et al. 2007; Körner 2008; Palkovits 2003; Szabó 2000), ezért jelen fejezetben az újabb fejlemények tükrében csak a táplálékfelvétel központi idegrendszeri szabályozásának főbb vonalakban történő áttekintésére szorítkozunk.

A táplálékfelvétel központi idegrendszeri szabályozása többszintű, komplex neurális körpályán történik, amelyben a hipotalamusz központi szerepet játszik. A táplálékfelvétellel

kapcsolatos ingereket (úgymint vércukorszint, a test zsírtartalma, a gyomor teltségi állapota) humorális és neurális pályák szállítják a hipotalamuszba. A humorális afferentáció ingereit a táplálékfelvétel szempontjából specifikus receptorok (inzulin-, leptin-, ghrelin-), valamint neuropeptid és kannabinoid receptorok fogadják. Az inzulin és a leptin szekréciója szoros kapcsolatban áll a szervezet energiahomeosztázisával és zsírraktáraival. Mindkettő csökkenti az étvágyat és ezáltal a táplálékfelvételt. A ghrelin nevű hormon azonban a táplálékfelvétel fokozódásában játszik szerepet. A hipotalamuszban öt sejtcsoportot azonosítottak, amelyekben étvágyfokozó (orexigén), illetve táplálékfelvételt gátló (anorexigén) neurohormonok termelődnek. Az öt egymással összeköttetésben álló terület a következő: nucleus arcuatus, nucleus paraventricularis, ventromedialis, dorsomedialis és dorsolateralis area. Étvágyfokozó szekrétumok: neuropeptid-Y, agoutiszerű fehérje, orexinek, melaninkoncentráló hormon, valamint galanin. A táplálékfelvétel gátlásában szerepet játszik az α-melanocyta-stimuláló hormon, a proopiomelanokortin, a kokain-amfetamin stimulálta fehérje, a corticothropin-releasing hormon, az urokortin III, a kolecisztokinin és a glükagonszerű peptidek (Palkovits 2003).

A neurális afferentációban a nervus vagus és a szimpatikus idegrendszer vesz részt, amelyek az étkezés hatására a vékonybélben termelődő kolecisztokininnel együttesen határozzák meg a teltségérzetet. Az ingerületek a nucleus tractus solitariiba futnak be, ami viszont kölcsönkapcsolatban áll a fent leírt szabályozóközponttal. Az étvágyszabályozás neurogén ágának jelátvitelét aminerg neurotranszmitterek (noradrenalin, dopamin, szerotonin) biztosítják. E komponensek orexigén vagy anorexigén hatása az adott központ receptorváltozatától függ (Cseh et al. 2000).

A táplálékfelvétel központi idegrendszeri szabályozásának efferens ágában a vegetatív idegrendszer szimpatikus ága tölt be meghatározó szerepet (Cseh et al. 2000).

A testsúlyt szűk tartományon belül tartó homeosztatikus regulációnak csak egyik ága az evés elkezdésének és abbahagyásának metabolikusan vezetett szabályozása. A másik ág az energiafelhasználás homeosztatikus kontrollja. E kétágú rendszer az energiaegyensúly zavarait negatív visszacsatolások révén adekvát, az energiafelvételre és -felhasználásra gyakorolt hatásokkal kompenzálja. A táplálkozás homeosztatikus szabályozása igen erős a táplálékfelvétel indukálásában és az energiafelhasználás csökkentésében az energiaraktárak kimerülése és az alacsony energiautánpótlás esetében, azonban gyenge a táplálékbevitel csökkentésében és az energiafelhasználás fokozásában akkor, ha az energiatartalékok feltöltöttek és az élelem elérhető (Berthoud 2003; Hill–Peters 1998).

További adalék, hogy a testsúlyszabályozás számos más neuroendokrin folyamattal (pl. növekedés, mellékvese- és pajzsmirigyműködés, reproduktív funkciók), memória-, valamint jutalmazási és függőségi mechanizmussal is kapcsolatban áll (Juhász és mtsai. 2007), ami még összetettebbé és szövevényesebbé teszi az energiahomeosztázis kérdéskörét.

Nem homeosztatikus szabályozás

Noha a táplálkozás homeosztatikus szabályozása rendkívül komplex rendszer részeként valósul meg, az étvágyat és a táplálkozás elkezdését messze nem csak a metabolikus és hormonális jelek határozzák meg. Az evési magatartás alakulásában ugyanis számos nem homeosztatikus tényező is szerepet játszik. Ezek némelyike a törzsfejlődésünk bizonyos szakaszában adaptív volt és a túlélésünket szolgálta, modern környezetünkben azonban kifejezetten károssá váltak.

Az emberiség olyan környezetben fejlődött ki, amelyben az élelemforrás korlátozott és kiszámíthatatlan volt, ezért az energiatartalékolás a túlélés zálogát jelentette. Az energiatartalékolást segítette az édes, sós és a zsíros ízek preferenciája. A természetben ezek az ízek a tápláló, kalóriában és ásványi anyagokban gazdag táplálékok jelzői voltak. Ugyancsak az energiatartalékok felhalmozását segítette elő a táplálékok pozitív incentív értéke és az evés örömforrás jellege. Mindez ahhoz vezetett, hogy a magasan pozitív ösztönző értékű ételek jelenléte, elvárása, de akár csak gondolata is étvágyat kelt és evést indukál, akár éhségérzet nélkül is. Evés során valamennyi étel pozitív incentív értéke csökken – különösen az aktuálisan fogyasztott ételé –, azonban egy új íz, új ízletes étel még jóllakottság esetében is az evés folytatását indukálhatja (Pinel et al. 2000).

Modern környezetünkben, a fejlett országokban azonban jelentős változások történtek, amelyek óriási hatást gyakoroltak az életmódunkra. E környezetet gyakorta az „obezogén" (Hill–Peters 1998), illetve a „toxikus" (Brownell 2005) jelzőkkel látják el a szakirodalomban. Jellemzője a viszonylag könnyen hozzáférhető, nagy mennyiségű, ízletes, magas kalóriatartalmú (de valójában alacsony tápértékű) élelmiszerekben való bővelkedés, amelyet tetéz az agresszív marketing és a fogyasztásra irányuló nyomás.

Blundell (2002) érvelése szerint számos olyan biológiai diszpozícióval rendelkezünk, amelyek sérülékennyé tesznek bennünket a súlygyarapodásra. Ilyen viselkedéses kockázati tényező például 1. az édes és zsíros ételek iránti preferencia; 2. az oroszenzoros válaszkészség; vagy 3. a gyenge telítődési jelzések. Ezek önmagukban nem feltétlenül vezetnek súlyfelesleg kialakulásához, azonban az obezogén környezet jellemzőivel (pl. 1. magas zsírtartalmú ételekben való bővelkedés; 2. könnyen hozzáférhető, ízletes, specifikus tápanyag-kombinációkat tartalmazó ételek; 3. nagy adagok) interakcióba lépve a biológiai diszpozícióinkkal túlfogyasztást, túlzott energiabevitelt eredményeznek a megnövekedett zsírbevitel, az evés gyakoriságának növekedése, az elfogyasztott ételmennyiség növekedése és a megnövekedett ételadag elfogyasztása révén.

A táplálékban való bővelkedéssel párhuzamosan számos technikai vívmány (pl. gépesítés, közlekedési eszközök) a fizikai aktivitás radikális csökkenéséhez és az ülő életmód támogatásához járult hozzá. Egy vizsgálat eredményei szerint a mosógép és mosogatógép használata, az autóval történő munkába menetel és a lifthasználat naponta mintegy 111 kalóriával kevesebb energiafelhasználást eredményez, mintha a házimunkát gépek nélkül végeznénk, a munkába gyalog mennénk és lépcsőt használnánk. A szerzők számításai szerint, ha az energiafelhasználás ilyen csökkenését nem kompenzáljuk az

energiabevitel hasonló mértékű csökkentésével, éves szinten megközelítőleg 0,45 kg súlygyarapodás következhet be (Lanningham-Foster et al. 2003). Mindennek tükrében a fent leírt, korábban adaptívnak bizonyuló mechanizmusok tartós túlevéshez vezethetnek, és a súlyfelesleg kialakulására veszélyeztethetik az embereket, különösen azokat, akik genetikailag hajlamosak arra, hogy a környezet és az életmód az elhízás felé tolja őket (Berthoud 2003; Pinel et al. 2000).

A velünk született ízpreferenciák mellett genetikai hajlammal rendelkezünk a neofóbiára (új ízektől, új ételektől való idegenkedés) is. Az örökletesség becsült értéke 66–69% (Knaapila et al. 2007). Ez ugyancsak adaptív mechanizmus, amely elősegíti a potenciálisan mérgező ételek fogyasztásának elkerülését. Az ismételt bemutatás és új ételek megízlelése csökkenti a neofóbiát és növeli a szokatlan ételek elfogadását. Egy kisgyermekkel megközelítőleg tíz alkalommal kell megízleltetni egy új ételt ahhoz, hogy elfogadja, és az elfogadás generalizálódik az eredetivel azonos általános ételkategóriába tartozó ételekre (Schwartz–Puhl 2003). Elképzelhető, hogy a szülők (gondozók) túl hamar feladják az új ízekkel való kísérletezést, és inkább visszatérnek a gyermek által már ismert és kedvelt ételekhez. Mindez hozzájárulhat egyes ételek preferenciájának, más ételek elkerülésének megszilárdulásához, felnőttkorban is meghatározva az ételválasztást. Előfordulhat, hogy olyan táplálkozási mintázat alakul ki, amelyben a magas kalóriatartalmú ételek dominálnak, az alacsony kalóriatartalmú (ám esetleg annál egészségesebb) ételek perifériára szorulnak.

Az ízpreferencia alakulásában az asszociációs tanulás is szerepet játszik. A kellemes érzésekkel (pl. jóllakottságérzés), kellemes következményekkel (pl. a szorongás csökkenése) társuló ételek kedvelése fokozódik (Schwartz–Puhl 2003).

A táplálékfelvételre számos külső, elsősorban környezeti tényező is hatást gyakorol. A külső kulcsingerek, mint például az ételek finom illata, gusztusos terítése, ízléses csomagolása és széles választéka önmagában étvágykeltő hatással bír (Forgács 2008). Az elhízás externalitás-internalitás elmélete (Schachter 1968) szerint az elhízott egyének fogékonyabbak az étellel, evéssel kapcsolatos externális (külső) jelzésekre, mint az internális (belső) éhségjelekre (mint pl. gyomorkorgás). A fogyasztói társadalom ételbősége és ételmarketingje nagyban hozzájárul a túlfogyasztáshoz, és az elhízásra hajlamos, a külső ingerekre különösen fogékony egyéneket veszélyezteti a súlygyarapodásra (Lowe 2003).

Táplálkozásunkra a társas kontextus is jelentős hatást gyakorol. Jól ismert az evés társas facilitációja, az a jelenség, hogy társaságban hosszabb ideig és többet eszünk, mint egymagunkban (De Castro–De Castro 1989). A társas-társadalmi hatásokhoz tartoznak a kulturális szokások is, mint például az egyes ünnepkörökhöz kapcsolódó étkezések vagy bizonyos vallásoknál előírt böjtök, illetve ételtilalmak (Forgács 2008).

Az evés továbbá a létfenntartáson túl pszichológiai funkciókat is betölthet az egyén életében: szolgálhat például örömforrásként, érzelemszabályozási stratégiaként (emocionális evés; pl. Geliebter–Aversa 2003) vagy az öngondozás módjaként (Buckroyd–Rother 2007).

A táplálékfelvételre hatást gyakorló kognitív tényezők (incentív érték) és környezeti faktorok (pl. ízletesség, elérhetőség, társas kontextus, szokások, kondicionálódott jelek és jutalmak) kívül esnek a táplálékfelvétel homeosztatikus szabályozó rendszerének körén, és gyakorlatilag felül is írják azt. Az energiaegyensúly nem homeosztatikus tényezők által keltett zavarát (azaz a túlfogyasztásból fakadó, tartósan pozitív energiaegyenleget) viszont a homeosztatikus szabályozó rendszernek kell kompenzálnia. Mivel azonban a homeosztatikus szabályozó rendszer katabolikus üzemmódja természeténél fogva gyenge, e kompenzáció elégtelen és nem képes semlegesíteni a környezeti hatásokat. Mindez sokaknál súlyfelesleg kialakulását eredményezi (Berthoud 2003).

Önszabályozás

Amint a fenti áttekintés mutatja, noha a táplálkozás esszenciális az élethez, a táplálékfelvétel szabályozása tökéletlenségeket mutat, különösen a modern környezetben, súlyfelesleg megjelenésére veszélyeztetve az arra hajlamos egyéneket. Mindez azt eredményezi, hogy egyesek a testsúlyuk és táplálkozásuk tekintetében önszabályozást kísérelnek meg. Az evés önszabályozása rendszerint ellentétes az evés szabályozásával, ami számtalan nehézséget vet fel. Az emberek túlnyomó többsége számára az evés önszabályozása egyenlő a diétázással, és a táplálékbevitel önszabályozásának célja a súlycsökkenés elérése és/vagy megtartása, tehát a testsúly önszabályozása. A célok elérésére általában egynél több önszabályozási stratégia áll rendelkezésre, és a stratégiaválasztás gyakran anélkül történik, hogy gondolkodnánk annak implikációin az önszabályozás sikeressége szempontjából (Herman–Polivy 2004).

A táplálékbevitel önszabályozása igen sérülékeny. A következőkben bemutatunk néhány példát az önszabályozás elégtelenségét vagy kudarcát előidéző tényezőkre.

Herman és Mack (1975) klasszikus kísérletükben normál súlyú nőknél vizsgálták az étrendi előterhelésnek (preload) a későbbi evésre gyakorolt hatását. A résztvevők a kóstolási próbát megelőzően vagy nem kaptak vaníliaturmixot, vagy pedig kötelezően el kellett fogyasztaniuk egy vagy két turmixot. Az eredmények szerint sokan szabályozták a táplálékbevitelüket, azaz a kísérlet során a kóstolási próbán mutatott evés mennyisége fordított arányban állt az előterhelés (turmix) mennyiségével. Egyesek viszont többet ettek 1–2 turmix után, mint amikor egyáltalán nem volt előterhelés. Azt a jelenséget, miszerint az egyének nem reagálnak az előterhelés méretére és látszólag megfeledkeznek a belső jelzéseikről, Schachter és Rodin (1974, id. Herman–Polivy 2004) elhízott férfiaknál demonstrálta, ez a mintázat azonban a normál súlyúak esetében váratlan volt. Herman és Mack (1975) *ellenszabályozás*nak (counterregulation) nevezték el ezt az evési viselkedést. Értelmezésük szerint e rendhagyó csoport tagjai megpróbálják korlátozni a táplálékbevitelüket, a rájuk erőltetett turmix elfogyasztása azonban tönkretette ezt a próbálkozást, mert aláásta a korlátozó evők diétázásra való motivációját. A kalóriadús

előterhelés azért okozhat evési gátolatlanságot és túlevést, mert az előterhelés meggátolja a napi kalórialimit sikeres betartását. Ha pedig egyszer a diétát elrontották, akkor a személyek rendszerint azt gondolják, hogy a táplálékbevitel korlátozására irányuló további erőfeszítés hiábavaló (Herman–Polivy 2004).

Polivy (1976) kísérleti eredményei szerint nem az előterhelés tényleges kalóriatartalma határozza meg, hogy a diétázók elvesztik-e a kontrollt a táplálékbevitelük felett vagy sem, hanem az, hogy a diétázók mit *gondolnak* az előterhelés kalóriadússágával kapcsolatban. Azok a korlátozó evők, akik úgy hitték, hogy magas kalóriatartalmú pudingot fogyasztottak, nagyobb valószínűséggel váltak gátolatlanná az evés tekintetében, mint azok a korlátozó evők, akik alacsony kalóriatartalmúnak hitték a pudingot. Ez a mintázat függetlennek bizonyult a kalóriára vonatkozó hiedelem helyes vagy helytelen voltától. Ezt az eredményt más kutatásokban is megismételték, alátámasztva, hogy az előterhelés kognitív (és nem fiziológiai) mechanizmusokon keresztül működik, és a diétázók számításokat végeznek a kalóriatartalomra vonatkozóan (Herman–Polivy 2004).

A tiltott ételnek azonban már egy nagyon kis mennyisége is megtörheti a diétát. E jelenség összefügghet a diétával kapcsolatos mágikus elképzelésekkel, amelyek szerint bizonyos ételek tűrhetetlenek – bármely mennyiségben. Ha a követendő étrend nem engedi meg bizonyos ételek fogyasztását, akkor ezen ételek bármely mennyiségének elfogyasztása lerombolja a diétát és gátolatlanságot eredményez (Herman–Polivy 2004).

Az előterhelésnek puszta elővételezése is hatással lehet a táplálékbevitelre: korlátozó evőknél az előterhelés anticipációja a nap folyamán később gátolatlanságot és túlevést eredményezett (Ruderman et al. 1985).

Az előterhelés gátolatlanságot előidéző ereje olyan helyzetekben is megjelenik, amikor az előterheléssel csak találkozás történik, azonban elfogyasztás nem. Ha a diétázókat viszonylag hosszú ideig (pl. tíz percig) ízletes ételek illatának, látványának, esetleg gondolatának teszik ki, de nem követelik meg (vagy teszik lehetővé), hogy egyenek belőle, akkor nagyobb valószínűséggel túlesznek, amikor később ízletes ételekhez férnek hozzá (Fedoroff et al. 1997; Rogers–Hill 1989). Herman és Polivy (2004) érvelése szerint ebben az esetben az előterhelésnek való kitettség nem a napi kalóriakvóta meghaladása által teszi tönkre a diétát, hanem azáltal ássa alá, hogy az evésre való kilátást vonzóbbá teszi, mint a nem evés kilátását. Normális körülmények között a diétázó önszabályozó gátlása elegendő ahhoz, hogy a személy ellenálljon a kísértésnek. Néha azonban, akár a csábító ételjelek hosszan tartó ereje, akár a jel által indukált, fizikai szinten megjelenő sóvárgás, akár mindkettő miatt, az önszabályozás gátlása kudarcot vall.

Herman és Polivy (1975) azt feltételezték, hogy a szorongás ugyancsak aláássa a diétát, méghozzá a prioritások újrarendezése révén. A distresszel való megküzdés fontosabb, mint az étrend betartása, és az evés a megküzdés egy módja. A következő kutatási vonulat az emocionális distressz étrendi korlátozásra gyakorolt hatásának empirikus vizsgálatára irányult. A vizsgálatokat főként főiskolai hallgatónőkkel végezték. Sokféle laboratóriumi stresszor alkalmazásra került, mint pl. sokkfenyegetés, megoldhatatlan puzzle, egy hirdetési versike alkotása és előadása, beszéd tartása, kellemetlen videofilm

nézése, fokozatosan egyre kellemetlenebbé váló melléknevek olvasása. Az evést legtöbbször a kóstolásos próba álcájába bújtatták, de egyes esetekben a vizsgálati személyeket explicite felszólították az adott étel (pl. pattogatott kukorica) elfogyasztására, vagy egyszerűen megkínálták őket csokoládéval a kedélyállapotot módosító kísérleti manipuláció során. A korlátozás stresszindukálta evésre gyakorolt hatása konzisztensen megjelent számos vizsgálatban (Greeno–Wing 1994; Herman–Polivy 2004). Heatherton, Herman és Polivy (1991) eredményei arra is rávilágítottak, hogy a distressz bizonyos típusai (pl. énfenyegetés, úgymint kudarc egy könnyű feladat teljesítése során, nyilvános beszéd tartásának elővételezése) hatékonyabbak az evési gátolatlanság kiváltásában a korlátozó evőknél, mint mások (pl. fizikai fenyegetés, úgymint anticipált elektrosokk). Az emocionális distressz tehát – az előterheléshez hasonlóan – gátolja az önszabályozást, és az önszabályozás ezen megbontói helyettesíthetők egymással, azaz ha a diétázót előterhelték, akkor a szorongás nem eredményez további túlevést, illetve, ha a diétázó szorong, akkor az előterhelés nem eredményez további túlevést (Herman et al. 1987).

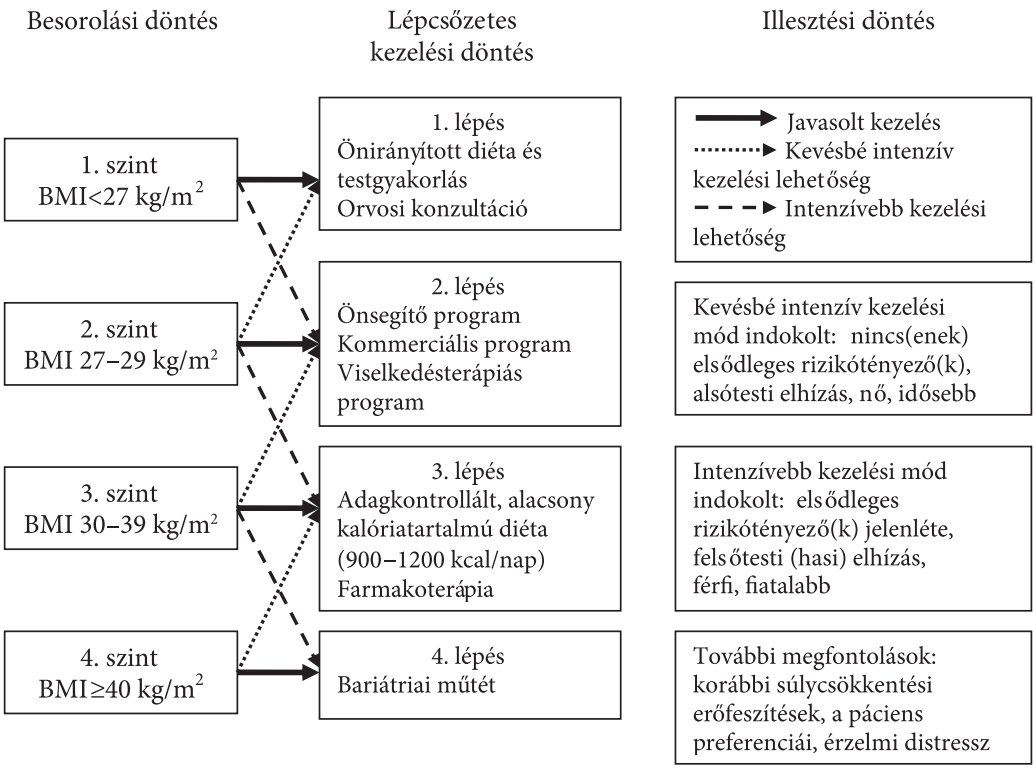
Az alkoholfogyasztás ugyancsak a táplálékbevitel önszabályozásának kudarcát idézheti elő (Herman–Polivy 2004), azonban az étrendi korlátozásra nem törekvők esetében is jelentős hatást gyakorolhat a táplálékbevitelre. Akár aperitifként, akár az étkezés során fogyasztva, az alkoholtartalmú italok növelik az aktuális étkezés során történő energiabevitelt (Caton et al. 2007). Az alkohol dózisfüggő hatást gyakorol az éhségérzetre, amely hozzájárul az étvágy növekedéséhez és ezáltal a fokozott kalóriabevitelhez (Caton et al. 2004). Az alkohol a kedvelt és nem különösképpen kedvelt ételek fogyasztását egyaránt megnöveli. Az étel ízletessége nem fokozza az alkohol étvágy- és táplálékbevitelt növelő hatását, és az alkohol sem fokozza az étel ízletességének élményét (Caton et al. 2005).

A testsúlycsökkentés módszerei

Az elhízás kezelését számos tényező nehezíti. Ezek egyike, hogy a túlsúlyos, illetve elhízott személyek többnyire nem a súlyfeleslegük, hanem a kísérőbetegségek miatt kerülnek az egészségügyi ellátórendszerbe. Az „elhízás" formális diagnózisa is ritkán születik meg, ami csökkenti a kezelési terv kidolgozásának valószínűségét (Thompson et al. 2007). Sajnálatos módon az egészségügyben is alátámasztást nyert az elhízással kapcsolatos negatív attitűdök jelenléte (Puhl–Brownell 2001; 2003). A negatív diszkriminációt mindenképpen el kell kerülni, mert olyan orvos-beteg interakciókhoz vezethet, amelyek rombolhatják a páciensek önértékelését és visszatarthatják az elhízott betegeket az egészségügyi ellátás keresésétől (Foster 2003). Ugyancsak nehezítő tényező a laikusok (és gyakorta a szakemberek) körében elterjedt nézet, miszerint a testsúlyszabályozás kizárólag az egyénen múlik: pusztán önuralom, önkontroll (illetve „akaraterő") kérdése. Ez az elképzelés egyrészt felmenti a társadalmat a súlyfelesleg kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó szociokulturális

hatások felelőssége alól, másrészt az elhízott egyének hibáztatásához vezet, ami viszont az elhízással kapcsolatos negatív előítéleteknek és diszkriminációnak szolgál táptalajul (Kumanyika 2007).

Számos súlycsökkentő kezelési mód és stratégia létezik (Thompson et al. 2007; Wadden–Osei 2004). A kezelésválasztás algoritmusának *(1. ábra)* alapja a súlyfelesleg mértéke és az elhízás kísérőbetegségeinek jelenléte, azonban számos további jellemző is mérlegelésre kerül az optimális kezelési mód kiválasztásának elősegítése érdekében, mint például a páciens neme, életkora, elhízásának típusa, korábbi súlycsökkentési próbálkozásai, személyes preferenciái (Foster 2003; Wadden et al. 2002; Wadden–Osei 2004).



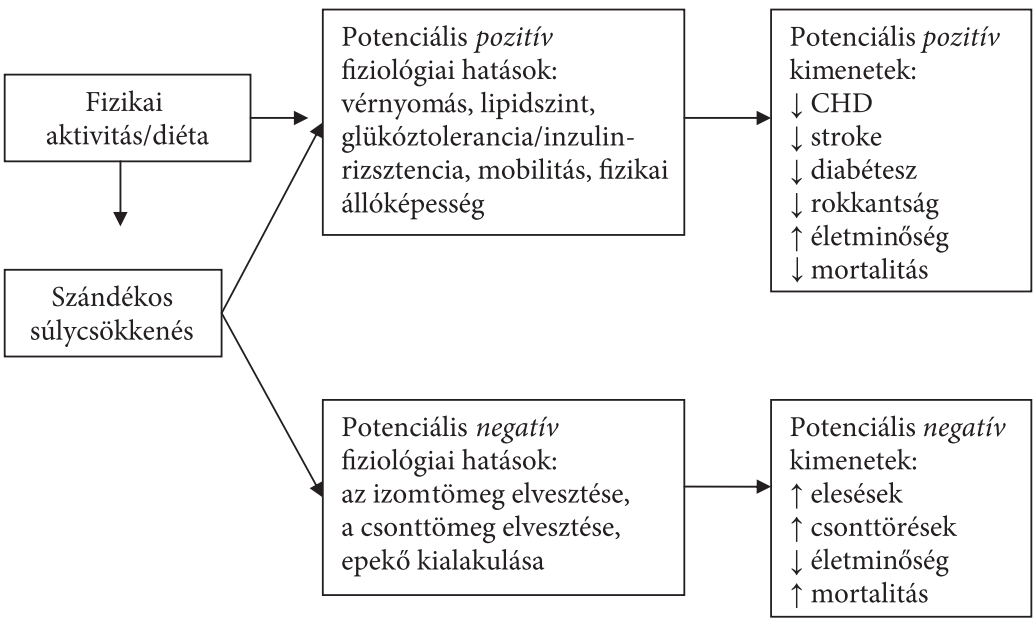
1. ábra. A kezelésválasztás algoritmusa (Wadden et al. 2002, 514 nyomán)

A kezelés sikeressége szempontjából jelentős, de mindeddig kevéssé kutatott tényező a kezelési mód és a páciens közötti illeszkedés jósága (Fabricatore 2007). Egyesek hangsúlyozzák továbbá a kezelés adott személyre való alakításának, azaz személyre szabottá tételének fontosságát is (pl. Cooper et al. 2003; Fabricatore 2007).

A hatékony programok folyamatos támogatást nyújtanak, reális súlycélt tűznek ki és ellenőrzik a kezelés hatásait. A hosszú távú nyomon követés elősegíti a visszahízás elkerülését (Wilding 2007).

A professzionális súlycsökkentő kezelések korábban az ideális testsúly elérését tűzték ki, ami azonban irreálisnak, a gyakorlatban nehezen megvalósítható célnak bizonyult (Wadden et al. 2002). Az epidemiológiai kutatások eredménye szerint a mérsékelt, 5–10%-os súlycsökkenés statisztikailag és klinikailag szignifikáns javulással jár együtt számos egészségi paraméter (pl. koleszterin, vérnyomás, vércukorszint) tekintetében (Gregg–Williamson 2004; *2. ábra*), ezért az elhízás kezelésére szolgáló programok céljának manapság az 5–15%-os fogyás elérése ajánlott (Wadden et al. 2002). Az ennél nagyobb mértékű súlycsökkenés kitűzése a műtét előtt álló, súlyosan elhízottak esetében lehet indokolt (Wilding 2007).

A következőkben áttekintjük az elhízás kezelésének empirikusan alátámasztott és újabb, ígéretes megközelítéseit, beleértve az életmódváltozással kapcsolatos módszereket és az orvosi kezelés módszereit.



2. ábra. A szándékos súlycsökkenés hatása a betegségek kialakulására és a mortalitásra (Gregg–Williamson 2004, 126 nyomán)

Életmód-változtatás

A súlycsökkenés eléréséhez hosszú távú negatív energiamérleg kialakítására van szükség, azaz az energiabevitelnek tartósan az energiafelhasználás mértékén alul kell maradnia. A negatív energiamérleg elvben akár az energiabevitel csökkentése (diéta), akár az energiafelhasználás növelése (fizikai aktivitás) révén megvalósítható, azonban a két megközelítés kombinációja különösen hatékony lehet.

Diéta

A diéta célja az energiabevitel csökkentése. Ez számos módon elérhető, mint például bizonyos makrotápanyagok fogyasztásának csökkentésével; az ételadagok méretének csökkentésével; az energiasűrűség csökkentésével; esetleg a fehérje-, zöldség-, illetve gyümölcsfogyasztás arányának növelésével (Thompson et al. 2007).

Kalóriatartalom szempontjából az alábbi diétákat különböztethetjük meg (Melanson–Dwyer 2004; Stevens et al. 2007): A teljes éhezés, az ún. *nullkalóriás diéta* nem alkalmazható orvosi felügyelet nélkül, és fokozottan igényli a vitamin- és ásványianyag-pótló táplálékkiegészítők alkalmazását. Számtalan kedvezőtlen egészségügyi hatással bír, mint például a zsírmentes testtömegből történő nagymértékű fogyás; kedvezőtlen metabolikus változások (pl. diurézis, ketózis); az elektrolitegyensúly zavara. A nyugalmi alapanyagcsere drámaian csökken, ami megnehezíti a súlycsökkenést. Noha korábban hazánkban is alkalmazták, a fellépő komplikációk tükrében jelenleg a nullkalóriás diéta semmilyen körülmények között nem javasolt (Melanson–Dwyer 2004). A *nagyon alacsony kalóriatartalmú* (<800 kcal) *diéta* BMI≥30 kg/m^2 esetében ajánlott. Előnye, hogy azonnali beavatkozást igénylő, súlyos egészségi kockázat esetében gyors súlycsökkenést eredményez. Alkalmazásakor ugyancsak szükséges a vitaminok és egyes ásványi anyagok (vas, kalcium) pótlása. Javasolt az orvosi felügyelet és a kezelés részeként a fizikai aktivitási terv kidolgozása, valamint a megfelelő evési szokások kialakítása. Hátránya a nyugalmi alapanyagcsere csökkenése, ami letargiaérzést és fáradtságot eredményezhet. Az *alacsony kalóriatartalmú* (800–1200 kcal) *diéta* 27–35 kg/m^2 közötti testtömegindexű személyek számára ajánlott. Előnye, hogy számottevő metabolikus változások és kedvezőtlen mellékhatások nélkül vezet súlycsökkenéshez. A vitamin- és ásványianyagpótlás ez esetben is indokolt lehet. E megközelítés keretében sikerrel alkalmazzák a strukturált étkezési terveket és a folyékony étkezéshelyettesítőket. A nagyon alacsony kalóriatartalmú és alacsony kalóriatartalmú diéták rövid és hosszú távú hatékonyságát összehasonlító randomizált kontrollcsoportos vizsgálatok eredménye szerint rövid távon a nagyon alacsony kalóriatartalmú diéta nagyobb súlycsökkenést eredményez ugyan, hosszú távon azonban a nagyon alacsony kalóriatartalmú diétában részesülők nagyobb mértékben híznak vissza, így az utánkövetésnél gyakorlatilag nincs különbség a kétféle diétával kezelt személyek súlycsökkenése között (Wadden–Osei 2004). Az 1200 kalóriát meghaladó étrendeket *kiegyensúlyozott deficitdiétá*nak (balanced-deficit diets) szokták nevezni. E megközelítés előnye, hogy a magasabb kalórialimit könnyebbé teszi a diéta betartását, minimalizálja a nemkívánatos metabolikus mellékhatásokat és megszünteti a speciális ételek szükségességét. Legfőbb hátránya, hogy a súlycsökkenés üteme valamivel lassúbb, ezért a motiváció, a türelem és az együttműködés idővel lanyhulhat (Melanson–Dwyer 2004).

A köztudatban időről időre újabb és újabb csodamódszerek jelennek meg, mint például a 90 napos, a szétválasztó, a lúgosító diéták vagy a káposztaleves-kúra. Ezek a populáris diéták rendszerint híjával vannak a tudományos alapoknak és bizonyítékok-

nak, ráadásul kifejezetten veszélyesek, az egészségre ártalmasak lehetnek, például a kiegyensúlyozatlan táplálkozás keltette hiánybetegségek vagy a diéta feladását követő visszahízás (jojó-effektus) révén.

Az étrend összetétele tekintetében léteznek tudományosan megalapozottabb diéták is, mint például az Atkins-diéta (alacsony szénhidrátfogyasztás), zóna-diéta (magas fehérje- és alacsony szénhidrátbevitel), vagy az Ornish-diéta (nagyon alacsony zsírbevitel). Néhány hónap után elképzelhetők ugyan különbségek az e diétákat követők súlycsökkenésének mértéke tekintetében, hosszú távon (pl. egy év) azonban rendszerint nem mutatkozik szignifikáns különbség az elért fogyásban (Dansinger et al. 2005; Thompson et al. 2007). Úgy tűnik tehát, hogy a súlycsökkenés elérése szempontjából a kalóriatartalom számít, a diéta makrotápanyag-összetétele nem bír különösebb jelentőséggel. Ugyanakkor az elért fogyás hosszú távú megtartásához olyan étrend követése javasolt, amelyben a makrotápanyagok aránya a következőképpen alakul: 20–35% zsír, 45–65% szénhidrát, valamint 10–35% fehérje (Stevens et al. 2007).

Stevens és munkatársai (2007) kidolgozták az ún. „10-C" módszert, amely magában foglalja azokat a kulcsjellemzőket, amelyeket tekintetbe kell venni a súlycsökkentést célzó diéták értékelése során *(1. táblázat)*. Valamennyi jellemző egyazon fontosságú. Ha ez a tíz jellemző teljesül, akkor mind az egészségügyi szakemberek, mind pedig a diétázók biztosak lehetnek abban, hogy az adott súlycsökkentő diéta biztonságos, hatékony és táplálkozási szempontból megfelelő.

1. táblázat. „10-C" módszer: a népszerű súlycsökkentő diéták értékelésének kritikus szempontjai (Stevens et al. 2007, 22 nyomán)

1. *Kalóriatartalom:* A bevitt kalória és a (nyugalmi alapanyagcsere és fizikai aktivitás alapján megbecsült) energiaszükséglet különbsége meghatározza a kalóriadeficitet. Napi 500 kcal energiadeficit heti 0,45 kg fogyást eredményez.
2. *Összetétel:* Szükséges az étrend összmakrotápanyag-tartalmának, az egyes makrotápanyagok (szénhidrát, fehérje, zsír) arányának, mikrotápanyag-tartalmának (vitaminok és ásványi anyagok), elektrolit-, valamint folyadékbevitelének felmérése a szükségletek kielégítésének meghatározása céljából.
3. *Az egyidejűleg jelen lévő egészségi problémákkal való megbirkózás:* Szükséges tekintetbe venni az egészségi problémákkal (pl. magas vérnyomás, hiperlipidémia, diabétesz) kapcsolatos ajánlásokat.
4. *Folyamatos ellátás a hosszú távú súlymegtartás érdekében:* Az elért fogyás hosszú távú megtartása alapvető a kedvező egészségügyi következmények biztosításához. A pszichológiai és a társas támogatás hozzájárul a súlymegtartás optimalizálásához.
5. *Tartalmazza az egészséges testsúlymenedzselés valamennyi lényegi komponensét,* úgymint a fizikai aktivitással kombinált, alacsony kalóriatartalmú étrend, pszichológiai támogatás, valamint viselkedésmodifikációs technikák.

6. *Felhasználóbarát, fogyasztóbarát megközelítés:* Ésszerű, mérsékelt folyamatok és hedonikus jelleg szükséges a csökkentett kalóriatartalmú étrend betartásához.
7. *Költség:* Tekintetbe kell venni a súlycsökkentő program és az étrend árát, különösen akkor, ha a program speciális ételeket, italokat, táplálékkiegészítőket, sportfelszereléseket, tagságot, orvosi viziteket stb. igényel.
8. *Az étrendi irányelvekkel történő összevetés:* A táplálkozási piramis ajánlásainak betartása biztosítja a táplálkozási szempontból megfelelő étrendet, ami szükséges a testsúlyt megtartó diétához.
9. *Józan ész teszt:* A vonatkozó irodalom szövegének és olvashatóságának értékelése. Általánosságban a nyújtott információnak ésszerűnek és könnyen olvashatónak kell lennie.
10. *Személyre szabottság:* Mivel az egyének számtalan tekintetben különböznek egymástól, a súlycsökkentési tervnek nemcsak a fiziológiai tényezők (pl. magasság, testsúly, életkor, nem), hanem a társas és pszichológiai jellemzők mentén is egyénre szabottnak kell lennie.

A diéta során merev táplálkozási szabályok helyett érdemes inkább rugalmas táplálkozási alapelveket követni. Az egyes ételtípusok tiltása kerülendő, ugyanis a tiltás a sóvárgás fokozódásával és az adott étel hedonikus értékének megnövekedésével jár együtt, ami arra veszélyeztetheti a személyt, hogy bizonyos helyzetekben mégiscsak egyen, esetleg túlegyen a tiltott ételből. Mindez veszélyezteti a további étrendi korlátozásra irányuló törekvést. A mintaétrendek követése helyett érdemes hangsúlyt helyezni az egyéni ételpreferenciákra (Cooper et al. 2003).

Igen hatékony megközelítés az energiasűrűség (kcal/g) csökkentésére való törekvés. Az emberek nagyjából állandó mennyiségű ételt esznek, így az elfogyasztott ételek energiasűrűsége befolyásolja az energiabevitelt. Ugyanazon mennyiségű energia elfogyasztásához az alacsony energiasűrűségű ételből nagyobb, jobban eltelítő mennyiségű adagot ehetünk meg. Ha alacsony energiasűrűségű étrendet követünk, akkor az ételadagok szigorú korlátozása nélkül csökkenthetjük a kalóriabevitelünket, ezáltal elkerülhetővé válik mind az étel minőségével és mennyiségével való elégedetlenség érzése, mind pedig az éhségérzet (Ledikwe et al. 2007).

A diéta pontos betartását segíti a nap étkezéseinek megtervezése, a kalóriabevitel folyamatos számolása a nap során, valamint a potenciálisan fellépő problémák (pl. vacsoramegh ívás) kezelésére való készenlét (Cooper et al. 2003).

A hosszú távú testsúlyszabályozás szempontjából el kell különíteni a súlycsökkentés és a testsúlymegtartás fázisát. Az előbbi tartós energia*deficit*et igényel, az utóbbi viszont tartós energia*egyensúly*t. Ez azt jelenti, hogy a súlymegtartás során valamivel több kalóriát vehetünk magunkhoz, mint a fogyási fázisban, azonban a kalórialimit meghatározását nagy körültekintéssel kell végezni, ugyanis a súlycsökkenés eredményeképpen kompenzatórikus fiziológiai folyamatok jelennek meg, továbbá az alapanyagcsere energiaigénye is alacsonyabb lesz (Cooper et al. 2003; Stevens et al. 2007). Mindez azt implikálja, hogy a súlymegtartás során mindenképpen el kell kerülni a súlycsökkentő erőfeszítéseket megelőző időszakot jellemző kalóriabevitelhez való visszatérést, mivel ez törvényszerűen pozi-

tív energiaegyensúlyhoz, ezáltal fokozatos súlygyarapodáshoz és végső soron visszahízáshoz vezet. Egészségi szempontból sokkal előnyösebb a szerény mértékű, de tartós súlycsökkenés, mint a nagymértékű fogyás, amit azonban visszahízás követ. Sőt, ez utóbbi folyamat kifejezetten káros lehet az egészségre nézve (Stevens et al. 2007).

Fizikai aktivitás

A fizikai aktivitás növelése kritikus szerepet játszik az elhízás kezelésében. Hangsúlyozandó azonban, hogy rövid távon a fizikai aktivitás növelése csak minimális hatással van a fogyásra, hosszú távon viszont az egyik legjobb előrejelzője az elért súlycsökkenés megtartásának (Wadden et al. 2005; Jones–Wadden 2006).

A túlsúlyos és különösen az elhízott emberek többnyire inaktívak. Egyeseket a súlyfeleslegük (és néha más egészségi probléma is) olyannyira korlátozza, hogy képtelenek akár a gyaloglásra is. A kellemetlen, stigmatizáló gyermekkori élmények talaján sokan még az aktivitás elképzelését is kínosnak és kellemetlennek találják, ezért nem hajlandóak nyilvános helyen testgyakorlást végezni (Buckroyd–Rother 2007). Ez azért különösen sajnálatos, mert a fizikai aktivitás – különösen az állóképesség típusú, elegendő intenzitással, időtartamban és gyakorisággal végzett testgyakorlás – kedvező hatással van a teljes zsírtartalomra és a testzsír eloszlására. A diétázás során ugyanis a fogyásnak akár több mint 50%-a a zsírmentes testtömegből történik. Ez az izomerő elvesztését eredményezi, ami felerősíti a fáradtság érzését. Mindez káros hatással lehet a hosszú távú, sikeres testsúlymenedzselésre. Ezzel szemben az állóképesség, illetve az erőnlét típusú edzés esetében csökken a diétaindukálta, zsírmentes testtömegből történő fogyás, különösen akkor, ha alacsony vagy mérsékelt energiakorlátozású étrenddel kombinálva alkalmazzák. Emellett a testgyakorlás elősegíti a zsírtömeg csökkenését a fogyás során, hozzájárulva a testösszetétel kedvező változásaihoz (McInnis et al. 2003).

A rendszeres fizikai aktivitásnak továbbá jelentős egészségi előnyei is vannak, mint például a lipidszint, a vérnyomás, az inzulinrezisztencia csökkenése, vagy akár a csontritkulás kockázatának csökkenése. A rendszeres fizikai aktivitás és az ebből származó fittség még akkor is számtalan egészségi előnnyel járhat, ha az elhízott személyek nem fogynak (Rippe–Hess 1998). A fizikai aktivitás növelése még akkor is csökkenti a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás kockázatát, ha a személy testtömegindexe a normális súlytartomány felett marad (Jones–Wadden 2006). A megnövekedett kardiovaszkuláris edzettség és nagyobb izomerő javíthatja az elhízott emberek mobilitását, funkcionális képességeit és életminőségét. Emellett növekszik a pszichológiai jóllét is, beleértve a stressz, szorongás, depresszió érzésének csökkenését és az alvási mintázatok javulását (McInnis et al. 2003). A súlyfelesleggel bíróknak tehát az egészségük javítása érdekében növelniük kellene a fizikai aktivitásukat, függetlenül annak a testsúlyukra gyakorolt hatásától (Blair–Leermakers 2004; Jones–Wadden 2006).

A diétát, testedzést és ezek kombinációját összehasonlító vizsgálatok eredménye azt mutatja, hogy a kezdeti fogyás elérésében a diéta hatékonyabb a testedzésnél (McInnis et al. 2003), ugyanakkor a csökkentett kalóriabevitel testedzéssel történő kombinálásával jobb fogyási eredményt lehet elérni, mintha csak az egyik stratégiát alkalmaznánk (Orzano–Scott 2004).

A *Dietary Guidelines for Americans 2005* a testsúllyal, illetve egészséggel kapcsolatos célok alapján a fizikai aktivitás különböző szintjeit ajánlja. Eszerint a krónikus betegségek kockázatának csökkentése céljából minden felnőttnek legalább harmincperces, mérsékelt intenzitású fizikai aktivitást kellene végeznie a hét legtöbb napján. A súlykontrollra vagy az egészségtelen testsúly kialakulásának megakadályozására törekvőknek legalább hatvanperces, mérsékelt, illetve erős intenzitású fizikai aktivitás javasolt a hét legtöbb napján. A fogyás fenntartására pedig 60–90 perces mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás ajánlott a hét legtöbb napján (Fabricatore 2007). Részletesen lásd a kötet fizikai aktivitással foglalkozó fejezetét (Hevesi–Urbán 2011).

A formális testgyakorlás előírása azonban a nagyfokú súlyfelesleggel bíró és/vagy inaktív elhízott pácienseknél nem célravezető. Ráadásul a tradicionális, formalizált testgyakorlás ajánlása számos akadályba ütközhet, mint amilyen például a szégyenlősség, az időhiány, a társas támogatás hiánya, a sportolási lehetőségekhez való hozzáférés hiánya, vagy akár a zord időjárás. Ezen akadályok leküzdésére megjelent az életmód aktivitás megközelítés, amely a formális aktivitás (testedzés) alternatíváját képviseli a fizikai aktivitás növelése tekintetében (Dunn et al. 1999). E megközelítés lényege, hogy arra bátorítjuk a személyeket, a mindennapjaik során keressék a lehetőséget a mozgásra és energiafelhasználásra, akár még rövid időtartamra is (pl. séta a következő buszmegállóig, a lépcső használata), azzal a céllal, hogy a nap folyamán összegyűjtsék a szükséges aktivitás mennyiségét (Dunn et al. 1999; Jones–Wadden 2006). A legalább tízperces időtartamban végzett fizikai aktivitások összeadódnak a nap folyamán. Egy harmincperces séta hatása megegyezik három rövidebb, tízperces séta hatásával (Blair–Leermakers 2004). A rövidebb időtartamú aktivitások könnyebben beilleszthetők a mindennapi életbe.

Az életmód aktivitásra példa a lépcsőhasználat, amelynek előnyei több ízben alátámasztást nyertek. Kimutatták például, hogy a lépcsőzés a nyugalmi állapotnál 8,6-szer nagyobb energiafelhasználást eredményez. Egy középkorú férfiakkal végzett, tíz évig tartó prospektív kutatás eredményei szerint pedig napi hét perc lépcsőzés kétharmadával csökkenti a szívkoszorúér-betegség incidenciáját (Eves et al. 2006).

A randomizált kontrollcsoportos vizsgálatok eredményei szerint az életmód aktivitás növeli az állóképességet, és ugyanolyan hatékony a jótékony változások előidézésében a kardiorespirátoros edzettség, a vérnyomás és a testösszetétel tekintetében, mint a strukturált, formális testgyakorlás (Dunn et al. 1999). Az életmód aktivitást folytatók emellett jobban megtartják az elért fogyást, mint a programozott testedzésben részesült társaik (Andersen et al. 1999).

Az életmódaktivitás-megközelítés előnye, hogy alkalmazásával feltételezhetően kisebb ellenállásba ütközünk az elhízottak részéről. Emellett az ilyen jellegű tevékeny-

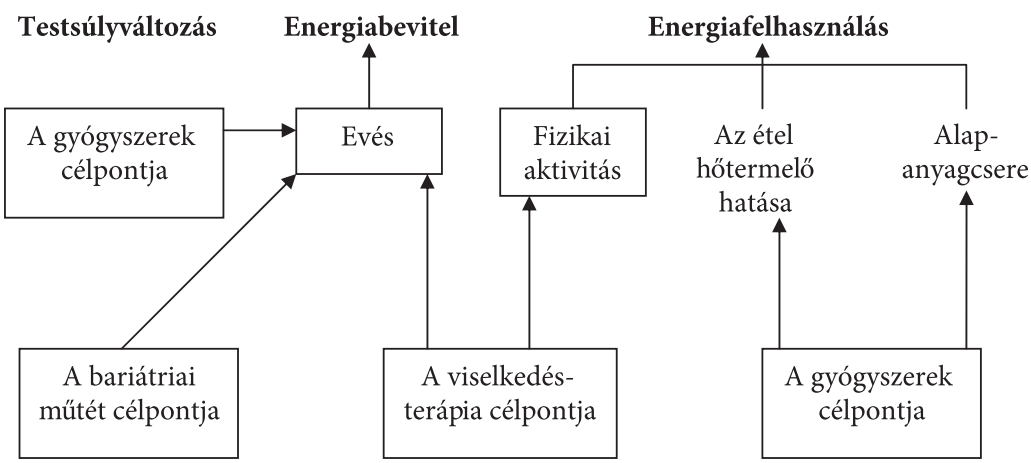
ségeket kevésbé megterhelőnek vagy kínosnak érezve nagyobb valószínűséggel fognak bele a fizikai aktivitásuk növelésébe, ami a korábban említett jótékony egészségi hatások mellett sikerélményt és énhatékonyság-élményt is nyújthat, megteremtve az alapot ahhoz, hogy a megemelkedett fizikai aktivitás valóban a mindennapi élet részévé váljon, elősegítve ezzel a hosszú távú sikeres testsúlyszabályozást.

Orvosi (medikális) intervenció

FARMAKOTERÁPIA

Az elhízás kezelésére a 19. század vége óta próbálnak gyógyszeres megoldást találni. Az elmúlt évszázad során számos gyógyszert bevetettek, a legtöbb esetben azonban előbb-utóbb jelentős káros mellékhatások léptek fel. A pajzsmirigyhormon alkalmazása például pajzsmirigy-túlműködéshez vezetett, az amfetamin pedig függőséghez. A fenfluramin-fentermin hatóanyag-kombinációja szívbillentyűzavart eredményezett (Bray 2004). Az elmúlt évtizedben több gyógyszer, illetve hatóanyag is kivonásra került, legutóbb a korábban nagy sikerrel alkalmazott és sokat kutatott sibutramin (Pados 2010).

Az energiabevitel és energiafelhasználás mérlege elméleti keretet nyújt a gyógyszerek (és más megközelítések) elhízás kezelésében történő alkalmazásához (ún. nutrient balance-feedback model, Bray 2004; lásd *3. ábra*). A gyógyszerek 1. csökkenthetik a táplálékbevitelt (ezek a noradrenerg, illetve a szerotonerg receptorokon keresztül fejtik ki hatásukat); 2. megváltoztathatják az anyagcserét (ezek irányulhatnak a felszívódás előtti és a felszívódás utáni folyamatokra egyaránt); 3. és/vagy növelhetik az energiafelhasználást (ez utóbbiakkal kapcsolatban egyelőre csak szórványosan állnak rendelkezésre adatok) (Bray 2004).



3. ábra. A gyógyszeres (és a többi bizonyítékalapú) kezelés célpontjai az energiaegyensúly-modellben (Bray 2004, 319 nyomán)

A farmakoterápia elhízottak (BMI≥30 kg/m^2) számára ajánlott, azonban kísérőbetegségek jelenléte esetében alkalmazásuk már 27–30 kg/m^2 között is indokolt lehet (Bray 2004; Padwal et al. 2003). A gyógyszeres kezelés előírására vonatkozó mechanikus döntés helyett javasolt figyelembe venni az alábbi ajánlásokat (Snow et al. 2005): 1. Minden elhízottnak életmód-változtatást és viselkedésmodifikációt (megfelelő étrend és testmozgás) kell javasolni, és a fogyás céljait egyénileg kell meghatározni. E célok nemcsak a súlycsökkenés mértékére vonatkoznak, hanem más paramétereket is felölelnek (pl. a vérnyomás vagy az éhomi vércukorszint csökkentése). 2. A farmakoterápia azon elhízottak számára ajánlott, akik a diéta és a testmozgás növelése révén nem tudják teljesíteni a fogyási célokat. A kezelés megkezdése előtt szükséges a páciens megfelelő tájékoztatása a gyógyszerek mellékhatásairól és a hatás időlegességéről. 3. A gyógyszer, illetve hatóanyag választása a mellékhatásprofil és a páciensek mellékhatás-toleranciájának mérlegelése alapján történjen.

Az elmúlt évtizedek során több hatóanyag is forgalomban volt, és jelenleg is intenzív kutatás folyik az újabb gyógyszerek kifejlesztése érdekében (Hofbauer et al. 2004). Hatásmechanizmusuk tekintetében a gyógyszerek két fő csoportra bonthatók: 1. egyesek a központi idegrendszert célozzák meg és étvágycsökkentő, telítettségnövelő vagy termogenezist fokozó hatással bírnak; 2. mások a bélrendszert célozzák meg és gátolják a zsír felszívódását (ún. lipáz inhibitorok) (Halmy 2008; Padwal et al. 2003; Snow et al. 2005). Az amerikai gyógyszer-engedélyezési és -felügyeleti szerv (Food and Drug Administration; FDA) egyetlen súlycsökkentő gyógyszer alkalmazását sem engedélyezi két évnél tovább (Thompson et al. 2007).

A súlycsökkentő gyógyszerek hatékonyságával kapcsolatban több metaelemzés, illetve szisztematikus áttekintés született az elmúlt évtizedben. Az egyik legkorábbi metaanalízisbe (Haddock et al. 2002) az FDA által korábban, illetve aktuálisan engedélyezett gyógyszereket alkalmazó, 108 randomizált kontrollcsoportos vizsgálatot vonták be. A metaelemzés eredményei szerint a gyógyszerek által produkált hatásméret összességében közepes erősségű. Nagy hatásméret (Cohen d>0,80) négy hatóanyag (amfetamin, benzfetamin, fenfluramin és sibutramin) esetében jelent meg. A gyógyszerrel kezeltek esetében azonban a súlycsökkenés mértéke egyszer sem haladta meg a négy kg-ot a placebocsoport súlycsökkenéséhez képest. Egyik gyógyszer vagy gyógyszercsoport hatékonysága sem mutatott nyilvánvaló fölényt a többihez képest.

Li és munkatársai (2005) metaanalízisében 79 olyan randomizált kontrollcsoportos vizsgálat került elemzésre, amely a gyógyszeres kezeléssel párhuzamosan diétát is magában foglalt. Eredményeik szerint a sibutramin, az orlistat és a fentermin diétával kombinálva elősegíti a súlycsökkenést legalább hat hónapig. Három további hatóanyag (fluoxetin, bupropion és topiramat) esetében is valószínűsítették ezt a megállapítást. Az ezeknek a gyógyszereknek köszönhető additív súlycsökkenés egyéves utánkövetésnél öt kg-nál kevesebb, mindazonáltal klinikailag jelentős lehet.

Hazánkban jelenleg egyedül a lipáz inhibitor orlistat hatóanyag alkalmazása engedélyezett, amely a bevitt zsír megközelítőleg 30%-át nem engedi felszívódni és ezáltal

lebontani. Az orlistat előnye, hogy alkalmazása esetében a mérsékelt súlycsökkenés mellett számos további kedvező hatás jelenik meg, mint például az alacsony sűrűségű lipoprotein (LDL-koleszterin), a vércukorszint és az inzulinszint csökkenése (Thompson et al. 2007). Azonban jelentős gasztrointesztinális mellékhatásokkal jár együtt (Li et al. 2005).

Az elhízás gyógyszeres kezelése kapcsán összefoglalóan elmondható, hogy a gyógyszerek szerepe igen ellentmondásos az elhízás kezelésében. Az általuk elérhető súlycsökkenés csak mérsékelt, legfeljebb 5–10%, ugyanakkor a gyógyszeres kezelés abbamaradásával rendszerint visszahízás következik be. Ráadásul a gyógyszerek hosszú távú alkalmazásának biztonságossága nem alátámasztott (Thompson et al. 2007).

MŰTÉTI KEZELÉS

A műtéti eljárás morbid elhízottak (BMI≥40 kg/m^2) esetében indokolt, illetve másodfokú elhízottaknál (BMI = 35–39,9 kg/m^2) komorbid betegségek jelenléte esetében, de csak akkor, ha a korábbi, más típusú súlycsökkentési erőfeszítések sikertelennek bizonyultak. E megközelítés bizonyítottan hatékony a kóros elhízás hosszú távú kontrolljában (Pories–Beshay 2002). A műtéti kezelést azonban egyrészt nem szabad izoláltan alkalmazni, másrészt hatása nagymértékben javítható az életmód-változtatás révén (Latifi et al. 2004).

Az elhízás műtéti kezelése (bariátriai műtétek) az 1950-es években kezdődött, így viszonylag fiatal szakterület. Az évek során több műtéti eljárás alakult ki, a korábbi változatok módosítása, illetve továbbfejlesztése révén. A nyitott műtétek mellett megjelentek a minimálisan invazív, laparoszkópos eljárások. Ez utóbbiak kapcsán egyelőre nincsenek hosszú távú eredmények, azonban alkalmazásuk esetében a nyitott műtétekhez képest várhatóan rövidebb a kórházi tartózkodás ideje, kisebb a posztoperatív fájdalom és alacsonyabb a hegsérv kialakulásának kockázata (Latifi et al. 2004).

Hatásmechanizmusuk tekintetében a műtéti beavatkozások két fő kategóriába sorolhatók: felszívódást gátló (malabszorptív) és szűkületképző (restriktív) eljárások. Léteznek e két módszert kombináltan alkalmazó eljárások is, ezek a kombinált szűkületképző és felszívódást gátló beavatkozások (Grilo 2006; Pories–Beshay 2002).

Buchwald és munkatársai (2004) metaelemzésének eredménye szerint a bariátriai műtét a súlyfelesleg átlag 61%-ának elvesztését eredményezi. Az egyes műtéti eljárások között variabilitás mutatkozik a hatékonyságot illetően. A testsúly 1–2 év után rendszerint stabilizálódik, és jól megtartott a hosszú távú (5–10 éves) utánkövetésnél (Grilo 2006; Latifi et al. 2004; Wadden–Osei 2004).

A bariátriai műtétek a fogyás mellett jelentős egészségi és pszichoszociális előnnyel járnak együtt, mint például a 2-es típusú diabétesz incidenciájának jelentős csökkenése, a szisztolés és diasztolés vérnyomás csökkenése, a magas vérnyomás megszűnése vagy legalábbis jelentős javulása, a szérum lipidszint csökkenése, a lipidprofil javulása, az obstruktív alvási apnoé tüneteinek mérséklődése, az énkép pozitívabbá válása, az életminőség javulása (pl. Buchwald et al. 2004; Latifi et al. 2004; Torgerson–Sjöström 2002). Kiemelendő továbbá a műtéti eljárások költséghatékonysága (Grilo 2006).

A műtétek sikerességéhez és a posztoperatív komplikációk elkerüléséhez azonban elengedhetetlen, hogy a páciensek csodavárás helyett jelentős és tartós változtatásokat vigyenek véghez a táplálkozási szokásaik tekintetében (pl. bizonyos étel- és italtípusok fogyasztásának visszaszorítása, az étkezések ütemezésének átalakítása, az ételadagok méretének csökkentése).

Pszichológiai intervenció

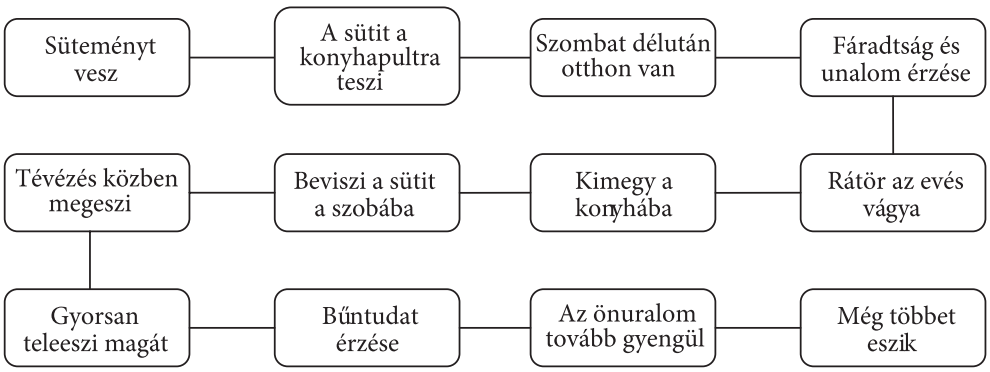
VISELKEDÉSTERÁPIA

Az elhízás viselkedésterápiás megközelítését az 1960-as években fejlesztették ki, majd tovább finomították és kognitív elemekkel bővítették (Wing 2004). Kulcsjellemzője, hogy célorientált, folyamatorientált, a táplálkozási és fizikai aktivitásbeli viselkedés közvetlen módosítására irányul, továbbá a kis lépésekben történő változtatásokat támogatja (Jones–Wadden 2006; Laessle 2005). Átfogó megközelítéssé vált, amely számos komponenst foglal magában, pl. önmonitorozás (azaz a táplálkozás, fizikai aktivitás és testsúly önmegfigyelése), ingerkontroll, problémamegoldás, kognitív újrastrukturálás, társas támogatás, táplálkozási edukáció, a fizikai aktivitás növelése, kontingenciamegerősítés, relapszusprevenció (Jones–Wadden 2006; Wadden–Osei 2004; Perczel Forintos–Czeglédi 2009).

A viselkedésterápia a viselkedés funkcionális elemzésén alapul. A táplálkozási és aktivitásbeli szokások elemzésének célja, hogy meghatározzák ezek kapcsolatát más eseményekkel, beleértve az időpontokat, helyeket, emóciókat, kogníciókat és más személyeket (Laessle 2005). Cél a súlyproblémához hozzájáruló étkezési, aktivitásbeli és gondolkodási szokások azonosítása (Wadden–Butryn 2003). A testsúlyt azonban a viselkedéses tényezők mellett más tényezők is befolyásolják, pl. genetikai, metabolikus és hormonális hatások. Ezek hízásra prediszponálhatnak, illetve meghatározhatják az elérhető súlytartományt. A viselkedéses kezelés segít az elhízott személyeknek azon készségek készletének kialakításában (pl. alacsony kalóriatartalmú étrend, fizikailag aktívabb életmód, reális elvárások), amellyel a testsúlyukat a súlytartományuk alsó részére állíthatják be, még akkor is, ha túlsúlyosak maradnak a kezelés után (Jones–Wadden 2006; Wadden–Butryn 2003).

A viselkedésterápiás kezelésben központi szerepet tölt be a klasszikus kondicionálás alapelve, amely szerint amennyiben egy inger ismétlődően megjelenik egy adott viselkedés előtt vagy azzal egyidejűleg, asszociálódni fog a viselkedéshez. Például az evés gyakran kapcsolódik televízió-nézéshez vagy társas összejövetelhez. Minél gyakrabban fordul elő a két esemény együtt, annál erősebb lesz a kapcsolat közöttük, ami ahhoz vezet, hogy az egyik esemény automatikusan triggereli a másik esemény megjelenését. Például ha ismétlődően édességet eszünk a kanapén televíziózás közben, akkor pusztán a televízió bekapcsolása előhívhatja az édesség utáni vágyat. A viselkedéses kezelés során

a túlevést (vagy fizikai inaktivitást) kiváltó jelek (azaz megelőző események) azonosítására és kioltására törekednek. A táplálkozási naplókból gyakorta feltárul, hogy noha az evést akár egyetlen jel is triggerelheti, jellemzően számos egymáshoz kapcsolódó esemény vezet hozzá (Wadden–Butryn 2003; Jones–Wadden 2006). A túlevéshez vezető viselkedéses láncot a *4. ábra* illusztrálja.



4. ábra. A viselkedéslánc egy példája illusztrálja, hogy egy másikhoz kapcsolódó viselkedés hogyan járulhat hozzá egy túlevéses epizódhoz. Ami váratlan étrendi botlásként jelenik meg, valójában apró döntések és viselkedések sorozataként követhető végig. A viselkedéslánc felfedi a beavatkozási pontokat, lehetőségeket a jövőbeni túlevés elkerülése érdekében (Wadden–Butryn 2003, 983 nyomán)

Az operáns kondicionálás alapelve ugyancsak központi jelentőséggel bír, ezért a viselkedéses kezelés során az evés és a fizikai aktivitás következményei (azaz megerősítő értéke) is a vizsgálat tárgyát képezik. A kellemes következményekkel jutalmazott viselkedések (pl. a kedvenc étel elfogyasztása) valószínűsítik e viselkedések ismételt megjelenését. A negatív következményekkel társuló viselkedések (pl. a kimerülésig, kifulladásig történő testgyakorlás) viszont kevésbé valószínűen fognak ismétlődően megjelenni. Például a hosszan tartó, intenzív testedzés valószínűleg fájdalmat és más diszkomfortérzéseket fog eredményezni a korábban inaktív, súlyfelesleggel bíró egyéneknél, ami a testgyakorlás felhagyásához vezethet. A megerőltető testedzés végzése helyett napi húsz perc sétálás sikerélményhez vezethet, ami motiválttá teheti a személyt az aktivitási program folytatására (Wadden–Butryn 2003; Wadden et al. 2005).

A kognitív elemek viselkedésterápiába történő integrálásának hátterében a kognitív terápia azon előfeltevése állt, miszerint a gondolatok (azaz kogníciók) közvetlen hatást gyakorolnak az érzésekre és a viselkedésre. A negatív gondolatok gyakran negatív következményekkel járnak. Erre példa a fenti viselkedéslánc utolsó néhány eleme. Ha egy extra kalóriabevitel miatt a személy úgy gondolja, hogy „elbukta a diétáját", az ennek következtében megjelenő bűntudat és kétségbeesés ahhoz vezethet, hogy aznapra

teljesen feladja a súlykontrolláló törekvéseit, és még többet eszik. A kognitív terápia során azonosításra kerülnek a maladaptív sémák és a diszfunkcionális gondolatok, továbbá megtanítják a klienseknek, hogy hogyan korrigálják a célelérés kudarca során megjelenő negatív gondolataikat (Wadden–Butryn 2003; Wadden et al. 2005).

A viselkedésterápia mérsékelt súlycsökkentést, átlagosan 10%-os fogyást eredményez (Foster et al. 2005; Wadden–Butryn 2003). A kezelés eredményeképpen ritkulnak, esetleg el is tűnnek a túlevéses epizódok, javul a testkép, nő az önértékelés és csökken a depresszív hangulat. Egyes fiziológiai mutatók (pl. vérnyomás, koleszterinszint) ugyancsak javulást mutatnak (Latner–Wilson 2007). A sikeres súlycsökkenést azonban az esetek túlnyomó többségében néhány éven belül visszahízás követi (Wing 2004; Jones–Wadden 2006), így e megközelítés hosszú távon nem tekinthető hatékonynak.

A testsúly elégtelen megtartása és a különböző súlycsökkentő kezeléseket követő visszahízás a fiziológiai, környezeti és pszichológiai tényezők komplex és változatos interakciójának eredményeként jelenik meg (Perri–Corsica 2004). A potenciális fiziológiai folyamatokra példa a szervezet alacsonyabb energiaigénye, a leptinszint csökkenése és a ghrelinszint növekedése (Wadden et al. 2004). A „toxikus környezet" hatásai ugyancsak aláássák a személyek önszabályozási erőfeszítéseit (Latner–Wilson 2007). A visszahízásban a kognitív tényezők is jelentős szerepet játszhatnak, mint például az irreális testsúlycélok, az elért testsúllyal való elégedetlenség, a fogyás révén elérni remélt további – a szerzők terminológiája szerint ún. *elsődleges* – célok elérésének kudarca, vagy éppen a dichotóm gondolkodás (Cooper–Fairburn 2001).

KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA

A visszahízásban szerepet játszó kognitív folyamatok elemzése alapján Cooper és Fairburn kifejlesztettek egy új megközelítést az elhízás kezelésére (Cooper–Fairburn 2001; 2004; Cooper et al. 2003; magyar nyelven részletesen lásd Czeglédi, 2007; Perczel Forintos–Czeglédi 2009). A kognitív viselkedésterápiás kezelés célja a súlycsökkenés elérésén túl a későbbi visszahízás minimalizálása. A kezelés számos olyan folyamatot céloz meg, amelyek feltételezhetően hozzájárulnak a testsúly kontrollálására tett próbálkozás feladásához és a súlymegtartás céljának figyelmen kívül hagyásához. A kezelés ismérvei: 1. a fogyás és a testsúly megtartása közötti explicit különbségtétel; 2. a testsúlymegtartás mint cél kognitív akadályainak azonosítása és megoldása; valamint 3. a hatékony súlykontrollhoz szükséges viselkedéses készségek és kognitív válaszok elsajátítása és gyakorlása.

A Cooper és munkatársai által kidolgozott terápiás módszer egyénre szabott, négyszemközti alapú és terápiás szemléletében hasonlít az evészavarok kognitív viselkedésterápiás kezeléséhez. A kezelés során alkalmazott stratégiák és folyamatok modulokba szerveződnek, amelyeket egymást követően vezetnek be, ugyanakkor személyre szabottan és rugalmasan alkalmaznak az egyes kliensek szükségleteinek, terápiás előmenetelének megfelelően. A terápia első fázisa a fogyásra irányul, a második pedig a testsúlymegtartásra. Az első öt modul tematikája megegyezik az elhízás standard viselkedésterápiás kezelésének tematikájával,

nevezetesen: 1. a kezelés kezdete; 2. a fogyás elérése és fenntartása; 3. a fogyás akadályainak azonosítása és a velük való megbirkózás; 4. az egészséges táplálkozás; 5. a fizikai aktivitás növelése. A kezelés első fázisának további három modulját (6. testkép; 7. súlycélok; 8. elsődleges célok) arra tervezték, hogy azonosítsák és feldolgozzák a kezelés második fázisa céljának, a testsúlymegtartás (azaz a testsúlystabilitás) elfogadásának potenciális kognitív akadályait. A korábbiakkal összehasonlítva ezek a modulok kevésbé mutatnak átfedést az elhízás viselkedésterápiás kezelésének tartalmával és jellegével. Alkalmazásuk a kezelés végéig folyamatban van. A 9. modul – testsúlymegtartás – bevezetése egybeesik a második fázis kezdetével. Cél a hosszú távú testsúlykontrollhoz szükséges készségek elsajátítása és gyakorlása.

Az elhízás kezelése kognitív viselkedésterápiás megközelítésének újabb, figyelemreméltó példája Buckroyd és Rother (2007) csoportterápiás módszere. A szerzők alapfeltevése szerint, ha a súlycsökkentés hatékony módszereit (úgymint diéta, fizikai aktivitás és kognitív viselkedésterápia) pszichoterápiás elemekkel kombináljuk, akkor megszüntethetők a túlevést fenntartó pszichológiai célok, és az érzelemszabályozás más stratégiákkal történő megvalósítása lehetővé teszi a súlycsökkenés elérését és megtartását.

Buckroyd és Rother programja öt fő témát ölel fel. Az érzelmi intelligencia fejlesztésének, az öngondozási képesség javításának és a kapcsolatok fejlesztésének célja, hogy képessé tegyék a résztvevőket arra, hogy azonosítsák az érzéseiket, érzelmileg jobban törődjenek önmagukkal és jobban hasznát vegyék másoknak. E funkciók javulása az ételtől való függőség csökkenéséhez vezet és lehetővé teszi a viselkedés megváltoztatását. Az utolsó két téma az obezogén viselkedéssel foglalkozik, amelyben a hangsúly az ételválasztás javításán és a fizikai aktivitás (életmód aktivitás) növelésén van.

MOTIVÁCIÓS INTERJÚ

A páciens motivációjára mintha kevesebb figyelem helyeződne a súlycsökkentő kezelésben részt vevő szakemberek részéről. A sikeres súlyvesztéshez azonban nem elég, ha a személynek megvannak a képességei és készségei a viselkedésváltozás eléréséhez, továbbá hisz is abban, hogy képes megtenni a szükséges változtatásokat. A változást akarni is kell, azaz a személynek motiváltnak kell lennie a fogyásra. A motiváció felkeltésére és erősítésére bizonyítottan hatékony megközelítés a motivációs interjú (Miller–Rollnick 1991, magyarul ismerteti pl. Urbán 2009).

A motivációs interjú segít az embereknek szavakba foglalni a személyes okokat, amelyek miatt a változás kívánatos lehet; segít megérteni és feloldani a változással kapcsolatos ambivalenciát; segít elővételezni a változás során potenciálisan fellépő akadályokat és nehézségeket; továbbá segít azonosítani és mobilizálni azon személyes erőforrásokat, amelyek segítségével felül lehet kerekedni ezeken (Van Dorsten 2007). A tanácsadó arra törekszik, hogy ellentmondásosságot (diszkrepanciát) idézzen elő a kliens aktuális káros viselkedése és a fontos életcéljai között. A cél az, hogy a páciens maga kezdjen el érvelni a változás mellett. Hangsúlyos továbbá a páciens önbizalmának és énhatékonyságának növelésére való törekvés (Miller–Rollnick 1991).

A motivációs interjú megteremti a teret arra, hogy a súlyfelesleggel bírók hangot adjanak a fogyással, illetve a potenciális viselkedésváltozással kapcsolatos észlelt előnyöknek és hátrányoknak egyaránt. Ennek eszköze lehet a költség-haszon elemzés, amelyet a *2. táblázat*ban szemléltetünk egy példán keresztül. Cél, hogy a páciensek érveljenek a viselkedés mindkét oldalával kapcsolatban. Ehhez kapcsolódó stratégia az ún. önmotivációs állításokat kiváltó kérdések. Ezek olyan kérdések, amelyekre csak úgy lehet válaszolni, hogy a kliens közben megfogalmazza a probléma felismerését, a problémával kapcsolatos aggodalmait, a változásra való nyitottságát, esetleg a változással kapcsolatos optimizmusát. Lehetséges példák az ilyen jellegű kérdésekre: „milyen nehézségei vannak a súlyfeleslege következtében?"; „mi az, amitől tart a súlyfeleslegével kapcsolatban?"; „milyen előnyei lennének a súlycsökkenésének?"; illetve „miből gondolja, hogy ha elhatározza, akkor le tud fogyni?".

2. táblázat. Példa a súlycsökkenéssel kapcsolatos költség-haszon elemzésre (a példákat saját klinikai munkánk során gyűjtöttük)

	Nem fogyás/hízás	Fogyás
Előnyök	– Azt ehetek, amit csak akarok, és amikor csak akarom – Nem kell lecserélni a ruhatáramat – Bármikor megjutalmazhatom magam	– Egészségesebb leszek – Beleférek a régi ruháimba – Viselhetek csinosabb, divatosabb ruhákat – Példát mutathatok a gyermekeimnek – Jobban fogok tetszeni a férjemnek – Nő az önbecsülésem
Hátrányok	– Megnő a betegségek kockázata – Rövidebb ideig fogok élni – Nehezen tudok felkapaszkodni a lépcsőn, könnyen kifulladok – Nem tudok csinosan öltözni – A férjem nem tart vonzónak	– Koplalnom kell – Sok mindent meg kell tagadnom magamtól – A sportolás fárasztó – Az egészséges étrend drága – Nem tudom mivel jutalmazni magam

Azáltal, hogy hangosan kimondva hallják saját állításaikat a változás okaival, értelmével kapcsolatban, a kliensek megismerik a motivációikat. Olykor olyan okokat fogalmaznak meg, amelyeknek korábban nem voltak a tudatában. Ezért azután sokkal erősebb, hathatósabb, ha önmagukat hallják, amint megfogalmazzák a változás potenciális előnyeit, semmint ha a tanácsadó mondja el nekik mindezt (DiLillo et al. 2003).

A kutatások metaelemzésének eredményei szerint a motivációs interjú pozitív hatással van az életmód-változtatásra való törekvéssel kapcsolatos motiváció növekedésére; továbbá javítja a diétát, a testgyakorlást, az előírt étrend betartását és az elért fogyás megtartását (Burke et al. 2003; Hettema et al. 2005; Rubak et al. 2004; Van Dorsten 2007). Úgy tűnik, hogy a motivációs interjú a kezeléssel való együttműködés növekedésén keresztül növeli a súlycsökkenést (Smith West et al. 2007). Mindez alátámasztja, hogy a motivációs interjú olyan módszer, amely hatékony kiegészítője lehet a különféle súlycsökkentő programoknak.

Egyéb megközelítések

TELEMEDICINA A TESTSÚLYMENEDZSELÉSBEN

A telemedicina orvosi ismeretanyag vagy orvosi szolgáltatás távolba történő továbbítása telekommunikációs eszközök segítségével (Strode et al. 1999). A megközelítés számos előnnyel bír, mint pl. az orvos-beteg kapcsolat javulása, a páciens bevonása a döntéshozatalba és az utánkövetésbe, valamint a folytonos kezelés lehetőségének megteremtése. Az elmúlt évtizedben az elhízás kezelése kapcsán is megindult a telemedicina alkalmazása, amely igen ígéretes eredményeket hozott. Az alábbiakban bemutatásra kerül néhány, a témában végzett, randomizált kontrollcsoportos kutatás.

Goulis és munkatársai (2004) standard, ambuláns kórházi súlycsökkentő kezelésben részesülő, elhízott páciensek távmonitorozását végezték el. Az intervenciós csoport tagjait vérnyomásmérővel és mérleggel látták el. Hat hónapon keresztül hetente háromszor megmérték a testsúlyukat és vérnyomásukat, és az adatokat telefonon keresztül juttatták el az automata központba. A standard kórházi kezelés önmagában csak minimális, az elfogadhatónál jóval alacsonyabb (2%) súlycsökkenést hozott, míg a kezelés távmonitorozással történő kiegészítése 10%-kal nagyobb mértékű fogyást eredményezett. Az intervenciós csoport több paramétere (szisztolés és diasztolés vérnyomás, összkoleszterinszint, trigliceridszint) szignifikánsan javult a hatodik hónapnál.

Smith és munkatársai (2009) otthon folytatott, ételszolgáltatást magában foglaló, súlycsökkentő intervenció esetében vizsgálták a telefonos támogatás potenciális additív szerepét. Az intervenciós csoport egyik fele heti egy alkalommal egy tapasztalt egészségfejlesztővel folytatott tízperces telefonbeszélgetésben is részesült. A két intervenciós csoport mellett egy kontrollcsoport is szerepelt a vizsgálatban. A tizenkét hetes program végére a kontrollcsoportban valamennyi résztvevő súlycsökkenése 5% alatt maradt. 5–9,9% közötti súlycsökkenés a támogatott csoport 40%-ánál, a nem támogatott csoport 50%-ánál jelentkezett. 10%-ot meghaladó fogyást a támogatott csoport 37%-a, a nem támogatott csoport 7%-a ért el. A táplálékbeviteli előírásokat a támogatott csoport valamennyi tagja betartotta és együttműködésük szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a nem támogatott csoport esetében. A fizikai aktivitásra vonatkozó előírásokat

azonban egyik intervenciós csoport sem teljesítette, és ez esetben a két csoport fizikai aktivitás révén történő energiafelhasználásának átlaga nem különbözik szignifikánsan egymástól. A súlycsökkenés mértéke mindkét intervenciós csoportban önmagában is igen ígéretes, hiszen tizenkét hét alatt elérték a súlycsökkentő programok számára fél év alatt előírt minimális (5%) fogyást. Ugyanakkor a heti egy alkalommal történő tízperces telefonos támogatás 2,5%-kal nagyobb mértékű fogyást eredményezett.

Jeffery és munkatársai (2003) az irányított betegellátásban alkalmaztak telefonos és e-mailes súlycsökkentő intervenciót (két intervenciós és egy kontrollcsoport). Az intervenciók tematikája a modalitástól függetlenül megegyezett, tíz viselkedésterápiás stratégiákon alapuló, interaktív, edukációs egységből állt. A kezelési együttműködés a telefonos program esetében jobbnak bizonyult, mint az e-mail intervencióban részesülő csoport esetében. A tizenkét hónapos utánkövetés eredményei szerint az 5%-os súlycsökkenés aránya a telefonos csoportban 28,0%, az e-mail csoportban 25,0%, a kontrollcsoportban 23,3%; míg a 10%-os súlycsökkenés aránya a fenti sorrendben 8,5%, 8,7% és 6,3%. Nagyobb mértékű súlycsökkenést mutattak a férfiak, az idősebbek és a korábban súlycsökkentő programban részt nem vevők. Kisebb súlycsökkenést mutatnak a nagyobb súlyfelesleggel bírók (BMI≥35 kg/m^2) és a depresszióval kezelt személyek.

Van Wier és munkatársai (2009) súlyfelesleggel bíró dolgozó felnőttek mintáján vizsgálták a telefonos és e-mailes intervenciók hatékonyságát. Az életmód-változtatást célzó intervenciós programok tematikája és protokollja hasonlít a Jeffery és munkatársai (2003) vizsgálatában alkalmazotthoz. A hatodik hónapnál a legalább 5%-os súlycsökkenést mutatók aránya a telefonos csoportban 27%, az e-mail intervencióban részesülők körében 22%, a kontrollcsoportban pedig 11% volt. A mért egészségi paraméterek tekintetében a telefonos és e-mailes intervenciók hatékonyságbeli különbsége statisztikailag nem bizonyult szignifikánsnak.

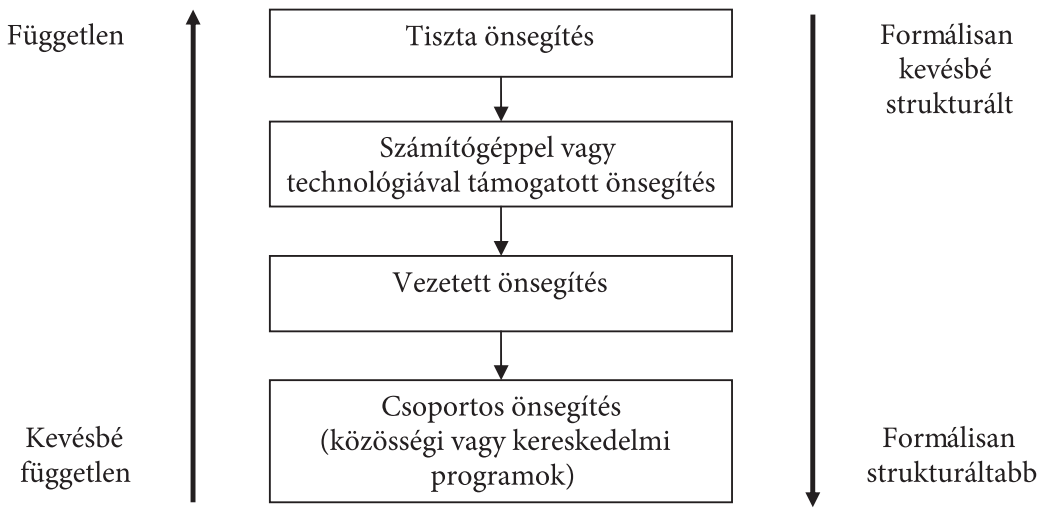
A fent ismertetett eredmények arra utalnak, hogy a telemedicina alkalmazása ígéretes és költséghatékony kiegészítője vagy éppen alternatívája lehet az elhízás kezelésében alkalmazott jelenlegi megközelítéseknek.

Önsegítés

Az önsegítés bármely kezelésre vagy megközelítésre vonatkozik, amely úgy tekint a segítséget kapó személyre, mint aki a fő ágens a célok eléréséhez szükséges változásban (Latner–Wilson 2007). Az önsegítés költséghatékony, időhatékony és minimálisan intruzív megközelítésmódot jelenthet. Az önsegítő súlycsökkentő programok ígéretesek (Butryn et al. 2007; Latner 2001) és gyakran ajánlják őket alacsony intenzitású kezelésként a lépcsőzetes kezelés megközelítésben (Wadden et al. 2002). Latner (2001) érvelése szerint ez az egyetlen financiálisan járható út a súlycsökkentő programok során elért fogyás hosszú távú megtartására.

Az elmúlt évtizedekben számos önsegítő program jelent meg a testsúlymenedzselés kapcsán, amelyek igen nagy változatosságot mutatnak az intenzitásuk, hatékonyságuk és

költséghatékonyságuk tekintetében. Az elhízás és falási zavar esetében az önsegítésnek négy szintje különíthető el, az önállóan folytatott egyéni önsegítéstől kezdve a csoportos önsegítésig *(5. ábra)*. Szintenként haladva egyre csökken az egyén függetlensége és formálisan egyre inkább strukturált a program (Latner 2007).



5. ábra. Az önsegítés szintjei elhízás és falási zavar esetében (Latner 2007, 82 nyomán)

Jelen alfejezetben a teljesség igénye nélkül bemutatunk néhány példát az önsegítés alkalmazási lehetőségeire és potenciális hatékonyságára a testsúlyszabályozás kapcsán.

EGYÉNI (ÖNIRÁNYÍTOTT, ÖNVEZÉRELT) ÖNSEGÍTÉS

A James Hill és Rena Wing által 1993-ban létrehozott *National Weight Control Registry* (NWCR) célja azon személyek általános jellemzőinek azonosítása, akik sikeresnek bizonyultak az elért fogyásuk hosszú távú megtartásában (Hill et al. 2005). A jegyzékbe történő felvétel kritériuma legalább 30 font (kb. 14 kg) fogyás minimum egy évig történő sikeres megtartása. Bár a súlycsökkenés módja igen változatos, az évenkénti felmérések nyomán azonban kirajzolódott a sikeres súlytartók néhány közös viselkedésbeli jellegzetessége, úgymint a viszonylag alacsony zsírtartalmú diéta, a rendszeres reggelizés, a rendszeres testsúlymérés és a magas szintű (napi egy óra) fizikai aktivitás (Hill et al. 2005).

Butryn és munkatársai (2007) összefoglalása szerint az általános populációban a diétázók fele alacsony kalóriatartalmú vagy alacsony zsírtartalmú étrendet követ. A diétázók fele, kétharmada végez ugyan bizonyos mértékű fizikai aktivitást, azonban ennek gyakorisága és időtartama nem kielégítő.

Az önsegítő diétás könyvek százai állnak az érdeklődők rendelkezésére. E kötetek igen változatosak az előírt étrend típusa és a testgyakorlás mennyisége tekintetében. Gyakoriak bennük a hangzatos szavak (pl. „diétás forradalom”) és a még hangzatosabb

ígéretek. Az ilyen könyvekben ajánlott programok biztonságosságáról és hatékonyságáról azonban csak elvétve találunk adatokat (Womble et al. 2004). A biblioterápiának léteznek szakemberek által írt példái is (Brownell 2004; Fairburn 1995). Ezek a kötetek az egyéni önsegítés keretében történő alkalmazáson túl egyéni és csoportos professzionális súlycsökkentő programokban és csoportos önsegítő programokban egyaránt alkalmazhatók.

További lehetőség az önvezérelt önsegítők részére az ún. „supermarket self-help". E megközelítés a kalóriabevitel csökkentését hangsúlyozza. Az adagkontrollált, alacsony kalória-, illetve zsírtartalmú ételek vagy folyékony étkezéshelyettesítők megvásárolhatók a helyi áruházakban, anélkül, hogy a személy csatlakozna bármely súlycsökkentő programhoz. A vásárló szabadon eldöntheti, hogy milyen és mennyi adagkontrollált ételt eszik egy nap, illetve hogy meddig diétázik (Womble et al. 2004).

ÖNSEGÍTŐCSOPORT-MEGKÖZELÍTÉS

Az önsegítőcsoport-megközelítés azon az elképzelésen alapul, hogy az ugyanazon problémával küzdők empátiát és megértést tudnak nyújtani egymásnak, valamint konkrét javaslatokat, tanácsokat a táplálkozásbeli és aktivitásbeli mintázatokkal való megküzdésre. Az önsegítőcsoport-megközelítések igen változatosak lehetnek a kezelés filozófiája vagy technikája tekintetében. Anyagi vonzataik tekintetében ingyenesek vagy minimális költségűek. A csoportokat rendszerint olyan laikusok szervezik és vezetik, akik maguk is küzdenek a testsúlyukkal vagy a táplálkozásukkal. A tapasztalatok szerint sok páciens arról számol be, hogy az önsegítő csoport segít nekik abban, hogy kevésbé érezzék egyedül magukat a súlyproblémájukkal (Womble et al. 2004). Léteznek nonprofit és kereskedelmi jellegű (commercial) önsegítő csoportprogramok.

A nonprofit önsegítő csoportok prominens példája a Trevose viselkedésmodifikációs program (Trevose Behavior Modification Program, TBMP; Latner 2001; Latner et al. 2002). A laikusok által önkéntes alapon szervezett és vezetett, tradicionális viselkedésmodifikációs alapelveket követő program élethosszig tartó ingyenes kezelést nyújt. A programhoz csak egyetlenegyszer lehet csatlakozni és a szűrőperióduson átesett tagoknak számos követelménynek kell folyamatosan megfelelniük a tagság megőrzése érdekében (pl. a foglalkozásokon való állandó részvétel, a táplálékbevitel önmonitorozása, specifikus fogyási cél kitűzése és elérése minden hónapra). A követelmények elmulasztása elbocsátással jár. A Trevose viselkedésmodifikációs program hatékonyságát több ízben is vizsgálták. Latner és munkatársai (2000) teljes jogú tagok ötéves nyomon követését végezték el. A második évnél a résztvevők 47,4%-a maradt a programban. A kezdeti testsúly 19,3%-át fogyták le. Az ötödik évnél a részvételi arány 21,6% volt, az elért fogyás pedig a kezdősúly 17,3%-a. Latner és munkatársai (2002) hasonló eredményekről számoltak be három csoport nyomon követéséből. A TBMP hatékonynak bizonyult falási zavar esetében is (Delinsky et al. 2006).

A kereskedelmi programok legismertebb példáját a Weight Watchers International (WW) képviseli (Latner 2001; Womble et al. 2004), amely ugyancsak egy viselkedéses súlycsökkentő program. A 10%-os fogyás egészségi és kozmetikai előnyeit hangsú-

lyozzák. Költségvonzata a csatlakozási díjon felül hetente megközelítőleg tizenkét dollár. A tagok hetente egy alkalommal csoportülést tartanak, amelyen akár több mint száz fő is jelen lehet. A részvétel nem kötelező. A jelenlegi Weight Watchers „Sikerterv" sajátos pontrendszerre épül, amelyben a kalóriaszámítás helyett az ételekhez és a fizikai aktivitás különböző típusaihoz pontokat rendelnek. A személyek a testsúlyuk alapján meghatározott pontértékű táplálékot vehetnek magukhoz, amit ellensúlyozhatnak a fizikai aktivitásból származó mínusz pontokkal. A terv betartása esetében a napi kalóriabevitel kb. 1200–1500 kcal, ami heti 0,5–1 kg fogyást eredményez. Explicit fizikai aktivitásra vonatkozó előírás nincs, ehelyett a saját szükségletekhez, preferenciákhoz illeszkedő testmozgási terv kidolgozására bátorítják a résztvevőket (Womble et al. 2004). A program keretében piacra dobtak számos megfelelő pontértékkel ellátott ételt.

Tsai és Wadden (2005) szisztematikus áttekintésének eredménye szerint az USA-ban fellelhető, főbb kommerciális súlycsökkentő programok közül a Weight Watchers az egyetlen, amelynek hatékonysága alátámasztást nyert. A program a kezdeti súly átlag 5%-os elvesztését eredményezte.

Az önsegítés előnyeit összefoglalva elmondható, hogy a kutatások alátámasztották az önsegítés költséghatékonyságát az elhízás kezelésében. Az önsegítés hasznos kezdeti lépés lehet a testsúly menedzselésében és sokaknak önmagában is elegendő lehet a súlyprobléma leküzdéséhez. Az önsegítés továbbá hatékonyan alkalmazható intenzívebb súlycsökkentő kezelések kiegészítéseként is. Hangsúlyozandó azonban, hogy az önsegítés nem megfelelő megoldás mindenki és mindenféle probléma esetében. A professzionális kezelés és az orvosi felügyelet gyakorta indokolt lehet, különösen akkor, ha az elhízást súlyos testi-lelki betegségek is kísérik. Az is kiemelendő, hogy a szakembereknek nem szabad az önsegítést a nehezen kezelhető, problematikus páciensek elől történő visszavonulási módnak tekinteniük (Latner 2007).

Néhány ajánlás a szakemberek számára

A professzionális súlycsökkentő kezelésre jelentkező páciensek rendszerint már számtalan módszert kipróbáltak és sok kudarc érte őket. Gyakori jelenség a körükben az ún. dichotóm (azaz fekete-fehérben való) gondolkodás. Emellett irreális elvárásokkal érkeznek a súlycsökkenés mértékének és a fogyástól elérni remélt célok körének tekintetében. A fenti jellemzők a hosszú távú sikeres testsúlymenedzselés akadályát képezhetik, ezért érdemes figyelmet fordítani rájuk.

A konzultatív családorvosi, illetve szakorvosi vizit során rendszerint nincs lehetőség az elhízás átfogó kezelésére. Az orvosok rendszerint a „fogyjon le" és a „mozogjon többet" tanácsokkal szokták ellátni a pácienseket, ezek azonban túl általános javaslatok, amelyeket megfelelő ismeretek és készségek híján a legritkább esetben sikerül tettekre váltani. A testsúlymenedzselés témájának konstruktív és bátorító szóba hozása azonban megteremtheti a támogató környezetet a változáshoz.

Az elhízott betegek klinikai kezelésének egyik legnagyobb kihívása a tényleges és várt fogyás közötti jelentős eltérés. Noha a szakemberek általában sikeresnek tartják a 10%-os fogyást, a legtöbb páciens irreális elvárásokkal érkezik: 22–34%-os fogyásra számítanak a kezelés eredményeképpen (pl. Ames et al. 2005). A páciensek mérsékeltebb súlycsökkenést is sikeresként fogadhatnak el, ha tisztában vannak a biológiai korlátokkal és azzal, hogy mit várhatnak a fogyás eredményeképpen, és mit nem. A súlycsökkenés egészségesebbé tesz, de nem garantálja például sem a jobb állást, sem a boldogabb házasságot. Hasznos továbbá a nem testsúllyal kapcsolatos kimenetek, változások hangsúlyozása, mint amilyen például a vérnyomás csökkenése vagy a mobilitás növekedése (Foster 2003; Foster et al. 2005).

A hatékony testsúlykontrollálás tanult készség, amit gyakorolni, fejleszteni, finomítani kell. A többi készséghez hasonlóan e készség fejlesztése során is kudarcok várhatóak. A kezelési együttműködés (adherence) minden testsúlycsökkentő program esetében a siker záloga (Melanson–Dwyer 2004).

A kezelési együttműködés szempontjából alapvető, hogy a páciens tudja, miért van szükség a viselkedés megváltoztatására. Általános célok helyett állítsunk konkrét, mérhető, elérhető, reális és időben behatárolt célokat. Például az „este kevesebbet enni" célt helyettesítsük az alábbival: „este 7–10 óra között korlátozza a táplálékbevitelt 300 kalóriára". Azonosítsuk a siker elősegítőit és akadályozóit és a megfelelő technikákat (pl. problémamegoldás) alkalmazzuk az elővételezett nehézségek leküzdésére. Segítsünk a páciensnek abban, hogy felismerje az együttműködés hiányát és vállaljon felelősséget a cselekedeteiért. Feltételezzük, hogy az együttműködés hiányának oka nem a motiváció hiánya, hanem a tervezés vagy a készségek hiánya. A kudarcokat a testsúlykontrolláló készségek finomítására való lehetőségként érdemes kezelni. Fókuszáljunk arra, hogy mit lehetne másképpen tenni a tervezés és a megküzdési készségek terminusaiban. Kerüljük a kliens bírálatát, őrizzük meg az önértékelését és legyünk türelmesek. Igen hasznos a páciens nyomon követése is (Foster 2003; Foster et al. 2005; Simonyi–Czeglédi 2009).

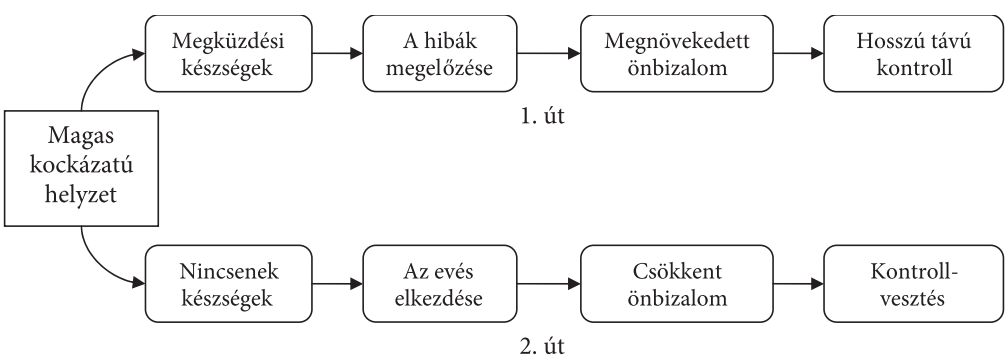
Relapszusprevenció

Az elhízás kezelésének nem műtéti megközelítései csak rövid távon bizonyulnak hatékonynak. A súlycsökkenés egyharmadát-kétharmadát jellemzően egy éven belül visszahízzák és öt éven belül sokaknál teljes visszahízás jelenik meg (Jones–Wadden 2006; Padwal et al. 2003).

A testsúlymegtartás nehézsége fiziológiai, környezeti és pszichológiai változók interakciójából ered (Perri 2002). A kezelés után megjelenő, akár minimális visszahízás gyakorta a testsúlyszabályozással kapcsolatos énhatékonyság megkérdőjelezéséhez vezet, ami reménytelenségérzést és végül a testsúlykontroll feladását eredményezi (Latner–Wilson 2007; Perri 2002).

A szakemberek egyetértenek abban, hogy az alkalmazott megközelítés módjától függetlenül a hosszú távú testsúlymegtartás és a relapszus megelőzése jelenti a legnagyobb kihívást az elhízás kezelésében. Mindez ahhoz vezetett, hogy elkezdtek relapszusprevenciós technikákat integrálni a testsúlycsökkentő kezelésekbe; testsúlymegtartó programok kerültek kidolgozásra; és megindult a kutatás a visszaesés folyamatának megértése céljából (Grilo 2000).

Brownell és Rodin (1990; id. Grilo 2000) modellje a relapszust nem kimenetként, hanem folyamatként konceptualizálja *(6. ábra)*. Eszerint a motivációtól függetlenül minden páciens elkerülhetetlenül találkozik magas rizikójú helyzetekkel. Ez bármely olyan körülmény lehet, amely arra veszélyezteti a személyt, hogy eltérjen a testsúlyszabályozási programjától. Az ilyen helyzetekre, körülményekre példa a túlevésre való csábítás (pl. éttermi étkezés, ételkészítés), a testgyakorlás elmulasztására irányuló döntés vagy a terápiás ülés kihagyása. A magas kockázatú helyzetekkel való találkozás esetében két út lehetséges. Optimális esetben a személy rendelkezik megküzdési kompetenciákkal, amelyeket hatékonyan alkalmazni is tud a magas kockázatú helyzetekben, elősegítve, hogy túljusson a kísértésen és más, az aktuális helyzetben rejlő, étrendi kontrollt veszélyeztető tényezőn. A megküzdési készségek kognitívak és viselkedésesek egyaránt lehetnek s e kettő kombinációja nagy jelentőséggel bír az étrendi megbotlásokon való túljutás szempontjából. A helyzeten való sikeres felülkerekedés az önbizalom növekedését eredményezi. Mindez megnöveli az étrendi kontroll további folytatásának valószínűségét (1. út). A megküzdési készségek hiánya vagy a megküzdési készségek sikeres alkalmazásának hiánya azonban túlevéshez vezethet, ami az önbizalom csökkenését eredményezi. Mindez megnöveli az étrendi kontroll további elvesztésének valószínűségét (2. út). A személy magas kockázatú helyzetekkel történő megküzdése tehát kulcsszerepet játszik abban, hogy megjelenik-e megbotlás, és ha igen, ez elszigetelt marad-e, vagy megismétlődik és esetleg visszaesésbe fordul. A megbotlásokat követő negatív reakciók (pl. katasztrofizáló gondolatok, bűntudat érzése) maladaptív evési magatartásra és visszahízásra veszélyeztetik a testsúlykontrollra törekvőket, ezért különösen fontos, hogy a páciensek megtanulják azonosítani és leküzdeni a megbotlásokat követő negatív kognitív és affektív reakcióikat (Grilo 2000).



6. ábra. A megbotlás és relapszus folyamatának sematikus diagramja (Grilo 2000, 406 nyomán)

Az elhízás prevenciója

Tekintettel az elhízás növekvő prevalenciájára a felnőtt- és gyermekpopulációban egyaránt, az elhízás súlyos következményeire és a súlycsökkentő kezelések alacsony hatásfokára, égetővé vált a megelőzés témaköre. Az elhízás multikauzális eredetének megfelelően a prevenciójának is soktényezősnek kell lennie (Caroli–Lagravinese 2002). Alapvető paradoxon azonban, hogy noha az emberek életmódjára (táplálkozás, fizikai aktivitás) számos külső (az egyén által kontrollálhatatlan) tényező hat, általánosan elterjedt az a nézet, hogy aki valóban egészségesen akar élni és kontrollálni akarja a testsúlyát, meg tudja tenni (pusztán akaraterő kérdése). E szemléletmód egyik következménye az elhízottakkal szembeni negatív előítélet, a másik következménye pedig, hogy a prevenciós megközelítések jelentős része egyéni viselkedésváltoztatásra fókuszál, figyelmen kívül hagyva az obezogén környezet potenciálisan módosítható tényezőit (Kumanyika 2007).

A fejezet célja az elhízás prevenciója alapfogalmainak körüljárása, néhány elméleti keretmodell bemutatása és az elhízás átfogó prevenciója irányelveinek felvázolása.

AZ ELHÍZÁS PREVENCIÓJÁNAK ALAPFOGALMAI, ALAPELVEI

„Az elhízás prevenciója a túlzott súlygyarapodás megelőzését jelenti, ahol a »túlzott« azt jelenti, hogy a súlygyarapodás meghaladja azt a mértéket, amit rövid és hosszú távon kedvezőnek tekintünk az egészségre nézve, és ahol a súlyfelesleg többletzsírral jellemezhető" (Kumanyika–Brownson 2007a, 1). Az elhízás prevenciójának célja az elhízás szintjének stabilizálása a populációban, az elhízás incidenciájának csökkentése, és végső soron az elhízás prevalenciájának csökkentése (Kumanyika et al. 2002).

Az elhízás kezelésével összehasonlítva az elhízás prevenciója kevésbé medikálisan orientált vagy kuratív megközelítést igényel. Helyette az egészségfejlesztés és a populáció egészsége felé érdemes orientálódni, amelyben nagy hangsúly helyeződik a közpolitikai változásokra. A hatékony prevenciós stratégiák interdiszciplináris talajon születhetnek meg, a különböző területeken dolgozó szakemberek együttműködése révén (Kumanyika 2007).

A prevenció lehet egyénorientált és populációorientált. Az egyénorientált megközelítések korlátját képezi, hogy dekontextualizálják a problémaviselkedéseket; figyelmen kívül hagyják azokat a kulturális és strukturális hatásokat, amelyek befolyásolják az egyén választási lehetőségeit; az áldozatot hibáztatják, amiért nem képes felülemelkedni azokon a kedvezőtlen erőkön, hatásokon, amelyek valójában kívül esnek a kontrollján; ráadásul azoknál a leghatékonyabbak, akik már eleve egészségtudatosak és olyan körülmények között élnek, amelyek hozzájárulnak a táplálkozási és aktivitásbeli szokásaik jobbá tételéhez. Ezek a személyek pedig a populáció alacsonyan kockáztatott szegmensébe tartoznak (Kumanyika 2007). Az elhízás prevenciójának fókuszát ezért a populációra kell irányítani. Populációs szinten az elhízás prevenciója azt jelenti, hogy olyan testtömegindex-eloszlást érünk el és tartunk meg, amely maximalizálja az egészséges súlytartományba eső emberek számát, azaz minimalizálja az alultáplált és elhízott egyének

számát. Az optimális BMI-eloszlás átlaga a felnőttek körében megközelítőleg 21 kg/m^2 lenne (WHO, 2000). Az elmúlt évtizedekben azonban egyre több embernél jelent meg túlzott súlygyarapodás, a populáció BMI-átlaga növekedett, a testtömegindex eloszlása szélesedett, és megnövekedett a 30 kg/m^2-t meghaladó testtömegindexszel bírók aránya. Minél alacsonyabb azonban a populáció testtömegindexének átlaga, annál kisebb azon személyek száma, akik az elhízott kategóriába esnek. A populációfókuszú megközelítés célja ezért az egész populáció testtömegindex-átlagának eltolása az alacsonyabb irányba (Kumanyika–Brownson 2007a).

Elméleti keretmodellek

A következőkben röviden áttekintünk néhány elméleti keretmodellt, amelyek irányelveket nyújthatnak a prevenciós programok kidolgozásához.

Ha az elhízást *betegségkontinuum*ként konceptualizáljuk, akkor az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció megközelítése releváns lehet. Az elsődleges prevenció célja annak megelőzése, hogy a túlsúlyból elhízás alakuljon ki. A másodlagos prevenció célja a testsúly stabilizálása és a súlycsökkenés elérése I–II. típusú elhízottaknál, a III. típusú elhízás kialakulásának megelőzése érdekében. A III. típusú, a kísérőbetegségekre fokozottan kockáztatott elhízottak kezelését tekinthetjük a harmadlagos prevenciónak (Kumanyika 2007).

Az előbbi megközelítés alternatíváját nyújtja az a háromszintű elméleti keret, amely a preventív intervenciókat a populáció elérni kívánt szegmense szerint osztályozza. Az *univerzális prevenció* a közösség minden tagjára irányul, a tápláltsági állapotra és a kockázat szintjére való tekintet nélkül. A *szelektív prevenció* a magasan kockáztatott egyéneket és csoportokat célozza meg. A kockázat meghatározásának alapja pl. a szocioökonómiai státusz vagy az életkor. Végül a *célzott prevenció* azokra irányul, akik súlyproblémákkal bírnak és/vagy erősen veszélyeztetettek az elhízással kapcsolatos betegségek megjelenésére (WHO, 2000).

Számos modell kidolgozásra került, amelyek rámutatnak a beavatkozás potenciális szintjeire. Az *ökológiai modellek* nagy hangsúlyt helyeznek a társas és környezeti kontextusra, amelyben az emberek élnek és döntéseket hoznak, választásokat tesznek az egészségükkel kapcsolatban. E modellek általában az egyéntől indulva a társadalomig számos egymással kölcsönösen összefüggő koncentrikus réteget ábrázolnak. A fizikai aktivitás és evési viselkedés meghatározóinak egyik ökológiai modellje középpontjában például az egyén pszichobiológiai aspektusai állnak (pl. szükséglethierarchia, identitás, genetika, fiziológia), amelyre kulturális rétegként rárakódnak pl. az egyén szokásai, hiedelmei, értékei. A következő, a szociális szint olyan tényezőket foglal magában, mint pl. társas szerepek, interperszonális kapcsolatok és szocioökonómiai státusz. A következő réteget az életmóddal kapcsolatos választásokat meghatározó tényezők alkotják, pl. társadalmi trendek, szezonalitás, helyzet vagy kontextus, ár, hozzáférhetőség, biztonság, tudás vagy

ismeret. Az életmód viselkedéses színterei is számosak, beleértve az otthont, munkahelyet, éttermeket, parkokat és rekreációs központokat, valamint vallási, közösségi és civilszervezeteket. Az utolsó két szintet az elsődleges és másodlagos befolyásolási pontok alkotják. Az elsődleges befolyásolási pontokhoz tartozik például a család, a közösség, az önkormányzat, az üzletközpontok. Végül a másodlagos befolyásolási pontokba olyan tényezők kerülnek, mint pl. élelmiszeripar, közlekedési rendszer, oktatási rendszer, egészségügyi rendszer, kormány (Booth et al. 2001; Kumanyika 2007). Az ökológiai modellek feltevése szerint a viselkedés megváltoztatására irányuló erőfeszítések akkor a leghatékonyabbak, ha több szinten is történik beavatkozás, és az intervenciók egyéni, környezeti és politikai változásokat egyaránt magukban foglalnak (Kumanyika 2007).

Az elhízás *oki háló modell*je az elhízás populációbeli prevalenciájához hozzájáruló társadalmi faktorokat és folyamatokat foglalja keretbe (Kumanyika et al. 2002). Az elhízás prevalenciájának közvetlen determinánsa az energiabevitel és az energiafelhasználás. Erre azonban számos további tényező gyakorol közvetlen vagy közvetett hatást. Horizontálisan haladva elsőként az egyénhez legközelebb álló hatások csoportja (iskola, munkahely, otthon) foglal helyet (pl. pihenési tevékenységek, fertőzések, ételek). Tovább haladva a közösségi, helyi befolyásolók csoportja helyezkedik el (pl. tömegközlekedés, egészségügyi ellátórendszer, mezőgazdaság/piac). Az egyéntől még távolabbi hatótényezőként a nemzeti, illetve regionális befolyásoló tényezők csoportja található (pl. urbanizáció, társadalmi biztonság, média, oktatás). Az oki háló modell egyéntől legtávolabb álló hatótényező-csoportjába a nemzetközi faktorok kerültek (úgymint piaci globalizáció, fejlődés, médiaprogramok és hirdetések). Az egyén és populáció táplálkozási és fizikai aktivitásbeli viselkedését befolyásoló társadalmi szektorok, folyamatok és settingek (lásd a fent említett példákat) vertikálisan helyezkednek el a modellben. Az oki háló modell hangsúlyt helyez a társadalmi szektorok strukturális szerveződésére és rámutat arra, hogy a szektorok közötti kölcsönkapcsolatok az egyénhez közeli szinteken konvergálnak. Ebből a megközelítésből az egészségügyi szektor szerepe csak egy az elhízás epidémiájára befolyást gyakorló szektorok közül. Más szektorok irányelvei és kezdeményezései nem szükségszerűen egészségtudatosak, mégis megteremtik azokat a fizikai, szociokulturális és gazdasági struktúrákat, amelyekben az evés és a fizikai aktivitás megjelenik, ezért az elhízás sikeres prevenciójához a különböző szektorok együttműködése elengedhetetlen (Kumanyika 2007).

A Swinburn, Egger és Raza (1999) által kidolgozott ún. ANGELO (az elhízással kapcsolatos környezetek elemzési rácsa) elméleti keret egyrészről konceptuális modellt nyújt a környezetek obezogenitásának megértéséhez, másrészről praktikus eszközt nyújt a kutatás és az intervenció számára a környezeti elemek prioritásának meghatározására. Alapja egy 2 × 4 cellás négyzetháló, amely mérete és típusa alapján részekre bontja a környezetet. Méret alapján elkülönítésre kerül a mikrokörnyezet (settingek) és a makrokörnyezet (szektorok). Típusa alapján a mikro- és makrokörnyezet az alábbi négy részre bontható: 1. fizikai (mi az, ami elérhető és mi az, ami nem?); 2. gazdasági (melyek a költségek?); 3. politikai (milyen törvények, szabályok vannak?);

és 4. szociokulturális (milyen attitűdök, hiedelmek, értékek és gyakorlatok léteznek?). A rácsozaton belül a táplálékbevitelt és a fizikai aktivitást befolyásoló környezeti elemek lehetnek obezogének (azaz elhízást előidézők) vagy leptogének (azaz a soványságot elősegítők). A megközelítés a közegészségüggyel kapcsolatban jól ismert problémamegoldási technikákat alkalmazza. Első lépésként a cselekvés lehetséges területeinek meghatározása történik a környezeti elemek összegyűjtése révén. A környezeti elemek prioritásának meghatározása a validitásuk (azaz a táplálékbevitelre vagy a fizikai aktivitásra gyakorolt hatásuk bizonyított volta), az adott helyi kontextusban fennálló relevanciájuk és a hatékony megváltoztathatóságukra való lehetőség alapján történik. Az eredmények szerint az ANGELO elméleti keret rugalmas és robusztus eszköz a szükségletek felmérésére, elemzésére és a probléma azonosítására, elősegítve a modern környezetek obezogén voltának csökkentésére irányuló törekvéseket (Swinburn et al. 1999).

Az elhízás prevenciójának *életciklus-megközelítése* azon a feltevésen alapul, miszerint az élet során számos kritikus tényező akkumulálódik és lép interakcióba egymással, amelyek elhízásra veszélyeztetik az egyént. A súlyfelesleg kialakulása szempontjából kritikus életszakaszként azonosították a magzati kort, a csecsemőkort, a gyermekkort, a serdülőkort, valamint a várandósság és szoptatás időszakát (Cameron–Demerath 2002). Johnson, Gerstein, Evans és Woodward-Lopez (2006) javaslatot tesz számos egyéni és közpolitikai (policy) szintű intervenciós pontra, illetve lehetőségre, amelyekkel csökkenteni lehet az elhízás kockázatát a növekedés és a reprodukció szakaszai során.

Irányelvek az elhízás átfogó prevenciójához

Bármely elméleti keretben gondolkodunk is, az elhízás prevenciója esetében átfogó megközelítéssel kell élnünk. Ennek ismérvei (Kumanyika et al. 2002): 1. Foglalkozni kell a populáció étrendi szokásaival és fizikai aktivitásbeli mintázataival; a társadalmi és egyéni szintű faktorokkal; valamint az elhízás közvetlen és távoli okaival. 2. Olyan intervenciókat kell kidolgozni, amelyeknek sok gyújtópontja és szintje van (azaz nemzeti, regionális, közösségi és egyéni szintek egyaránt). 3. Közpolitikai irányvonalakat és programokat egyaránt kell tartalmaznia. 4. Összeköttetést kell teremtenie a máskülönben függetlennek tekintett szektorok között.

Kumanyika és munkatársai (2002, 431) megfogalmaznak továbbá tíz alapelvet, amelyeken az elhízás populációszintű prevenciós erőfeszítéseinek alapulniuk kell:

1. Az edukáció önmagában nem elégséges a testsúllyal kapcsolatos viselkedések megváltoztatásához. A viselkedésváltozás elősegítéséhez és támogatásához környezeti és társas-társadalmi intervenciók egyaránt szükségesek.
2. A fizikai aktivitás tekintetében nem elegendő a szabadidőben folytatott testgyakorlás növelése. Olyan intervenciók szükségesek, amelyek révén a fizikai aktivitás integrálódik a mindennapi életbe.

3. A programok fenntarthatósága döntő a tartós, pozitív változások előidézéséhez az étrend, fizikai aktivitás és elhízás mértéke tekintetében.
4. A sikerhez elengedhetetlen a politikai támogatás, a szektorok közötti együttműködés és a közösségi részvétel.
5. A helyi tevékenység lehetővé teszi, hogy a programokat alkalmassá tegyük a valódi szükségletek, elvárások és lehetőségek kielégítésére.
6. A közösség minden részét el kell érni – nem csak a motivált egészségeseket.
7. A programoknak megfelelő forrásokkal kell rendelkezniük.
8. Ahol lehetséges, a programokat integrálni kell a már létező kezdeményezésekkel.
9. A programoknak elméleti és bizonyítékalappal kell rendelkezniük.
10. A programokat gondosan monitorozni, értékelni és dokumentálni kell. Mindez elengedhetetlen a tapasztalatok elterjesztéséhez és átviteléhez.

A közelmúltban megkezdődött a prevenciós programok hatékonyságának értékelése, és megszülettek az első metaelemzések, szisztematikus áttekintések, különösen a gyermekkori elhízás prevenciója kapcsán (pl. Gonzalez-Suarez et al. 2009; Seo–Sa 2010; Stice et al. 2006). Egy példát kiemelve, az empirikus vizsgálatok eredményeinek alapján az Amerikai Dietetikai Társaság (ADA) állásfoglalása szerint a gyermekkori elhízás intervenciója többkomponensű család- és iskolaalapú programok kombinációját igényli, amelyek magukban foglalják a fizikai aktivitás elősegítését, a szülők képzését/szülői modellálást, a viselkedéses tanácsadást és a táplálkozással kapcsolatos edukációt. Noha még nem nyert bizonyítékalapú alátámasztást, ajánlott a közösségalapú és a környezeti intervenció is. Az elhízás prevenciójának univerzális megközelítésével összhangban a cél az egészséges táplálkozási szokások kialakításának és a fizikai aktivitás növekedésének hatékony elősegítése valamennyi gyermeknél és serdülőnél, tekintet nélkül a tápláltsági állapotukra (American Dietetic Association, 2006).

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS

Tanulmányunkban a testsúlyszabályozás különböző megközelítéseit kívántuk áttekinteni. A témaválasztás jelentőségét indokolja, hogy az elhízás prevalenciája dinamikusan növekszik, ami jelentős terheket ró az egyénre és a társadalomra egyaránt (Hu 2008).

Az elhízás jelentős egészségi kockázatot jelent (WHO, 2000). Az elhízás pszichoszociális következményei (pl. a mentális egészségre, életminőségre, társas kapcsolatokra gyakorolt hatásai) is súlyosak lehetnek. Noha az epidemiológiai vizsgálatok eredményei szerint az általános populációban az elhízottak mentális egészsége nem rosszabb, mint a súlyfelesleggel nem bíróké, az elhízottakon belül léteznek a pszichológiai következményekre veszélyeztetett csoportok (Friedman–Brownell 1995), továbbá a súlycsökkentő

kezelésre jelentkező elhízottak esetében igen magas a pszichiátriai komorbiditás (Matos et al. 2002). Az elhízás kedvezőtlen pszichoszociális következményeiben nagy szerepet játszik a nyugati társadalom elhízással kapcsolatos negatív attitűdje. Az elhízással kapcsolatos stigmatizáció és negatív diszkrimináció számos területen (pl. oktatás, egészségügy, foglalkoztatás) szembetűnő. A negatív előítélet hátterében álló jelentős tényező az a széles körben elterjedt nézet, miszerint a testsúlyszabályozás pusztán akaraterő, illetve önkontroll kérdése (Puhl–Brownell 2001; 2003). Mindez ahhoz vezet, hogy az elhízottakat hibáztatják a saját állapotukért és ezzel párhuzamosan elfedésre kerül azon külső (gazdasági, társadalmi és egyéb) tényezők szerepe, amelyek hozzájárultak az elhízás világjárvánnyá válásához.

Az elhízás komoly terhet ró a társadalomra azáltal, hogy az elhízással együtt járó és következményes betegségek megnövelik az egészségügyi ellátórendszer kiadásait, növelik a munkahelyi hiányzásokat, csökkentik a produktivitást, illetve elősegítik az idő előtti nyugdíjba vonulást (Colditz–Wang 2008).

Bár az elhízás etiológiája sokrétű és komplex, az elhízás prevalenciájának elmúlt évtizedekben megfigyelhető rohamos növekedése ráirányítja a figyelmet az életmód szerepére. Evolúciós örökségünk eredményeképpen szervezetünk energiatartalékok felhalmozására törekszik, amely a túlélésünket segítheti elő egy esetleges éhínség esetében. A modern, táplálékban rendkívül gazdag környezet azonban gyökeresen eltér attól a környezettől, amelyben az emberi faj kialakult. Evési magatartásunk evolúciósan öröklött, genetikailag kódolt aspektusai maladaptívnak bizonyulnak a modern környezetben. A táplálkozás nem homeosztatikus szabályozása felülírja a homeosztatikus szabályozást, tartósan pozitív energiamérleget eredményezve, amit viszont a homeosztatikus szabályozás képtelen kompenzálni. A szakemberek gyakorta a „toxikus", illetve „obezogén" jelzőkkel látják el a jelenlegi, táplálékban dús, fogyasztásra serkentő és egyben fizikai inaktivitást támogató környezetet, amely tartósan pozitív energiamérlegre és ennek következtében súlyfelesleg kialakulására veszélyezteti az arra hajlamos személyeket.

A tanulmány első részében a táplálkozás szabályozásának három aspektusa (homeosztatikus szabályozás, nem homeosztatikus szabályozás, önszabályozás) került rövid áttekintésre abból a célból, hogy rávilágítsunk a testsúlyszabályozás sokrétű és komplex természetére és megkérdőjelezzük azon elképzelést, miszerint a testsúlyszabályozás pusztán önuralom kérdése. Mindennek végső célja az elhízás kialakulásával kapcsolatos szemlélet formálása volt.

Noha az emberek jelentős hányada diétázik vagy más módon próbál kontrollt gyakorolni a testsúlya felett, az elhízás prevalenciájának növekedése továbbra is folytatódik. Jelen tanulmányban a testsúlycsökkentő kezelések bizonyítékalapú megközelítéseit (farmakoterápia, bariátriai műtétek, viselkedésterápia) és az újabb, ígéretes fejleményeket ismertettük. Tekintettel arra, hogy Magyarország lakosságának 40%-a túlsúlyos és 20%-a elhízott, az egészségügyi ellátás bármely szektorában dolgozó szakember nagy valószínűséggel találkozik a munkája során súlyfelesleggel bíró személyekkel – így természetesen a pszichológusok is. Bár a pszichológushoz való fordulás hátterében várhatóan

igen ritkán áll a súlycsökkenésre irányuló törekvés, a súlyfelesleg jelentős szerepet játszhat az egyének mentális egészségének alakulásában és fordítva, a mentális egészség, illetve pszichoszociális működés jelentős hatást gyakorolhat az egyének táplálkozási magatartására. Az elhízás kezelésének megközelítései kapcsán összefoglalóan elmondható, hogy az elhízás műtéti kezelésének kivételével a többi megközelítés csak szerény és rövid távú eredménnyel kecsegtet. Az általuk elérhető súlycsökkenés rendszerint 5–10% fél év alatt. Ez a mérsékelt súlycsökkenés mégis klinikailag szignifikáns javulást eredményezhet számos egészségi paraméter tekintetében, ezért az 5–10%-os fogyás elérése releváns és indokolt kezelési cél.

Az elhízott páciensek súlycsökkentő erőfeszítéseinek támogatása során is kulcsfontosságú a kezelési együttműködés, ezért a dolgozatban kitértünk néhány olyan gyakorlati irányelvre, stratégiára, amelyek alkalmazása révén a kezelési együttműködés javítható, optimalizálható.

Külön alfejezetet szántunk a relapszusprevenció témájának, ugyanis a sikeres súlycsökkenést követően rendszerint visszahízás jelenik meg. A visszahízás a fiziológiai, környezeti és pszichológiai tényezők komplex és változatos interakciójának eredménye és az obezogén környezet káros hatásainak fényében gyakorlatilag elkerülhetetlennek tűnik. Ha a megbotlást és a visszaesést folyamatként konceptualizáljuk, akkor ez hozzásegíthet bennünket ahhoz, hogy megfelelő készségekkel felruházva a klienst elősegítsük a sikeres megküzdést a magas rizikójú helyzetekkel, ami hosszú távon a hatékony testsúlykontroll záloga lehet.

Tekintettel az elhízás prevalenciájának dinamikus növekedésére és a (nem műtéti) kezelések szerény és csak rövid távú sikerességére, az elhízás epidémiájának visszaszorítására irányuló törekvés kapcsán jelentős változás történt, ugyanis a súlycsökkentő kezelések mellett előtérbe került az elhízás prevenciója. Az elhízás megelőzésében ezzel párhuzamosan paradigmaváltás következett be. Egyrészt az egyéni szintű intervenciók helyett a prevenció egyre inkább populációorientálttá vált. Másrészt az elhízás problémakörét tágabb kontextusba helyezve megindult annak feltérképezése, hogy milyen szerepet tölthet be például az iskola, a munkahely, az élelmiszeripar, a média, a kormány vagy az épített környezet az elhízás prevenciójában. A fejezet utolsó részében ezért az elhízás megelőzésének aktuális kérdéseit (elméleti keretmodellek, ajánlások) villantottuk fel.

Az elhízás hazánkban is jelentős népegészségügyi probléma, amely jóval több kérdést, nehézséget és problémát vet fel, mint amennyi megoldás jelenleg rendelkezésre áll. Az egészségfejlesztő pszichológusok jelentős szerepet játszhatnak az elhízás kezelésében és visszaszorításában egyaránt.

IRODALOMJEGYZÉK

Afridi, A. K. – Khan, A. (2004): Prevalence and etiology of obesity – An overview. *Pakistan Journal of Nutrition,* 3(1). 14–25.

American Dietetic Association (ADA) (2006): Position of the American Dietetic Association: Individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. *Journal of American Dietetic Association,* 1606(6). 925–945.

Ames, G. E. et al. (2005): Changing weight-loss expectations: A randomized pilot study. *Eating Behaviors,* 6(3). 259–269.

Andersen, R. E. et al. (1999): Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese women. *JAMA,* 281(4). 335–340.

Berthoud, H-R. (2003): Neural systems controlling food intake and energy balance in the modern world. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care,* 6. 615–620.

Björntorp, P. (1997): Obesity. *The Lancet,* 350(9075). 423–426.

Blair, S. N. – Leermakers, E. A. (2004): Exercise and weight management. In: Wadden, T. A. – Stunkard, A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 283–300.

Blundell, J. E. (2002): A psychobiological system approach to appetite and weight control. In: Fairburn, C. G. – Brownell, K. D. (eds): *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (2nd edition). Guilford Press, New York, London. 43–49.

Booth, S. L. et al. (2001): Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: Rationale, influences, and leverage points. *Nutrition Reviews,* 59(3 Pt. 2). S21-S29. S57-S65.

Bray, G. A. (2004): Drug treatment of obesity. In: Wadden, T. A. – Stunkard, A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 317–338.

Brownell, K. D. (2004): *The LEARN program for weight management.* American Health Publishing Company, Dallas.

Brownell, K. D. (2005): Does a "toxic" environment make obesity inevitable? *Obesity Management,* 1(2). 52–55.

Brownell, K. D. – Rodin, J. (1990): *Weight maintenance survival guide.* American Health Publishing Co., Dallas.

Buchwald, H. et al. (2004): Bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *JAMA,* 292(14). 1724–1737.

Buckroyd, J. – Rother, S. (2007): *Therapeutic groups for obese women. A group leader's handbook.* John Wiley & Sons, Ltd., Chichester.

Burke, B. L. et al. (2003): The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 71(5). 843–861.

Butryn, M. et al. (2007): Self-guided approaches to weight loss. In: Latner, J. D. – Wilson, G. T. (eds): *Self-help approaches for obesity and eating disorders.* Guilford Press, New York. 3–20.

Cameron, N. – Demerath, E. W. (2002): Critical periods in human growth and their relationship to diseases of aging. *American Journal of Physical Anthropology,* 119(35). S159–S184.

Caroli, M. – Lagravinese, D. (2002): Prevention of obesity. *Nutrition Research,* 22. 221–226.

Caton, S. J. et al. (2004): Dose-dependent effects of alcohol on appetite and food intake. *Physiology and Behavior,* 81(1). 51–58.

Caton, S. J. et al. (2007): Acute effects of an alcoholic drink on food intake: Aperitif versus co-ingestion. *Physiology and Behavior,* 90(2-3). 368–375.

Caton, S. J. et al. (2005): Pleasure and alcohol: manipulating pleasantness and the acute effects of alcohol on food intake. *Physiology and Behavior,* 84(3). 371–377.

Colditz, G. A. – Wang, Y. C. (2008): Economic costs of obesity. In: Hu, F. B.: *Obesity epidemiology.* Oxford University Press, New York. 261–271.

Cooper, Z. – Fairburn, C. G. (2001): A new cognitive behavioural approach to treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy,* 39. 499–511.

Cooper, Z. – Fairburn, C. G. (2004): Cognitive-behavioral treatment of obesity. In: Wadden, T. A. – Stunkard, A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 465–479.

Cooper, Z. et al. (2003): *Cognitive-behavioral treatment of obesity. A clinician's guide.* Guilford Press, New York, London.

Czeglédi E. (2007): Az elhízás Cooper–Fairburn-féle kognitív viselkedésterápiás megközelítésének bemutatása. *Alkalmazott Pszichológia,* 9(3-4). 174–197.

Cseh K. és mtsai. (2000): Az elhízás, az inzulinrezisztencia és a 2-es típusú diabetes mellitus kapcsolatának molekuláris mechanizmusai. *Lege Artis Medicinae,* 10(10). 776–784.

Dansinger, M. L. et al. (2005): Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: A randomized trial. *JAMA,* 293(1). 43–53.

de Castro, J. M. – de Castro, E. S. (1989): Spontaneous meal patterns of humans: influence of the presence of other people. *American Journal of Clinical Nutrition,* 50. 237–247.

Delinsky, S. S. et al. (2006): Binge eating and weight loss in a self-help behavior modification program. *Obesity,* 14. 1244–1249.

DiLillo, V. et al. (2003): Incorporating motivational interviewing into behavioral obesity treatment. *Cognitive and Behavioral Practice,* 10. 120–130.

Dunn, A. L. et al. (1999): Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness. A randomized trial. *JAMA,* 281(4). 327–334.

Eves, F. F. et al. (2006): A workplace intervention to promote stair climbing: greater effects in the overweight. *Obesity,* 14(12). 2210–2216.

Fabricatore, A. N. (2007): Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: Is there a difference? *Journal of American Dietetic Association,* 107(1). 92–99.

Fairburn, C. G. (1995): *Overcoming binge eating.* Guilford Press, New York.

Fedoroff, I. C. et al. (1997): The effect of pre-exposure to food cues on the eating behavior of restrained and unrestrained eaters. *Appetite,* 28(1). 33–47.

Forgács A. (2008): Az ételfogyasztás mértékét szabályozó szociokulturális tényezők. In: Túry F. – Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok.* Pro Die Kiadó, Budapest. 341–352.

Foster, G. D. (2003): Principles and practices in the management of obesity. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine,* 168(3). 274–280.

Foster, G. D. et al. (2005): Behavioral treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition,* 82(1). S230–S235.

Friedman, M. A. – Brownell, K. D. (1995): Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin,* 117(1). 3–20.

Geliebter, A. – Aversa, A. (2003): Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors,* 3(4). 341–347.

Gonzalez-Suarez, C. et al. (2009): School-based interventions on childhood obesity: a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5). 418–427.

Goulis, D. G. et al. (2004): Effectiveness of home-centered care through telemedicine applications for overweight and obese patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Obesity,* 28. 1391–1398.

Greeno, C. G. – Wing, R. R. (1994): Stress-induced eating. *Psychological Bulletin,* 115(3). 444–464.

Gregg, E. W. – Williamson, D. F. (2004): The relationship of intentional weight loss to disease incidence and mortality. In: Wadden, T. A. – Stunkard, A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 125–143.

Grilo, C. M. (2000): Treatment of obesity: An integrative model. In: Thompson, J. K. (ed.): *Body image, eating disorders, and obesity.* American Psychological Association, Washington. 389–423.

Grilo, C. M. (2006): *Eating and weight disorders.* Psychology Press, Hove, New York.

Gyökeres T. és mtsai. (2006): Az elhízás szerepe a gasztroenterológiai kórképekben. *Lege Artis Medicinae,* 16(6). 527–533.

Haddock, C. K. et al. (2002): Pharmacotherapy for obesity: a quantitative analysis of four decades of published randomized clinical trials. *International Journal of Obesity,* 26. 262–273.

Halmy L. (1996): Az elhízás mai szemlélete. *Psychiatria Hungarica,* 11(3). 257–265.

Halmy L. (2008): Az elhízás kezelésének jelenlegi helyzete. In: Túry F. – Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok.* Pro Die Kiadó, Budapest. 397–413.

Heatherton, T. F. et al. (1991): Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology,* 60(1). 138–143.

Herman, C. P. – Mack, D. (1975): Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality,* 43(4). 647–660.

Herman, C. P. – Polivy, J. (1975): Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology,* 84(6). 666–672.

Herman, C. P. – Polivy, J. (2004): The self-regulation of eating. In: Baumeister, R. F. – Vohs, K. D. (eds): *Handbook of Self-regulation: Research, Theory, and Applications.* Guilford Press, New York. 492–508.

Herman, C. P. et al. (1987): Anxiety, hunger, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology,* 96(3). 264–269.

Hettema, J. et al. (2005): Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology,* 1. 91–111.

Heymsfield, S. B. – Heshka, S. (2002): Measurement of total energy stores. In: Fairburn, C. G. – Brownell, K. D. (eds): *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (2nd edition). Guilford Press, New York, London. 121–125.

Hill, J. O. – Peters, J. C. (1998): Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science,* 280. 1371–1374.

Hill, J. O. et al. (2005): The National Weight Control Registry: Is it useful in helping deal with our obesity epidemic? *Journal of Nutrition Education and Behavior,* 37(4). 206–210.

Hofbauer, K. G. et al. (eds) (2004): *Pharmacotherapy of obesity. Options and alternatives.* CRC Press, Boca Raton.

Hu, F. B. (2008): *Obesity epidemiology.* Oxford University Press, New York.

Ilyés I. (2001): *Az elhízás mai szemlélete.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Jeffery, R. W. et al. (2003): Mail and phone interventions for weight loss in a managed-care setting: Weight-To-Be one year outcomes. *International Journal of Obesity,* 27. 1584–1592.

Johnson, D. B. et al. (2006): Preventing obesity: A life cycle perspective. *Journal of the American Dietetic Association,* 106(1). 97–102.

Jones, L. R. – Wadden, T. A. (2006): State of science: behavioural treatment of obesity. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition,* 15(1). S30–S39.

Juhász A. és mtsai. (2007): A testtömeg-szabályozás összefüggése az obesitas kialakulásával. *Orvosi Hetilap,* 148(39). 1827–1836.

Knaapila, A. et al. (2007): Food neophobia shows heritable variation in humans. *Physiology and Behavior,* 91(5). 573–578.

Körner A. (2008): A táplálékfelvétel és a testsúly szabályozása. In: Túry F. – Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok.* Pro Die Kiadó, Budapest. 147–160.

KSH (2010): Egészségfelmérés (ELEF). 2009. *Statisztikai Tükör,* 4(50). 1–7.

Kumanyika, S. (2007): Obesity prevention concepts and frameworks. In: Kumanyika, S. – Brownson, R. C. (eds): *Handbook of obesity prevention. A resource for health professionals.* Springer, New York. 85–114.

Kumanyika, S. – Brownson, R. C. (2007a): Why obesity prevention? In: Kumanyika, S. – Brownson, R. C. (eds): *Handbook of obesity prevention. A resource for health professionals.* Springer, New York. 1–23.

Kumanyika, S. – Brownson, R. C. (eds) (2007b): *Handbook of obesity prevention. A resource for health professionals.* Springer, New York.

Kumanyika, S. et al. (2002): Obesity prevention: The case for action. *International Journal of Obesity,* 26(3). 425–436.

Laessle, R. G. (2005): Treatment options of obesity: Behavioral weight control. In: Munsch, S. – Beglinger, C. (eds): Obesity and binge eating disorder. *Bibliotheca Psychiatrica,* No. 171. Karger, Basel. 74–80.

Lanningham-Foster, L. et al. (2003): Labor saved, calories lost: The energetic impact of domestic labor-saving devices. *Obesity Research,* 11(10). 1178–1181.

Latifi, R. et al. (2004): Surgical treatment of obesity. In: Wadden, T. A. – Stunkard. A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 339–356.

Latner, J. D. (2001): Self-help in the long-term treatment of obesity. *Obesity Reviews,* 2. 87–97.

Latner, J. D. (2007): Self-help for obesity and binge eating. *Nutrition Today,* 42(2). 81–85.

Latner, J. D. et al. (2000): Effective long-term treatment of obesity: A continuing care model. *International Journal of Obesity*, 24. 893–898.

Latner, J. D. et al. (2002): Self-help and long-term behavior therapy for obesity. *Behaviour Research and Therapy,* 40. 805–812.

Latner, J. D. – Wilson, T. (2007): Continuing care and self-help in the treatment of obesity. In: Latner, J. D. – Wilson, G. T. (eds): *Self-help approaches for obesity and eating disorders.* Guilford Press, New York. 223–239.

Ledikwe, J. H. et al. (2007): Reductions in dietary energy density as a weight management strategy. In: Kushner R. – Bessesen, D. H. (eds): *Treatment of the obese patient.* Humana Press, Totowa, New Yersey. 265–280.

Leibowitz, S. F. (2002): Central physiological determinants of eating behaviour and body weight. In: Fairburn, C. G. – Brownell, K. D. (eds): *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (2nd edition). Guilford Press, New York, London. 5–10.

Li, Z. et al. (2005): Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine,* 142(7). 532–546.

Lowe, M. R. (2003): Self-regulation of energy intake in the prevention and treatment of obesity: Is it feasible? *Obesity Research,* 11. S44–S59.

Lowe, M. R. et al. (2008): Human eating motivation in times of plenty. In: Harris, R. B. S. – Mattes, R. D. (eds): *Appetite and food intake. Behavioral and physiological considerations.* CRC Press, Boca Raton. 96–112.

Matos, M. I. R. et al. (2002): Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 24(4). 165–169.

McInnis, K. J. et al. (2003): Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *American Family Physician,* 67(6). 1249–1256.

Melanson, K. – Dwyer, J. (2004): Popular diets for treatment of overweight and obesity. In: Wadden, T. A. – Stunkard. A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 249–282.

Miller, W. R. – Rollnick, S. (1991): *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* Guilford Press, New York, London.

Németh Á. (2011): Testkép, tápláltsági állapot, testtömeg-kontroll. In: Németh Á. – Költő A. (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az* Iskoláskorú gyermekek

egészségmagatartása *című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 77–82.

Orzano, A. J. – Scott, J. G. (2004): Diagnosis and treatment of obesity in adults: An applied evidence-based review. *Journal of the American Board of Family Practice,* 17(5). 359–369.

Pados Gy. (2010): Az elhízás korszerű kezelése. *Orvosi Hetilap,* 151(12). 501–504.

Padwal, R. et al. (2003): Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Obesity,* 27. 1437–1446.

Palkovits M. (2003): Hypothalamic regulation of the food intake. *Ideggyógyászati Szemle,* 56(9-10). 288–302.

Perczel Forintos D. – Czeglédi E. (2009): Falánkság, túlsúly, elhízás. Az obesitas pszichoterápiás megközelítési lehetőségei. *Psychiatria Hungarica,* 24(5). 365–371.

Perri, M. G. (2002): Improving maintenance in behavioural treatment. In: Fairburn, C. G. – Brownell, K. D. (eds): *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (2nd edition). Guilford Press, New York, London. 593–598.

Perri, M. G. – Corsica, J. A. (2004): Improving the maintenance of weight lost in behavioral treatment of obesity. In: Wadden, T. A. – Stunkard. A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 357–379.

Pinel, J. P. J. et al. (2000): Hunger, eating and ill health. *American Psychologist,* 55(10). 1105–1116.

Polivy, J. (1976): Perception of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained subjects. *Addictive Behaviors,* 1(3). 237–243.

Pories, W. J. – Beshay, J. E. (2002): Surgery of obesity: Procedures and weight loss. In: Fairburn, C. G. – Brownell, K. D. (eds): *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (2nd edition). Guilford Press, New York, London. 562–567.

Prochaska, J. O. – DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice,* 19(3). 276–288.

Puhl, R. M. – Brownell, K. D. (2003): Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews,* 4. 213–227.

Puhl, R. – Brownell, K. D. (2001): Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research,* 9(12). 788–805.

Redinger, R. N. (2008): The prevalence and etiology of nongenetic obesity and associated disorders. *Southern Medical Journal,* 101(4). 395–399.

Rippe, J. M. – Hess, S. (1998): The role of physical activity in the prevention and management of obesity. *Journal of the American Dietetic Association,* 98(10). S31–S38.

Rogers, P. J. – Hill, A. J. (1989): Breakdown of dietary restraint following mere exposure to food stimuli: Interrelationships between restraint, hunger, salivation, and food intake. *Addictive Behaviors,* 14(4). 387–397.

Rollnick, S. et al. (2008): *Motivational interviewing in health care.* Guilford Press, New York.

Rubak, S. et al. (2005): Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice,* 55, 305–312.

Ruderman, A. J. et al. (1985): Restraint, anticipated consumption, and overeating. *Journal of Abnormal Psychology,* 94(4). 547–555.

Schachter, S. (1968): Obesity and eating. *Science,* 161(3843). 751–756.

Schachter, S. – Rodin, J. (eds): *Obese humans and rats.* Erlbaum, Potomac.

Schwartz, M. B. – Puhl, R. (2003): Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity Reviews,* 4. 57–71.

Seo, D-C., – Sa, J. (2010): A meta-analysis of obesity interventions among U.S. minority children. *Journal of Adolescent Health*, 46(4). 309–323.

Sidó Z. (2003): Korunk epidémiája: az elhízás. *Lege Artis Medicinae,* 13(7). 541–545.

Simonyi G. – Czeglédi E. (2009): Az elhízás pszichés vezetése és a diéta gyakorlati problémái. *Magyar Családorvosok Lapja,* 2009/5. 17–22.

Smith, B. K. et al. (2009): Comparison of two self-directed weight loss interventions: Limited weekly support vs. no outside support. *Obesity Research and Clinical Practice,* 3. 149–157.

Smith West, D. et al. (2007): Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care,* 30. 1081–1087.

Snow, V. et al. (2005): Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine,* 142(7). 525–5

Stevens, A. et al. (2007): Popular and fad diet programs. Nutritional adequacy, safety, and efficacy. In: Latner, J. D. – Wilson, G. T. (eds): *Self-help approaches for obesity and eating disorders.* Guilford Press, New York. 21–52.

Stice, E. et al. (2006): A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132(5). 667–691.

Strode, S. W. et al. (1999): Technical and clinical progress in telemedicine. *JAMA,* 281(12). 1066–1068.

Swinburn, B. A. et al. (1999): Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine,* 29(6 Pt 1). 563–570.

Szabó P. (2000): Biológiai tényezők – A táplálékfelvétel szabályozása. In: Túry F. – Szabó P.: *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa.* Medicina Kiadó, Budapest. 155–170.

Thompson, W. G. et al. (2007): Treatment of Obesity. *Mayo Clinic Proceedings,* 82(1). 93–102.

Torgerson, J. S. et al. (2004): XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: A randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care,* 27(1). 155–161.

Torgerson, J. S. – Sjöström, L. (2002): Surgery for obesity: Psychosocial and medical outcomes. In: Fairburn, C. G. – Brownell, K. D. (eds): *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (2nd edition). Guilford Press, New York, London. 568–572.

Tsai, A. G. – Wadden, T. A. (2005): Systematic review: An evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. *Annals of Internal Medicine,* 142(1). 56–66.

Urbán R. (2009): A motivációs interjú. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 29–45.

Van Dorsten, B. (2007): The use of motivational interviewing in weight loss. *Current Diabetes Reports, 7. 386*–390.

Van Wier, M. F. et al. (2009): Phone and e-mail counselling are effective for weight management in an overweight working population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health,* 9. 6.

Váradi G. (2007): *Minimálisan invazív eljárások a kóros kövérség sebészetében. Szakdolgozat.* Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Budapest.

Wadden, T. A. et al. (2002): Obesity: Responding to a global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 70(3). 510–525.

Wadden, T. A. – Butryn, M. L. (2003): Behavioral treatment of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America,* 32. 981–1003.

Wadden, T. A. et al. (2004): Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obesity Research,* 12. S151–S62.

Wadden, T. A. et al. (2005): Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America,* 28. 151–170.

Wadden, T. A. – Osei, S. (2004): The treatment of obesity: An overview. In: Wadden, T. A. – Stunkard. A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 229–248.

WHO (World Health Organization) (2000): *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.* WHO, Geneva.

Wilding, J. P. H. (2007): Treatment strategies for obesity. *Obesity Reviews,* 8(1). S137–S144.

Wing, R. R. (2004): Behavioral weight control. In: Wadden, T. A. – Stunkard, A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 301–316.

Womble, L. G. et al. (2004): Commercial and self-help weight loss programs. In: Wadden, T. A. – Stunkard. A. J. (eds): *Handbook of obesity treatment.* Guilford Press, New York. 395–415.

Woods, S. C. – Seeley, R. J. (2002): Understanding the physiology of obesity: review of recent developments in obesity research. *International Journal of Obesity,* 26(4). S8–S10.

Tombor Ildikó és Urbán Róbert

A VÁRANDÓS NŐKKEL VÉGZETT, A DOHÁNYZÁSRÓL LESZOKÁST TÁMOGATÓ TANÁCSADÁS MÓDSZEREI

BEVEZETÉS

Az egészségpszichológia egyik legkomolyabb, magyar szempontból is igen releváns kihívása a 21. században a női dohányzás növekvő tendenciájának (Tombor és mtsai. 2010a) s járulékosan a várandósság alatti dohányzásnak a visszaszorítása. Noha ez utóbbi prevalenciájára vonatkozó reprezentatív magyar adat nem áll rendelkezésünkre, a közelmúltban végzett kutatásunkban a megkérdezett várandós nők 29,3%-a számolt be arról, hogy napi szinten dohányzott a várandóssága alatt (Tombor és mtsai. 2010b). Finn mintán végzett kutatás eredményei szerint a várandós nők 13,1%-a a várandósság teljes ideje alatt folytatja a dohányzást, 13,4%-a pedig kevesebb mint napi öt szál cigarettára csökkenti a dohányzás mértékét a 20. gestatios hét végére (Raatikainen et al. 2007). Németországban a nők 13%-a naponta legalább egy szál cigarettát elszív azt követően, hogy tudomására jut a várandósságának (Schneider et al. 2008). A terhes dohányosok arányát Ausztráliában egyes kutatások 14,3%-ra (Giglia et al. 2007), Japánban 10,4%-ra becsülik (Suzuki et al. 2005), bár a dohányzás mértékéről ezekben a tanulmányokban nem számolnak be. Az Egyesült Államokban a várandósok mintegy 13,8%-a saját bevallása szerint dohányzik a várandóssága utolsó három hónapjában (CDC, 2009).

Az anya várandósság alatti dohányzása egyike azoknak a megelőzhető kockázati tényezőknek, amelyek jelentősen hozzájárulnak a prenatális és perinatális morbiditáshoz, mortalitáshoz. A kismama dohányzása a várandósság legalapvetőbb elemeire nézve is igen destruktív. Rendkívül káros hatásai vannak a fejlődő placentára, annak strukturális és funkcionális károsodását okozza (Jauniaux–Burton 2007; Zdravkovic et al. 2005). A várandósság alatt fogyasztott cigaretta miatt fennálló krónikus dohányzás

a placenta károsításán túlmenően a fejlődő magzat krónikus oxigénhiányához és érszűkületéhez vezet (Zdravkovic et al. 2005). A terhesség alatti dohányzással összefüggésbe hozható további egészségi kockázatokat az *1. táblázat*ban foglaljuk össze.

1. táblázat. A terhesség alatti dohányzással összefüggésbe hozható egészségi kockázatok

Egészségi kockázat	A kockázat mértéke a terhesség alatt nem dohányzókhoz képest OR (95% CI)	
Placenta praevia	1,58 (1,04–2,12)	Castles et al. 1999
Placentaleválás	1,60 (1,44–1,75)	Castles et al. 1999
Méhen kívüli terhesség	1,51 (0,88–2,15)	Castles et al. 1999
PPROM (a magzatburok idő előtti megrepedése)	1,70 (1,18–2,25)	Castles et al. 1999
Abnormális magzati szívverés	1,18 (1,06–1,32)	Raatikainen et al. 2007
A terhesség tartamához képest kisebb magzat (SGA)	2,11 (1,88–2,37)	Raatikainen et al. 2007
Alacsony születési súly (< 2 500 g)	1,82 (1,57–2,11)	Raatikainen et al. 2007
Születési fejkörfogat (< 32 cm)	1,65 (1,62–1,68)	Kallén 2000
Koraszülés	1,15 (1,04–1,28)	Raatikainen et al. 2007
Halvaszületés	1,15 (1,04–1,28)	Raatikainen et al. 2007
Hirtelen bölcsőhalál	2,60 (1,40–4,80)	Fleming–Blair 2007
Spontán vetélés	1,30 (1,00–1,60)	Chatenoud et al. 1998
Praeeclampsia	0,51 (0,37–0,63)	Castles et al. 1999
	0,16 (0–0,90) +	Janakiraman et al. 2009

+ Csak erős dohányosoknál (kotininkoncentráció > 200 ng/ml)

Noha a várandós anyák dohányzásról való leszokásának támogatása kiemelt népegészségügyi feladat, úgy tűnik, hogy ennek megoldása a világ minden táján komoly nehézségek elé állítja az egészségügyi intézményrendszert. Grangé és munkatársai (2006) francia várandósok körében végzett vizsgálata arra mutat rá, hogy a várandósság kezdetén dohányzó kismamák 76%-ánál került felmérésre a dohányzói státusz, ugyanakkor a várandósság alatt folyamatosan dohányzó nők 21%-a arról számolt be, hogy esetükben sem az orvosok, sem a védőnők nem kérdeztek rá arra, hogy dohányoznak-e. Úgy tűnik, a védőnők esetenként kerülik a dohányzás kérdéskörének érintését, mivel olyan potenciális konfliktusforrásként interpretálják, amely a kismamákkal való kapcsolat megromlásához vezet (Abrahamsson et al. 2005). Ennek hátterében vélhetően az áll, hogy a várandós dohányosok adott esetben már egyébként is meglévő negatív megítéléstől való félelmét és bűntudatát erősíti (Abrahamsson et al. 2005).

Egyes felmérések szerint az alapellátásban részt vevők jelentős része, mintegy 70–80%-a, nem kap rendszeresen tanácsot a dohányzásról való leszokással kapcsolatban a rutin-terhesgondozások alkalmával, 21% pedig egyáltalán nem kap semmilyen tanácsot erre vonatkozóan (Cope et al. 2003; Tsoh et al. 2010). Ugyanakkor igen alacsony a várandós dohányosok intervencióban való részvételi hajlandósága (Patten et al. 2010), illetve nagyon magas az intervenciós programból lemorzsolódók aránya (Baha–Le Faou 2009).

Mivel a terhesgondozások kiváló alkalmat jelenthetnének a dohányzásról való leszokás facilitálására, fontos lenne azoknak az akadályoknak a vizsgálata, amelyek csökkentik annak az esélyét, hogy a dohányzó nő a várandóssága előtt és alatt segítséget kap és leteszi a cigarettát. Úgy tűnik, hogy a kismamákkal leggyakrabban érintkező szakorvosok, illetve védőnők számára tartott dohányzásról leszokást támogató képzés jelentősen megnövelheti a dohányzók azonosításának, illetve az intervenció felajánlásának valószínűségét az alapellátásban. Moss és munkatársai (2009) kimutatták, hogy a képzési programot követő évben az intervenció felajánlási aránya a kezdeti 28%-ról 62%-ra, a programot követő második évben a dohányzói státusz felmérésének aránya 49%-ról 86%-ra emelkedett a képzésben részt vevő szakorvosok, illetve védőnők körében.

Az akadályok között megkerülhetetlenül előkerülnek a dohányzásról való leszokással kapcsolatos félelmek és hiedelmek. Ilyenek például az elhízástól való félelem (Berg et al. 2008), az intervenció kapcsán anticipált szégyen és bűntudatérzés (Abrahamsson et al. 2005), a dohányzói státusz miatti konfrontációtól való félelem (deVries et al. 2006), valamint az intervenció hatékonyságának megkérdőjelezése (Vogt et al. 2010). A közelmúltban végzett kutatásunk arra hívja fel a figyelmet, hogy akiknél hangsúlyosabban van jelen a várandósság alatti dohányzásban rejlő kockázat tagadása, azok kisebb valószínűséggel teszik le a cigarettát a várandósság idejére (Tombor és mtsai. 2010/b). Az intervenciók tervezésekor célszerű kiemelten foglalkozni ezekkel a kérdéscsoportokkal, mivel akár a félelmek, hiedelmek megbízható forrásból érkező pontosítása, akár a reális kockázatok átbeszélése segítséget jelenthet a kismamáknak, hogy minél előbb elköteleződjenek a leszokás mellett.

A várandós dohányosok kockázatészlelésével kapcsolatban azonban még számos tisztázásra váró kérdés merül fel. Elképzelhető, hogy nem a veszély észlelésének a hiánya a kulcsmomentum, hanem az észlelt veszély átfordítása viselkedésmódosításba. Kérdés az is, hogy várandósság alatti dohányzásban rejlő kockázat észlelésének hiánya vagy e kozkázat mértékének alulbecslése mennyiben tudható be a kockázattal kapcsolatos tárgyi tudás hiányának.

A következőkben a szakirodalomban jelenleg fellelhető, a várandós nők dohányzásról leszokásának támogatását megcélzó főbb, tudományos alapokon nyugvó intervenciós módszercsoportok kerülnek áttekintésre. Az egészségügyi alapellátásban (a terhesgondozások alkalmával) nyújtott intervenciót tekintjük kiindulópontnak, ez ugyanis a leghozzáférhetőbb, s – legalábbis elviekben – minden várandós nő számára elérhető. Majd áttekintjük, milyen elemeket tesznek hozzá a minimálintervencióhoz az egyes elméleti megközelítések, módszerek a dohányzásról leszokást támogató intervenciók hatékonyságának növelése érdekében.

ÁLTALÁNOS ALAPELVEK

A várandósság kilenc hónapja kivételes időszak, mivel a kismama rendszeresen találkozik az egészségügyi személyzettel, fokozódik a saját testére irányuló figyelme, a környezet is másként tekint a várandós nőre, s előtérbe kerül a fejlődő magzat egészségmegőrzésének prioritása (Lawrence–Haslam 2007; Scheibmeir et al. 2005). Mindezekre a tényezőkre úgy is tekinthetünk, mint amelyek potenciálisan felhasználhatók a dohányzás abbahagyásának elősegítésében. Ugyanakkor az is világosan látszik, hogy nem mindenki válik motiválttá a dohányzás abbahagyására pusztán amiatt, mert várandós (Lawrence–Haslam 2007). Úgy tűnik, hogy a dohányzással kapcsolatos motivációk és attitűdök nagyobb hatással vannak a viselkedéses változásra, mint maga a várandósság (Ortendahl 2004).

Alapvető fontosságú, hogy minden terhesgondozáson megjelenő vagy a családgondozó által felkeresett kismama esetében felmérésre kerüljön az aktuális dohányzói státusza (Fiore et al. 2009). Egyes eredmények szerint az önbeszámolón alapuló dohányzói státusz jelentősen eltér a tényleges dohányzói státusztól (Everett-Murphy 2010) s ezért a felmérést célszerű valamilyen biokémiai vizsgálattal kiegészíteni (Cope et al. 2003). Mások ugyanakkor az önbeszámoló és a költséges biokémiai eljárások eredményei közti magas együttjárásra hívják fel a figyelmet (Higgins et al. 2009; McDonald et al. 2005). A magyarországi terhesgondozási gyakorlat esetében a kérdést, hogy önbeszámolóval vagy az esetleg megbízhatóbbnak ítélt biokémiai módszerekkel mérjék fel a kismamák aktuális dohányzói státuszát, legtöbbször a korlátozott anyagi lehetőségek s így a rendelkezésre álló, kevésbé felszerelt technikai háttér megléte dönti el.

Figyelembe véve, hogy a leszokási hajlandóság a várandósság kezdeti szakaszában a legmagasabb (Lawrence–Haslam 2007), célszerű minden dohányos várandósnak tanácsolni a dohányzás abbahagyását és mielőbb biztosítani számukra a legmegfelelőbb támogatást. Ez párhuzamba állítható azzal, hogy számos ajánlás szerint az egészségügyi alapellátás keretein belül a minimálintervenciót mindenki számára fel kell kínálni (Fiore et al. 2009; Kovács és mtsai. 2009).

A várandós kismamákkal dolgozó szakembereknek olyan kapcsolat kialakítására érdemes törekedni, amelyben a dohányzásról, annak potenciális veszélyeiről, a leszokás lehetőségeiről szabadon lehet beszélni. Ehhez nyílt, de nem ítélkező vagy kioktató kommunikációs stílusra, a dohányos kismama véleményét és szándékát tiszteletben tartó attitűdre (Arborelius–Nyberg 1997), a leszokáshoz való hozzáállás mindenkori fázisának figyelembevételére van szükség (Lawrence–Haslam 2007).

Ahhoz, hogy a dohányzásról való leszokás támogatást mint szolgáltatást hatékonyan tudják felkínálni a kismamáknak akár egy egészségügyi intézményben, akár egy nonprofit társaságnál, fontos, hogy az adott intervenciós protokoll írásban is rögzítésre kerüljön. Ez egyfelől segít megtartani a kereteket, másfelől kapaszkodóként is szolgál a szakemberek számára (Baxter et al. 2010). Kérdésként merül fel, hogy mennyiben kell

módosítani a már létező protokollokat, és mennyiben kell a kismamákra szabni azokat. A gyakorlatban a várandós kismamák dohányzásról való leszokása támogatásának feladata az egészségügy keretei között a védőnőkre hárul. Így megkerülhetetlen az erre a feladatra való speciális elméleti és gyakorlati felkészítésük (Baxter et al. 2010). Ugyanakkor fontos szerepet kaphatnak más szakemberek is – pszichológusok, dohányzásról való leszokás támogatására kiképzett tanácsadók –, akik intenzív támogatást tudnak nyújtani a leszokni kívánó kismamáknak.

A dohányzásról való leszokást támogató intervenciók esetén figyelembe kell venni magának a leszokásnak a folyamat jellegét (Prochaska–DiClemente 1983). A visszaesés gyakori, és a dohányzásmentes élet fenntartása, megszilárdulása szempontjából kiemelt jelentőségű, hogy igaz alacsonyabb intenzitással, de a támogató háttér akkor is rendelkezésre álljon, amikor a kismama már letette a cigarettát (Lawrence–Haslam 2007).

Fontos kutatási és gyakorlati kérdés, hogy vajon a várandós dohányosok esetében a bizonyítottan hatékony eljárások ugyanolyan mértékben növelik-e a leszokás esélyét, mint a nem várandós dohányosoknál. A kérdés azért releváns, mert a várandós dohányos kismamák számos szempontból egy speciális populáció tagjaiként kezelendők. A normál dohányos populációtól való legnyilvánvalóbb különbözőségük, hogy esetükben limitált az az idő, ami rendelkezésükre áll a leszokási szándék megfogalmazásáig, majd a szándék cselekvésbe történő átfordításáig. Ennek az idői sürgetettségnek az optimális kezelése kulcsfontosságú lehet az intervenció sikeressége szempontjából. Vitathatatlanul fontos tehát, hogy mielőbb letegyék a cigarettát, de legalább ilyen fontos az is, hogy a szülést követően se térjenek vissza a dohányzó életmódhoz (Fiore et al. 2009).

A várandóssággal természetesen együtt járó testi, érzelmi változások megkerülhetetlenül szerepet játszanak a dohányzásról való leszokás folyamatában. Egyesek felvetik, hogy a menstruációs ciklus szakaszai eltérő hatással vannak a nők dohányzási viselkedésére (Gray et al. 2010), így felmerül a kérdés, hogy a terhesség alatti hormonális változások miképp fejtik ki feltételezett hatásukat a dohányzásra, illetve a leszokási folyamatra. A várandósságspecifikus stressz, mint a fizikai tünetek, a megváltozott testkép, a terhességgel összefüggő párkapcsolati nehézségek, anyagi problémák, a terhesség nem tervezett volta mind olyan tényezők, amelyek szerepet játszanak a várandósság alatti dohányzásban (Lobel et al. 2008), így e félelmek, szorongások feltárása és megbeszélése, a stresszkezelés lehetőségeinek begyakorlása is elősegítheti, hogy a kismama a dohányzásról való leszokásra tudjon koncentrálni. Hangsúlyosabb az anya dohányzásának a környezetére, szűken értelmezve a fejlődő magzatra gyakorolt hatásának megbeszélése, tudatosítása. A várandós dohányosok számára tervezett, leszokást támogató intervenciók kialakításánál figyelembe kell venni, hogy a dohányzó népességhez viszonyítva a várandós dohányosok nagyobb arányban alacsonyabb iskolai végzettségűek (Grangé et al. 2005) és általában fiatalabbak (Raatikainen et al. 2007).

MINIMÁLINTERVENCIÓ

A minimálintervenció az egészségügyi alapellátás lehetőségeihez és időbeosztásához alkalmazkodó, nagyon rövid, mindössze 5–15 percet igénylő intervenciós technika, amelyet széleskörűen alkalmaznak a dohányosok leszokásának támogatásában (Fiore et al. 2009). Az amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium útmutatása alapján (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002) a várandós nők dohányzásról való leszokása támogatásának lépéseit összhangban a minimálintervenció sztenderd felépítésével a *2. táblázat* mutatja be.

2. táblázat. Terhesekkel végzett, dohányzásról való leszokástámogatás minimálintervenciójának (5A) struktúrája (Az Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium nyomán, 2002)

1. lépés: Ask/ Kérdezés *1 perc*	*Minden terhesgondozáson megjelenő kismama esetében felmérésre és dokumentálásra kerül az aktuális dohányzói státusza, a napi elszívott cigaretta mennyiségével együtt.*	*A: sohasem dohányzott* *B: a terhesség előtt leszokott* *C: a terhesség óta nem dohányzik* *D: ugyanúgy dohányzik, mint a terhesség előtt* *E: kevesebbet dohányzik, mint a terhesség előtt*	*A, B, C válasz esetén: A nem dohányzói státusz, illetve a leszokás elismerése, bátorítás az állapot fenntartásához. A dohányzásmentesség előnyeinek, illetve a passzív dohányzás veszélyeinek kihangsúlyozása.* *D, E válasz esetén: felmérni, hogy mit tud a kismama a terhesség alatti dohányzás veszélyeiről, majd 2. lépés.*
2. lépés: Advise/ Tanács 1 perc	Minden dohányos kismamának világosan, határozottan és személyre szabottan kell tanácsolni a dohányzás abbahagyását, bárhogy dönt is, tiszteletben kell tartani, és biztosítani kell a támogatásról akkor is, ha a későbbiekben dönt a leszokás mellett.		A dohányzásról leszokás előnyeinek kihangsúlyozása, a leszokásnak a fejlődő magzat életére gyakorolt kedvező hatásainak kiemelése, a dohányzás és a terhesség alatti komplikációk kockázatának összekapcsolása kerüljön a fókuszba.

3. lépés: Assess/ Felmérés 5 perc	Minden dohányos kismamánál fel kell mérni, hogy aktuálisan hogyan viszonyul a dohányzásról való leszokáshoz.	A: a következő 30 napban tervezi a leszokást B: nem tervezi letenni a cigarettát a következő 30 napban	A válasz esetén: 4. lépés. B válasz esetén: motivációs interjú technikája a változással kapcsolatos személyes motivációk feltárása és mobilizálása érdekében.
4. lépés: Assist/ Támogatás 5 perc	Azoknak a dohányos kismamáknak, akik elszánták magukat a dohányzásról való leszokásra, fel kell ajánlani az intervenciót.		Önsegítő eszközök felkínálása. A dohányzásról való leszokás napjának kijelölése a következő két hétben, előkészületek a leszokásra. A társas támogatás lehetőségeinek átbeszélése.
5. lépés: Arrange/ Követés 2 perc	Minden dohányos kismama esetében követni kell a változást, a felmerülő elakadásokat, nehézségeket kezelni kell.		A minimálintervencióba vont kismamák számára felkínált és elfogadott lehetőségek dokumentálása, majd újbóli találkozáskor a változások követése, nehézségek átbeszélése. A támogatás rendelkezésre állásának megerősítése. Bátorítás a továbbiakhoz.

A minimálintervenció rendkívül idő- és költséghatékony eljárás, megfelelő felkészítést követően a várandós nőkkel leggyakrabban érintkező védőnők vagy családgondozók is alkalmazhatják. Alacsony szocioökonómiai státuszú várandós dohányosokkal végzett kutatás eredményei azt mutatják, hogy azok a nők, akik részesültek minimálintervencióban, szignifikánsan több leszokási kísérlettel (24 órán át nem gyújtottak rá) rendelkeztek, mint akik nem kaptak ilyen speciális tanácsadást (Everett-Murphy et al. 2010). Továbbá az intervenciós csoportban szignifikánsan többen csökkentették legalább felére a cigaretta mennyiségét a várandósság végére; a nők 28,1%-ánál volt kimutatható szignifikáns kotininszint-csökkenés, a kontrollcsoportnál ez az arány 16,3% volt (Everett-Murphy et al. 2010). Lemmens és munkatársainak (2008) nagyszabású áttekintő tanulmánya alapján az látszik, hogy a minimálintervenció dohányzó felnőttek körében 74%-kal növeli a leszokás esélyét az intervencióban nem részesülő kontrollcsoporthoz képest.

A tisztázásra váró kérdések közé tartozik, hogy vajon a minimálintervenció ugyanolyan hatékony-e akkor, ha orvos, védőnő vagy pszichológus nyújtja. Továbbá a hatékonyság szempontjából szintén fontos kérdés, hogy milyen a minimálintervenció protokolljával való compliance a leszokástámogatást nyújtó szakemberek részéről.

FARMAKOTERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

A dohányzásról való leszokás támogatásban felnőttek esetén fontos módszercsoportot képviselnek a farmakoterápiás eljárások, ideértve a vény nélkül kapható nikotinpótló eljárásokat, illetve a vényköteles vareniklin vagy bupropion hatóanyagú gyógyszereket. Az eredmények azt mutatják, hogy mindezek jelentősen megnövelik a dohányzás abbahagyásának esélyét (Shiffman et al. 2009). Egy áttekintő tanulmány eredményei szerint (Lemmens et al. 2008) a placebóhoz képest a bupropion kétszeresére, míg a nikotinpótló eljárások 77%-kal emelik a leszokás esélyét. A várandósság és a szoptatás ideje alatt azonban a jelenlegi orvosi ajánlásoknak megfelelően kontraindikált ezen eljárások alkalmazása (Benowitz–Dempsey 2004; Coleman 2007).

Napjainkban is folyik a vita a nikotinpótló eljárások várandósság alatti biztonságos használatával kapcsolatban. Az ártalomcsökkentés álláspontján állók szerint, noha a várandósság alatti folyamatos dohányzásban rejlő jól dokumentált, igen magas kockázat áll a leszokásból származó előnyökkel, valamint a gyógyszeres kezelésben rejlő kockázattal szemben, egyelőre a megfelelő humán klinikai vizsgálatok hiányában, nehány országban a várandós dohányosokat meg nikotinpótló eljárások nélkül kell támogatni a leszokásban (Fiore et al. 2009; Slotkin 2008).

Mások arra hívják fel a figyelmet, hogy különösen az igen erős dohányos kismamák esetén indokolt lehet nikotinpótló eljárásokat alkalmazni a leszokástámogatásban a várható előnyök és a lehetséges kockázatok gondos mérlegelését követően. Az érvek között szerepel, hogy nikotinpótló eljárások alkalmazásával kevesebb nikotin jut be az anya s így a magzat szervezetébe, mint akkor, amikor az anya dohányzik. Továbbá, hogy az anya dohányzása esetén a cigarettában található további számos toxikus anyag is bekerül a magzat szervezetébe, míg a nikotin ártalomcsökkentő alkalmazása esetén a többi vegyi anyag nem éri el a magzatot (Ruiz 2004).

Néhány nemzetközi vizsgálatban beemelték a várandós nőkkel végzett dohányzásról való leszokást támogató intervenciós programba a nikotinpótló eljárásokat. A nikotinpótló eljárásokat alkalmazó várandós dohányos nőknél több mint kétszeresére nőtt a dohányzásról való leszokás esélye azokhoz képest, akik nem vettek igénybe ilyen segítséget (Baha–Le Faou 2009). Amikor a nikotinpótló eljárásokat kognitív viselkedésterápiával kombinálták, a várandós nők várandósság alatti absztinenciaesélye megháromszorozódott azokhoz képest, akik csak kognitív viselkedésterápiában részesültek (Pollak et al. 2007). Úgy tűnik, hogy a nikotinpótló eljárások kapcsán a cigaretta letételét követő két nap a kritikus. Azok a kismamák, akik ebben a két napban az előírásoknak megfelelően használják például a nikotintapaszt, azok hosszabb ideig veszik igénybe a nikotinpótló eljárásokat. Ez azért lényeges, mert az eredmények azt mutatják, hogy minél hosszabb ideig veszi igénybe egy kismama a nikotinpótló eljárást, annál valószínűbb, hogy sikeresen leteszi a cigarettát (Fish et al. 2009).

BIOFEEDBACK

A dohányzás problémakörében a biokémiai módszereken alapuló mérések több szempontból is kulcsfontosságúak. Egyrészt pótolhatatlan szerepük van az önbeszámolón alapuló dohányzói státusz verifikációjában. A terhesség alatti dohányzásról való leszokással kapcsolatos növekvő társadalmi nyomás egyre nehezebbé teszi a kismamák számára a dohányzás bevallását, így a biokémiai módszereken alapuló módszerek a tényleges dohányzói státusz megállapításában is kulcsfontosságú szerepet töltenek be (NHS, 2010). Másrészt az eredmények visszajelzése alternatív, kiegészítő intervenciós módszerként jelenhet meg a dohányzásról való leszokás támogatásában. A különféle biomarkerek felmérése objektív és kézzelfogható eredménnyel szolgál a dohányzás, illetve a dohányfüstnek való kitettség mértékével, ezáltal az egészségre gyakorolt káros hatással kapcsolatban, egyben lehetőséget biztosít a változások követésére is (Shahab et al. 2011).

Egyszerűen, gyorsan és viszonylag alacsony anyagi ráfordítással elvégezhető módszer a kilélegzett levegő szén-monoxid-szintjének mérése, mely azonnali, számszerűsíthető visszacsatolási lehetőséget biztosít. Egy közelmúltban végzett vizsgálat arra mutat rá, hogy a szén-monoxid szintjének intervenciós céllal történő visszajelzése, minimálintervencióval kiegészítve legalábbis rövid távon megnöveli a dohányzók leszokási hajlandóságát azokhoz képest, akik csak minimálintervencióban részesültek (Shahab et al. 2011).

A nikotin bomlástermékeinek (pl. kotinin) kimutatása vérből, illetve vizeletből már komolyabb laborháttér-feltételeket követel a minta begyűjtése és az elemzések elvégzése szempontjából egyaránt. A mindennapi terhesgondozási gyakorlat szerint esedékes rutinlaborvizsgálatok nehezen használhatók fel intervenciós céllal. Ennek hátterében vélhetően az áll, hogy a minták levételét, azok kiértékelését, illetve az eredményekről történő visszajelzést nem a várandós nőkkel legtöbbször találkozó védőnők végzik. Így a folyamat több szakember részleges bevonódásával jár, igen időigényes, s a visszajelzés, ha egyáltalán van, időben olyan távolra kerül magától a vizsgálattól, hogy a visszajelzés erejében rejlő hatékonyság egészen minimálisra csökken (Cope et al. 2003). Ezeket a hiányosságokat küszöbölik ki vagy igyekeznek kompenzálni a biokémiai reakción alapuló, azonnali kiértékelést nyújtó, laborháttér nélkül is kivitelezhető (point-of-care) tesztek (Cope et al. 2003).

A kotinin vizeletből történő gyors kimutatására alkalmas például a SmokeScreen (Wolfson Applied Technology Laboratory, Birmingham, UK), a nyálból történő kimutatásra pedig a NicAlert (Craig Medical Distribution, Inc., Vista CA) lehet a megfelelő eszköz. Amikor a várandós dohányosoknak nyújtott minimálintervenciót a SmokeScreen segítségével történő visszajelzéssel egészítették ki, szignifikánsan magasabb volt a leszokási arány, a visszajelzést nem kapó, csak minimálintervencióban részesülő kontrollcsoporthoz képest (Cope et al. 2003). Sajnálatos módon a magas költségvonzatuk miatt ezek az eljárások kevéssé elterjedtek Magyarországon, az intervenciók kiegészítéseként ezért hazánkban inkább a szén-monoxid-mérést alkalmazzák.

Vajon a különböző dohányzással kapcsolatos biomarkerek visszajelzésén alapuló módszerek önállóan is alkalmazhatók a dohányzásról való leszokás támogatásában? További kutatások szükségesek annak tisztázására, hogy pontosan milyen útvonalakon keresztül járulnak hozzá a dohányzásról való leszokás melletti elköteleződéshez? Milyen eszközökkel lehetne megnyújtani a leszokási hajlandóságra gyakorolt kedvező hatásukat?

ÖNSEGÍTŐ ESZKÖZÖK

Az önsegítő eszközök (self-help) legtöbbször tájékoztató kiadványok, munkafüzetek, könyvek vagy videó, DVD, internetes honlap formájában kerülnek felkínálásra a dohányosoknak, és fontos elméleti, gyakorlati tudnivalókat, tanácsokat foglalnak össze a leszokás folyamatával, a közben felmerülő nehézségekkel és azok lehetséges kezelési módjaival kapcsolatban. Magyarországon ilyen például a www.leteszemacigit.hu honlap, amely a dohányosok széles körének nyújt, térítésmentes formában, önsegítő információkat.

Az önsegítésen alapuló intervenciók napjainkban is igen elterjedt és népszerű módszercsoportot képviselnek, mivel mind a tanácsadói oldalról, mind a dohányzásról leszokni vágyók oldaláról számos előnyös tulajdonsággal rendelkeznek. Fontos szempont, hogy ez a módszercsalád széles réteg számára teszi elérhetővé a dohányzásról való leszokástámogatást, az intervenció lefolytatásához nem szükséges költséges szakmai apparátust fenntartani, legtöbbször nem időhöz vagy helyhez kötöttek és mivel folyamatosan rendelkezésre állnak, így újra és újra elő lehet őket venni. További előnyük, hogy olyan személyek számára is vonzó alternatívát jelentenek a dohányzásról való leszokásban, akik nem akarnak/tudnak szakember irányítása mellett zajló, szemtől szembeni intervención részt venni.

A számos kedvező tulajdonság ellenére mégis úgy tűnik, hogy akár a személyes vagy csoportos tanácsadás (Lemmens et al. 2008), akár a telefonon keresztül végzett intervenció hatékonyabb, mint a csupán önsegítő anyagokon alapuló intervenciók (Lawrence–Haslam 2007), erősebb dohányosoknál pedig még inkább szükséges kiegészítő intervenciós eszközök használata (Naughton et al. 2008). Az önsegítő eszközökben rejlő intervenciós potenciál azonban semmi esetre sem lebecsülendő. Mint ahogy arra egy közelmúltban készült metaelemzés (Naughton et al. 2008) is rámutat, az alapellátás szokásos ellátásában részesülőkhöz képest az önsegítő eszközöket használó várandósok esetében közel kétszerese az esélye a leszokásnak. Lemmens és munkatársainak áttekintése (2008) pedig arra hívja fel a figyelmet, hogy az önsegítő eszközöket használóknál 25%-kal nő a leszokás esélye a semmilyen intervencióban nem részesülőkhöz képest.

Minthogy nincs egységesen kialakult koncepció azzal kapcsolatban, hogy a dohányzásról való leszokástámogatásban alkalmazott önsegítő eszközöknek milyen elemekből célszerű felépülniük, érdemes lenne megvizsgálni, hogy vannak-e olyan tematikus pontok, amelyek beépítésével növelhető az önsegítő eszközök hatékonysága.

KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIÁS ELVEKET HASZNÁLÓ INTERVENCIÓK

A változás transzteoretikus modelljének szemléletében végzett intervenció

A változás transzteoretikus modelljén (Prochaska–DiClemente 1982) alapuló dohányzásról leszokást támogató intervenciók a legelterjedtebbek közé tartoznak (Lawrence–Haslam 2007). Minden dohányos személy a változáshoz való aktuális hozzáállására vonatkozó kérdésre adott válasza szerint, hogy „szándékában áll leszokni a cigarettáról egy hónapon belül/fél éven belül?" besorolásra kerül a következő csoportok egyikébe: töprengés előtti fázis (nem foglalkoztatja a leszokás gondolata); töprengés fázis (a következő hat hónapban szeretné letenni a cigarettát); előkészületi fázis (egy hónapon belül szeretné letenni a cigarettát); a cselekvés fázisa (már lépéseket tett a leszokással kapcsolatban).

Bár a transzteoretikus modellt komoly kritikákkal illették (West 2005; 2006), a modell mellett érvelők szerint ennek a modellnek heurisztikus előnye, hogy mindenki számára olyan intervenciós utat jelöl ki, az elsajátítandó készségekkel, információkkal, megoldásra váró problémahelyzetekkel együtt, amely pontosan illik a személy mindenkori aktuális állapotához (Lawrence–Haslam 2007). Így azokat a kismamákat, akik nem érzik szükségesnek, hogy letegyék a cigarettát, elsősorban a leszokással kapcsolatos motiváció felkeltését fókuszba állító intervencióban (lásd *A motivációs interjú*) kell részesíteni. Ebben az esetben az intervenció során célszerű a leszokásból származó előnyök, a dohányzás fenntartásából származó egészségügyi kockázatok, a jelenkori viselkedésének a magzat életére gyakorolt közvetlen hatásainak átbeszélésére helyezni a hangsúlyt. Azoknak a kismamáknak, akik már elköteleződtek a leszokás mellett, az előkészületekben, illetve a leszokási folyamat kapcsán előforduló nehézségek kezelésében, a visszaszokás megelőzésében kell segítséget nyújtani, praktikus tanácsokkal, problémamegoldási helyzetgyakorlatokkal, stresszkezelési technikák átadásával (Lawrence–Haslam 2007).

A motivációs interjú

Mint ahogyan arra a változás transzteoretikus modellje is rámutat, a dohányzásról való leszokás folyamatának kezdeti fázisaiban központi kérdés, hogy a dohányos elszánta-e magát egyáltalán a cigaretta letételére. Szükségét érzi-e annak, hogy lépéseket tegyen annak érdekében, hogy változtasson az egészségkárosító magatartásán, vagy sem. A motivációs interjú megközelítése és technikája (Rollnick et al. 2008; magyarul lásd Urbán 2009) azokban az esetekben különösen ajánlott, amikor az illető dohányos még a töprengés előtti vagy esetleg a töprengés fázisában van. Ilyenkor ugyanis az az elsődleges cél, hogy a probléma felismeréséhez és a magatartásváltozás felé vezető első lépések

megtételéhez segítsük hozzá a személyt. Ugyanakkor a motiváció fenntartása és erősítése a leszokás támogatásának egész folyamata során alapvető feladat.

A motivációs interjú elvei értelmében a segítő tiszteletben tartja a kliens akaratát a viselkedésváltozással kapcsolatban, nem gyakorol rá nyomást, nem konfrontálódik vele. Ellenben igyekszik felszínre hozni a személy meglévő motivációit és mobilizálni ezeket annak érdekében, hogy a pozitív viselkedésváltozás felé mozduljon el. A motivációs technika deklarált alapelvei (RULE) a következőkben foglalhatók össze: 1. Resist/ellenállás: Az ellenállás kezelését jelenti. A személy ellenállása felhasználható a viselkedésváltozásának elősegítésében. Fontos, hogy a változással kapcsolatos ambivalencia feloldása után a személy maga érveljen a változás szükségessége mellett. 2. Understand/megértés: A második elv arra vonatkozik, hogy a segítő törekszik arra, hogy megértse a leszokni vágyó személy motivációit, vágyait, elképzeléseit a változással kapcsolatban. Lényeges, hogy a kliens motivációi kerüljenek feltárásra és ne a segítő szerint fontos motivációk. 3. Listen/meghallgatás: A kliensre való empatikus odafigyelés alapvető elvként kerül megfogalmazásra. 4. Empower/megerősítés: Az utolsó alapelv értelmében a kliens változással kapcsolatos aktivitásának növelése, a változás sikerességébe vetett hitének erősítése központi feladata a segítőnek a motivációs interjú technikájának alkalmazásakor (Rollnick et al. 2008).

Lai és munkatársainak (2010) áttekintése alapján az látszik, hogy a motivációs interjú technikája 27%-kal növeli a leszokási valószínűséget a minimálintervencióhoz képest. A tanulmány igen fontos tanulságai közé tartozik, hogy a motivációs interjú hatékonysága nem különbözik, ha személyesen, illetve ha telefonon keresztül zajlik a program, ugyanakkor hatékonyabbnak bizonyulnak azok az intervenciók, amelyekben a motivációs interjúra szánt idő több mint húsz perc.

A dohányzásról való leszokást támogató, elsősorban a kognitív viselkedésterápiák elveit használó intervenciókba számos kisebb technikai elem rugalmasan integrálható. Ilyen a problémamegoldás fejlesztése, a stresszkezelési technikák elsajátítása és gyakorlása, a relaxációs módszerek megtanulása vagy épp az asszertivitásnak és a társas támogatásnak a fejlesztése (Fiore et al. 2009; Urbán 2007; Urbán–Vajer 2010). Hasznos lehet az ingerkontrollmódszer beemelése is, melynek lényege, hogy a környezet dohányzásra felszólító kulcsingereit, a dohányzást kiváltó helyzeteket egyfelől elkerülje a személy, másfelől változtasson ezeken, harmadrészt pedig keressen alternatívákat helyettük, amennyiben lehetséges (Urbán 2007). Egyes eredmények arról számolnak be, hogy többféle technika alkalmazása növeli az intervenció hatékonyságát (Fiore et al. 2009). Több klinika bevonásával éveken keresztül zajlott egy olyan intervenciós program, melyben a változás transzteoretikus modelljének elveit (a személyek aktuális állapotuk felmérését követően személyre szabott tanácsadásban részesültek) ötvözték a motivációs interjú alapelveivel, és önsegítő füzetekkel egészítették ki. A terhesgondozások mindenkori ritmusához alkalmazkodó intervenciót követően a dohányzók aránya 34%-kal, a szülést követő egy év múlva pedig a dohányzási/visszaszokási arány 22%-kal csökkent (Valanis et al. 2003).

További kutatások szükségesek annak tisztázására, hogy milyen kapcsolat van a motivációs interjúra szánt alkalmak, illetve az utánkövetéses alkalmak száma és a dohányzásról való leszokástámogatás tekintetében mutatott hatékonyság között.

Telefonos tanácsadás

A telefonos tanácsadás a várandós nők dohányzásról való leszokása támogatásának változatos populáció körében is hatékony és költségkímélő alternatívája (Fiore et al. 2009; Rabius et al. 2007; Urbán–Vajer 2010), így több országban is integráns része a nemzeti dohányzásellenes programnak (Cummins et al. 2007). Nem a terhesgondozások idejéhez, helyéhez és az adott védőnőkhöz kötött az intervenció, hanem egy erre specializált telefonos tanácsadó szolgáltatás keretében valósul meg a leszokást támogató program, így az akár a kismama otthonából is elérhető (Solomon et al. 2000).

A telefonos tanácsadásban rejlő hatalmas potenciál, hogy a dohányosok széles tömegét képes elérni, mobilizálni és részükre hatékony dohányzásról leszokást támogató intervenciós lehetőséget biztosítani, megfelelő tömegkommunikációs háttér biztosítása esetén. A telefonos tanácsadás proaktív formában előre egyeztetett telefonhívások (általában 5–6 alkalom) formájában valósul meg, általában 10–15 perces időkeretben, melyet a leszokástámogatást nyújtó szervezet kezdeményez (Solomon et al. 2000; Urbán–Vajer 2010).

A proaktív telefonos tanácsadás igénybevétele, egyes eredmények szerint, a dohányos felnőtt népesség esetében szignifikánsan nagyobb leszokási valószínűséget eredményez a csak önsegítő anyagok használatához (McAlister et al. 2004; Rabius et al. 2007; Stead et al. 2007), valamint a minimálintervencióhoz képest (Lemmens et al. 2008). Ugyanakkor több kutatás is arról számol be, hogy várandós dohányosok körében a telefonos tanácsadás nem növeli szignifikánsan a leszokási esélyeket a minimálintervencióhoz képest (Solomon et al. 2000; Rigotti et al. 2006). Stead és munkatársainak (2007) metaelemzése rámutatott, hogy felnőtt dohányosok esetében a sikeresen befejezett telefonos tanácsadói alkalmak számával egy darabig növekszik, majd egy ponton túl nem javul tovább a leszokási arány. Sőt a nagyon magas tanácsadásszám inkább a leszokási kudarcot vetíti előre.

Az ún. quitline-okon keresztül megvalósuló telefonos tanácsadás a proaktív típusú intervenció mellett reaktív módon is működhet, mely esetben a hívást mindig a dohányos személy kezdeményezi, így az akkor aktuálisan felmerülő problémáival kapcsolatban kaphat adekvát tanácsokat. Szemben a proaktív tanácsadással a reaktív tanácsadás esetében nem egy előre meghatározott intervenciós program menete szerint történik a hívások tartalmi fókuszálása, hanem minden esetben a kliens által hozott problémához igazítva (Cummins et al. 2007).

A telefonos tanácsadásban, legyen az akár reaktív, akár proaktív, a motivációs interjú alapelvei kerülnek alkalmazásra, központi feladat a leszokás folyamatának közös

megtervezése, a leszokás napjának kitűzésével, az esetlegesen felmerülő nehézségekkel való megküzdési lehetőségek átbeszélésével együtt. Minden telefonos tanácsadásban szerepel a relapszusprevenció kérdése, ami fontos előnye ennek a módszercsaládnak, ugyanis a támogatás akkor is elérhető a dohányos számára, amikor már letette a cigarettát (Cummins et al. 2007).

Multimédia-alapú intervenciós módszerek

Az elmúlt évtizedekben a számítógépes technika óriási ütemű fejlődésének köszönhetően a mai multimédia-alapú intervenciós módszerek újszerű átmenetet képeznek a szakember vezetésével folyó, illetve az önsegítő eszközökön alapuló intervenció között. A programozástechnika ott tart, hogy lehetőség van élethű interakciók modellezésére, s a többszintű beépített algoritmusok segítségével elérhető a teljesen személyre szabott válaszadás (Walters et al. 2006). Az intervenció megvalósulhat automata központ által generált, rendszeresen küldött tanácsadó e-mailekben, telefonközponton (Ramelson et al. 1999), illetve weblapon keresztül vagy interaktív számítógépes program formájában (pl. videodoktor) (Tsoh et al. 2010).

A visszajelzés formáját tekintve többféle megoldást alkalmaznak ezek az eljárások. A videodoktor-eljárás keretében a program minden egyes intervenciós szakasz végén kinyomtat két dokumentumot. Egyet a tanácsadó számára arról, hogy milyen az intervencióban szereplő személy egészségkárosító magatartással összefüggő kockázati profilja, hol tart a leszokási folyamatban, illetve javaslatokat arra vonatkozóan, hogyan kellene a dohányos nőt a továbbiakban támogatni a kockázatcsökkentésben. A másik dokumentumot pedig a részt vevő dohányos személy számára, amely az adott szekcióhoz kapcsolódó tanácsok összefoglalását, a rendelkezésre álló erőforrásokat, támogató mondatokat, emlékeztetőket tartalmazza (Tsoh et al. 2010).

Walters és munkatársainak (2006) áttekintése arra világít rá, hogy meglehetősen vegyesek az eredmények a multimédián alapuló intervenciós módszerek hatékonyságával kapcsolatban. Mindenesetre ennek a módszercsaládnak financiális szempontból nézve nagy előnye, hogy az intervenció jelentős részében a szakember csak a program ütemezése szerint facilitálja a leszokási folyamatot, ezzel jelentősen lerövidül a személyes konzultáció időtartama. Komoly hátránya azonban, hogy ezek az eszközök csak egy szűk réteg számára elérhetőek, így felmerül, hogy pont azok a hátrányos szociális helyzetű várandós kismamák nem érik el ezeket a lehetőségeket, akik a várandós dohányosok jelentős részét képezik (Grangé et al. 2005).

Az óriási ütemű terjedéséből adódóan az internet mára egyre több ember számára a mindennapok szerves részét képezi, s így növekvő érdeklődés mutatkozik e kommunikációs csatornán keresztül nyújtott intervenciós lehetőségekkel kapcsolatban is. Az internet azért jelenthet vonzó alternatívát a dohányzásról való leszokásban, mert egyfelől a leszokástámogatást nyújtók oldaláról alacsony költségvonzatú, minimális

eszközigényű eljárást jelent, másfelől a leszokni vágyók számára a nap minden órájában, a hét minden napján elérhető, a mindenkori elfoglaltságokhoz rugalmasan igazítható és nem utolsósorban teljes anonimitást biztosító módszer (Civljak et al. 2010).

Az internetalapú, dohányzásról való leszokást támogató intervenciós programok újszerűségéből adódóan az alkalmazhatóság és a hatékonyság pontosabb feltárásához további vizsgálatokra van szükség (Civljak et al. 2010). Az eddigi áttekintő tanulmányok alapján úgy tűnik, hogy az internetalapú intervenciók a felnőtt dohányos népesség körében hatékony intervenciós módszernek tekinthetők az absztitencia fenntartásában (Myung et al. 2009). Az interaktív, személyre szabott online programok hatékonyabbnak bizonyulnak, mint az önsegítő, illetve e-mailen keresztül nyújtott intervenciók (Shahab–McEwen 2009), valamint mint a statikus honlapok (Civljak et al. 2010).

Nyitott kérdés, hogy az internet milyen hatékonysággal használható fel olyan speciális populáció dohányzásról való leszokásának támogatásában, mint például a várandós kismamák vagy a serdülők. Utóbbival kapcsolatban az intervenciók hatékonysága megkérdőjelezhetőnek bizonyult (Myung et al. 2009). Továbbá, hogy az internetalapú dohányzásról való leszokást támogató intervenciók alkalmasak-e az absztinencia hosszú távú fenntartásának elősegítésére.

Diszkusszió

A várandós nők dohányzásról való leszokásának támogatása több szempontból is speciális feladat. Több módszer (pl. farmakoterápia), amely magas hatékonysággal alkalmazható a népesség szélesebb körében, várandósoknál nem javasolt. Továbbá limitált az az idő, amely a szakemberek rendelkezésére áll, hogy akár a töprengés előtti fázisban lévő kismamát a cselekvés fázisáig segítse eljutni. Mivel azonban az intervenciós módszerek széles palettája került kidolgozásra, a személyre szabottság lehetősége legalábbis elviekben mindenképp adott.

Sajnos úgy tűnik, hogy azok a dohányzásról leszokást támogató intervenciók, amelyek hatékonynak bizonyulnak a randomizált vizsgálatokban, nem feltétlenül mutatják ugyanezt a hatékonyságot a mindennapi egészségügyi ellátásra adaptálva (Valanis et al. 2003). Ennek számtalan oka van, kezdve onnan, hogy a kutatásokban a megtervezett intervenciók kivitelezése, intenzitása, időtartama szigorúan kontrollált. Ugyanez nem valósítható meg az egészségügyi ellátásban, mert a gyakorlati kivitelezhetőséget befolyásolja az ellátórendszer komplexitása, a sokféle helyszín, a nagy létszámú személyzet, az ellátottak rendkívül sokszínű populációja, így az intervenció időzítése, intenzitása, időtartama nagy változékonyságot mutat (Valanis et al. 2003). Ahogy arra Baxter és munkatársainak (2010) áttekintő tanulmánya is rámutat, a terhes nőkkel végzett dohányzásról való leszokást támogató intervenciók előtt álló legnagyobb akadályt az időhiány jelenti. A rendelési idők rugalmatlansága, a feszített időbeosztás sem kedvez az intervenciók kivitelezésének.

Az akadályok egy része legyőzhető, vagy legalábbis áthidalható olyan alacsony költségvonzatú és egyszerűen kivitelezhető intervenciós módszerekkel, mint a minimál-intervenció vagy az önsegítés. Ezek hatékonyságban ugyan elmaradnak a komplexebb, több komponensből álló intervenciós stratégiáktól, mint a kognitív-behavior terápiás elveket felhasználó egyéni vagy csoportos leszokástámogatás, vagy az olyan komoly szakmai apparátust kívánó intervenciós módszerektől, mint a telefonos tanácsadás. Fontos kiemelni, hogy bármelyik, az áttekintésben szereplő intervenciós technika alkalmazása megnöveli annak az esélyét, hogy a dohányos kismama sikeresen leteszi a cigarettát a várandóssága idejére. Ennek kapcsán érdemes megemlíteni, hogy egy jó intervenciós módszer hatékonysága nem csupán a gyermek megszületéséig tart, hanem az absztinencia hosszú távú fenntartását is hatékonyan képes elősegíteni a későbbiek folyamán is. Minthogy a várandósság alatt a dohányzást abbahagyó kismamák drámaian magas arányban szoknak vissza a cigarettára közvetlen a gyermek megszületését követően vagy a szoptatás alatt (Fang et al. 2004), így a legtöbb dohányzásról leszokást támogató módszer beépíti programjába a relapszusprevenciót és fontos prioritásként foglalkozik az utánkövetés lehetőségeivel is (Lawrence–Haslam 2007).

A várandós nőkkel végzett, dohányzásról leszokást támogató intervenciós módszerek hatékonyságának további tesztelése a jövő kihívásainak egyike. Az eddigi eredmények alapján az látszik, hogy nincs egy módszer, amely mindenkinek egyformán megfelelő és minden egyéb módszer fölött áll, így maximalizálva a leszokási valószínűséget. Vajon a rendelkezésre álló módszerek ötvözete bizonyulna a leghatékonyabbnak? Egy olyan intervenciós programcsomaggal, amely rendelkezik a bemutatásra kerülő komplexebb technikákban rejlő nagyobb hatékonyságú leszokást támogató potenciállal, illetve a rövid intervenciók vitathatatlanul kedvező tulajdonságaival – könnyen adaptálhatóság, gyors kivitelezhetőség – nagyobb hatékonyságot lehetne elérni, vagy a többféle intervenciós elem nem feltétlenül jelent nagyobb hatékonyságot? Mi lenne az optimális a várandós nők esetében, mik azok a központi elemek, amelyek feltétlenül szükségesek az intervencióban ahhoz, hogy az hatékonyan tudjon hozzájárulni a nők dohányzásról való leszokásához?

Fontos, és az áttekintésben szereplő módszerek egyikében sem érintett kérdés a várandós nők dohányzását fenntartó motivációs háttér felhasználása intervenciós céllal. Egyelőre nincs tudomásunk olyan vizsgálatról, amely a normál populációban is azonosításra kerülő motivációs tényezőket (Piper et al. 2004) egy szermélyre szabott leszokást támogató program részeként alkalmazta volna várandós nőknél, minthogy Fiore és munkatársai (2009) a dohányzásról való leszokást támogató módszereket nagy alapossággal összegző tanulmányukban sem tesznek erre vonatkozóan említést. Ha a motivációs tényezőkre mint a dohányzás fenntartásában alapvető szerepet játszó faktorokra tekintünk, elképzelhető, hogy az ezekre irányuló speciális tanácsadás képes a várandósság alatti és a hosszú távú absztinencia fenntartásának elősegítésére.

Érdemes lenne alaposabb vizsgálat tárgyává tenni, hogy a várandós nőkkel végzett, dohányzásról leszokást támogató intervenciók milyen járulékos haszonnal járnak a cigaretta letételéből származó nyilvánvaló egészségügyi, anyagi előnyökön túlmenően.

Úgy tűnik ugyanis, hogy a dohányzásról való leszokás és a szoptatás között reciprok kapcsolat áll fenn; a cigaretta letétele elősegíti a hosszabb idejű szoptatást (Higgins et al. 2010), illetve a szoptatás hozzájárul az absztinencia fenntartásához (Kendzor et al. 2010). Érdekes, de egyelőre kevéssé feltárt területnek számít a várandósság tényét követő spontán leszokás jelensége. Lényeges és egyelőre megoldatlan kérdés a dohányzásról való leszokást támogató intervenciós programokban való részvételi hajlandóság növelése, illetve a későbbi magas lemorzsolódási arány csökkentése, továbbá a várandósság idejére leszokó kismamák szülést követő visszaesésének megelőzése.

A fentiekben felvázolt problémák, a megválaszolásra váró kérdések sokszínűsége a várandós nőkkel végzett, dohányzásról való leszokást támogató intervenciók összetettségére hívják fel a figyelmet. A jövő megoldásra váró kutatási-gyakorlati feladatai között kiemelt prioritásként kell foglalkozni a szakmák közti kooperáció, az egészségpszichológusok, a védőnői hálózat, a szakorvosok feladat- és felelősségvállalásának elősegítésével. E nélkül ugyanis aligha valósulhat meg e speciális populáció dohányzásmentes életének hatékony támogatása.

IRODALOMJEGYZÉK

Abrahamsson, A. et al. (2005): Some lessons from Swedish midwive's experiences of approaching women smokers in antenatal care. *Midwifery,* 21. 335–345.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2002): *Lecture guide: Smoking cessation during pregnancy: a clinician's guide to helping pregnant women quit smoking.*

Arborelius, E. – Nyberg, K. (1997): How should midwives discuss smoking behaviour in pregnancy with women of low educational attainment? *Midwifery,* 13. 210–215.

Baha, M.Y. – Le Faou, A.-L. (2009): Attitude towards cessation among French pregnant smokers: Explaining the poor uptake of specialised support. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 147. 46–51.

Baxter, S. et al. (2010): Factors relating to the uptake of interventions for smoking cessation among pregnant women: A systematic review and qualitative synthesis. *Nicotine and Tobacco Research,* 12. (7). 685–694.

Benowitz, N. – Dempsey, D. (2004): Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine and Tobacco Research,* 6(Suppl 2). S189–S202.

Berg, C. J. et al. (2008): Is concern about post-cessation weight gain a barrier to smoking cessation among pregnant women? *Nicotine and Tobacco Research,* 10. 7. 1159–1163.

Castles, A. et al. (1999): Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine,* 16. 208–215.

CDC (2009): Trends in Smoking Before, During, and After Pregnancy-Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 31 Sites, 2000-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 58. SS-4.

Chatenoud, L. et al. (1998): Paternal and Maternal Smoking Habits before Conception and During the First Trimester: Relation to Spontaneous Abortion. *Annals of Epidemiology,* 8. 8. 520–526.

Civljak, M. et al. (2010): Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Library,* 9. 1–55.

Coleman, T. (2007): Recommendations for the use of pharmacological smoking cessation strategies in pregnant women. *eNS Drugs,* 21. 983–993.

Cope, G. F. et al. (2003): Feedback from a point-of-care test for nicotine intake to reduce smoking during pregnancy. *Annals of Clinical Biochemistry,* 40. 674–679.

Cummins, S. E. et al. (2007): Tobacco cessation quitlines in North America: a descriptive study. *Tobacco Control,* 16 (Suppl I.). i9–i15.

DeVries, H. et al. (2006): The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling,* 63. 177–187.

Everett-Murphy, K. et al. (2010): The effectiveness of adapted, best practice guidelines for smoking cessation counseling with disadvantaged, pregnant smokers attending public sector antenatal clinics in Cape Town, South Africa. *Acta Obstetricia et Gynecologica,* 89. 478–489.

Fang, W. L. et al. (2004): Smoking Cessation in Pregnancy: A Review of Postpartum Relapse Prevention Strategies. *Journal of the American Board of Family Medicine,* 17. 264–275.

Fiore, M. et al. (2009): *Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicans,* 2008. U.S. DHHS.

Fish, L. J. et al. (2009): Adherence to nicotine replacement therapy among pregnant smokers. *Nicotine and Tobacco Research,* 11. 5. 514–518.

Fleming, P. – Blair, P. S. (2007): Sudden Infant Death Syndrome and parental smoking. *Early Human Development,* 83. 721–725.

Giglia, R. C. et al. (2007): Which mothers smoke before, during and after pregnancy? *Public Health,* 121. 942–949.

Grangé, G. et al. (2005): Description of tobacco addiction in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 120. 146–151.

Grangé, G. et al. (2006): Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 125. 38–43.

Gray, K. M. et al. (2010): Menstrual cycle and cue reactivity in women smokers. *Nicotine and Tobacco Research,* 12. 2. 174–178.

Higgins, S. T. et al. (2009): Biochemical Verification of Smoking Status In Pregnant and Recently Postpartum Women. *Experimental and Clinical Psychopharmacology,* 15. 1. 58–66.

Higgins, T. M. et al. (2010): Effects of cigarette smoking cessation on breastfeeding duration. *Nicotine and Tobacco Research,* 12. 5. 483–488.

Janakiraman, V. et al. (2009): Association of cotinine levels and preeclampsia among African-American women. *Nicotine and Tobacco Research,* 11. 6. 679–684.

Jauniaux, E. – Burton, G. J. (2007): Morphological and biological effects of maternal exposure to tobacco smoke on the feto-placental unit. *Early Human Development,* 83. 699–706.

Källén, K. (2000): Maternal smoking during pregnancy and infant head circumference at birth. *Early Human Development,* 58. 197–204.

Kendzor, D. E. et al. (2010): Breast feeding is associated with postpartum smoking abstinence among women who quit smoking due to pregnancy. *Nicotine and Tobacco Research,* 12. 10. 983–988.

Kovács G. és mtsai. (2009): A dohányzásról leszokás támogatásának szakmai irányelve. *Medicina Thoracalis*, LXII (3). 159–175.

Lawrence, W. T. – Haslam, C. (2007): Smoking during pregnancy. Where Next for Stage-based Interventions? *Journal of Health Psychology,* 12. 1. 159–169.

Lai, D. C. T. et al. (2010): Motivational interviewing for smoking cessation (Review). *Cochrane Library,* 3. 1–37.

Lemmens, V. et al. (2008): Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *European Journal of Cancer Prevention,* 17. 6. 535–544.

Lobel, M. et al. (2008): Pregnancy-Specific Stress, Prenatal Health Behaviors, and Birth Outcomes. *Health Psychology,* 27. 5. 604–615.

McAlister, A. L. et al. (2004): Telephone assistance for smoking cessation: one year cost effectiveness estimations. *Tobacco Control,* 13. 85–86.

McDonald, S. D. et al. (2005): Correlation between self-reported smoking status and serum cotinine during pregnancy. *Addictive Behaviors,* 30. 4. 853–857.

Moss, D. R. et al. (2009): Targeting pregnant and parental smokers: Long-term outcomes of a practice-based intervention. *Nicotine and Tobacco Research,* 11. 3. 278–285.

Myung, S. K. et al. (2009): Web-and Computer-Based Smoking Cessation Programs Are Effective for Adult Smokers. *Archives of Internal Medicine,* 169. 929–937.

Naughton, F. et al. (2008): Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction,* 103. 566–579.

NHS (2010): *How to stop smoking in pregnancy and following childbirth?* NICE public health guidance 26.

Ortendahl, M. (2004): Pregnant and nonpregnant smokers attitude toward smokings. *Addictive Behaviors,* 29. 495–505.

Patten, C. A. et al. (2010): Feasibility of a tobacco cessation intervention for pregnant Alaska Native women. *Nicotine and Tobacco Research,* 12. 2. 79–87.

Piper, M. E. et al. (2004): A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 72(2). 139–154.

Pollak, K. I. et al. (2007): Nicotine Replacement and Behavioral Therapy for Smoking Cessation in Pregnancy. *American Journal of Preventive Medicine,* 33(4). 297–305.

Prochaska, J. O. – DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychoterapy: Theory, Research and Practice,* 19. 276–288.

Prochaska, J. O. – DiClemente, C. C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 51. 3. 390–395.

Raatikainen, K. et al. (2007): Smoking in early gestation or through pregnancy: a decision crucial to pregnancy outcome. *Preventive Medicine,* 44. 59–63.

Rabius, V. et al. (2007): Effects of frequency and duration in telephone counselling for smoking cessation. *Tobacco Control,* 16(Suppl I.). i71–i74.

Ramelson, H. Z. et al. (1999): An automated telephone-based smoking cessation education and counseling system. *Patient Education and Counseling, 36.* 131–144.

Rigotti, N. A. et al. (2006): Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol,* 108(1). 83–92.

Rollnick, S. et al. (2008): *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior.* The Guilford Press, New York. 3–10.

Ruiz, C. A. J. (2004): Nicotine Replacement Therapy During Pregnancy. *Arch Bronconeumol,* 42. 8. 404–409.

Scheibmeir, M. S. et al. (2005): Smoking Cessation Strategy Use Among Pregnant Ex-Smokers. *Western Journal of Nursing Research,* 27. 411–427.

Schneider, S. et al. (2008): Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health,* 122. 11. 1210–1216.

Shiffman, S. et al. (2009): Quitting by Gradual Smoking Reduction Using Nicotine Gum A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine,* 36(2). 96–104.

Shahab, L. – McEwen, A. (2009): Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. *Addiction,* 104. 1792–1804.

Shahab, L. et al. (2011): A randomized, controlled trial of adding expired carbon monoxide feedback to brief stop smoking advice: evaluation of cognitive and behavioral effects. *Health Psychology,* 30. 1. 49–57.

Slotkin, T. A. (2008): If nicotine is a developmental neurotoxicant in animal studies, dare we recommend nicotine replacement therapy in pregnant women and adolescents? *Neurotoxicology and Teratology,* 30. 1–19.

Solomon, L. J. et al. (2000): Proactive telephone peer support to help pregnant women stop smoking. *Tobacco Control,* 9. (Suppl III). iii72–iii74.

Stead, L. F. et al. (2007): A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control,* 16. i3–i8.

Suzuki, J. et al. (2005): Predictors of smoking cessation during pregnancy among the women of Yamato and Ayase municipalities in Japan. *Public Health,* 119. 679–685.

Tombor I. és mtsai. (2010/a): A dohányzás epidemiológiája a magyar népesség körében országos reprezentatív adatok alapján. *Orvosi Hetilap,* 151. *9.* 330–337.

Tombor I. és mtsai. (2010/b): Denial of smoking-related risk among pregnant smokers. *Acta Obstetricia et Gynecologica,* 89. 524–530.

Tsoh, J. Y. et al. (2010): Promoting smoking cessation in pregnancy with Video Doktor plus provider cueing: a randomized trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica,* 89. 515–523.

Urbán R. (2007): *A dohányzás egészségpszichológiája*. Nyitott könyv, Budapest. 131–138.

Urbán R. (2009): A motivációs interjú. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 29–45.

Urbán R. – Vajer P. (2010): Leszokástámogatás gyógyszermentes módszerekkel: magatartásorvoslási módszerek a leszokás támogatásában. In: Kovács G. (szerk): *Dohányzás és leszokás*. Medicina, Budapest. 21–37.

Valanis, B. et al. (2003): Integrating Prenatal-Postnatal Smoking Interventions into Usual Care in a Health Maintenance Organization. *Health Promotion Practice,* 4. 236–248.

Vogt, F. et al. (2010): Examining why smokers do not want behavioral support with stopping smoking. *Patient Education and Counseling,* 79. 160–166.

Walters, S. T. et al. (2006): A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. *Addictive Behaviors,* 31. 264–277.

West, R. (2005): Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100. 1036–1039.

West, R. (2006): The transtheoretical model of behavior change and the scientific method. *Addiction*, 101. 774–778.

Zdravkovic, T. et al. (2005): The Adverse Effects of Maternal Smoking on the Human Placenta: A Review. *Placenta,* 26. Supplement 1. S81–S86.

Németh Zsófia és Demetrovics Zsolt

A HOZZÁFÉRHETŐSÉG SZEREPE AZ ALKOHOLHASZNÁLAT ÉS KÖVETKEZMÉNYEINEK MEGELŐZÉSÉBEN

BEVEZETŐ

Az alkoholnak többféle kulturális és szimbolikus jelentése van a társadalomban. Ezek közül számos jelentés köthető bizonyos alkalmakhoz és kontextushoz (pl. evés, ünnepek, hagyományok), amelyek *pozitív, társadalmilag elfogadott* és *támogatott* tartalommal ruházzák fel a fogyasztását (Babor et al. 2004). Ugyanakkor az alkohol *az egyik legjelentősebb károsító tényező*, amelynek fogyasztása számos népegészségügyi kockázattal jár. Az alkoholfogyasztásból eredő károk jelentik a harmadik legjelentősebb betegségterhet az egész világon (WHO, 2009a), és különösen a fejlett országokban jelentenek komoly kihívást. Az Európai Unióban az összes korai halálozás és megbetegedés 7,4%-át a túlzott alkoholfogyasztás okozza, amely legérzékenyebben a 15–29 éves korosztályt érinti: ebben a korcsoportban az alkohol a férfiak halálozásának 25%-át, a nők halálozásának 10%-át okozza (EU Alcohol Strategy, 2006). Egyúttal figyelmeztető az alkoholhasználat káros következményeinek romló tendenciája is: 2000 és 2002 között 15%-kal nőtt az alkohollal összefüggő halálesetek száma (WHO, 2009/c). Bár kis mennyiségben (napi 10 gramm alkohol) az alkoholnak akár kedvező hatása is lehet a szív- és érrendszeri egészségre (Corrao et al. 2000), az alkoholhasználat ártalmai számosak. Az alkoholfogyasztás szoros kapcsolatban áll például a szándékos és nem szándékos balestek, a családon belüli erőszak, az öngyilkosság, a gyilkosság, egyéb bűncselekmények, a kockázatos szexuális magatartás, a rossz munkahelyi teljesítmény, illetve a munkahelyről való hiányzás előfordulásával (részletesen lásd Babor et al. 2004; Anderson–Baumberg 2006), aminek az össztársadalmi következményei és költségei is jelentősek.

Az alkoholfogyasztás visszaszorítására és az azzal összefüggő társadalmi és egészségügyi károk csökkentésére egy sor szakpolitikai stratégia és program született nemzetközi és nemzeti szinten. Ezen programokat és intézkedéseket, amelyek tehát az alkoholfogyasztással kapcsolatos ártalmak csökkentését célozzák, definiáljuk *alkoholpolitika*ként (WHO/b, 2009).

ALKOHOLPOLITIKAI MEGKÖZELÍTÉSEK

Az alkoholpolitika fő pillérét a *megelőzési programok* jelentik. Ezek széles eszköztára magában foglalja többek között az ittas vezetésre vonatkozó szabályokat, a felvilágosító programokat óvodákban, iskolákban és munkahelyeken, a széles társadalmi csoportoknak szóló kampányokat, a szeszes italok palackjain található figyelmeztető feliratot, a szeszes italok reklámozásának korlátozását vagy tiltását, a tanácsadást, a kezelést, az alkoholpiac szabályozását, a fogyasztási környezetben (pl. kocsmákban, fesztiválokon) zajló ártalomcsökkentő programokat és a közösségi mobilizációs programokat.

A megelőzési programok alapvetően két csoportba oszthatók. Az egyik csoportot a fogyasztók felvilágosítása, képzése és meggyőzése, a közvélemény formálása és a káros hatások kommunikálása alkotja, amellyel összességében a szeszes ital iránti *kereslet csökkentésé*t kívánják elérni a programok alkotói. A másik csoportba sorolhatók a szeszes italok árusítását és vásárlását, azaz a piac szabályozását és korlátozást támogató intézkedések, amelyeknek a *kínálatcsökkentés* a célja. Bár a két megközelítés jól megfér egymással és egymást kiegészítő szakpolitikai alternatívák lehetnek, de az erőforrások szűkössége és a hatékonyság kérdésében mégis versengenek egymással.

Room, Babor és Rehm (2005) szerint a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján a felvilágosító programok bővítik az ismereteket és az attitűdök is módosulhatnak, de a fogyasztói magatartás tekintetében nem eredményeznek változást. Egy a Cochrane-adatbázis alapján 56 kutatást elemző, szisztematikus szakirodalmi áttekintés arra jutott, hogy hosszú távon az iskolai programok nincsenek szignifikáns hatással az egyén fogyasztására, bár ez alól kivételt jelentenek a család erősítését célzó programok (Foxcroft et al. 2003). Az eddigi tapasztalatok alapján azt is el lehet mondani, hogy a széles társadalmi csoportokat megszólító kampányoknak sincs pozitív hatásuk (Room et al. 2005). Ugyanígy a szeszes italokra ragasztott, a termékek egészségkárosító hatására figyelmeztető címkék sem befolyásolták hatékonyan a fogyasztást (Grube–Nygaard 2001), bár fontos szerepük van abban, hogy a fogyasztókban tudatosítsák az alkohol káros hatását (Anderson et al. 2009).

A keresletcsökkentő programokkal szemben a *kínálatcsökkentő politikák hatékonyabbak* a szakirodalom szerint, azonban *népszerűtlenek* a lakosság körében és így a politikusok sem szívesen alkalmazzák őket (Room et al. 2005; Anderson et al. 2009).

Az egyik leggyakrabban alkalmazott keresletcsökkentő eszköz az *áremelés*, amelynek hatékonyságáról elégséges bizonyíték áll rendelkezésre. A vizsgálatok egyöntetűen azt támasztják alá, hogy az alkoholfogyasztás árérzékeny és az úgynevezett árelaszticitás (azaz bizonyos mértékű áremelkedés hány százalékos csökkenést eredményez a fogyasztásban) az egészségre legkárosabb röviditaloknál a legmagasabb (Anderson–Baumberg 2006). A tapasztalat szerint az áremelés különösen a problémás ivókat érinti érzékenyen, és az áremelés hatására hosszú távon csökken a közlekedési balesetek száma, valamint a máj cirrhosis mortalitás (Rabinovich et al. 2009). A kutatók egyetértenek abban, hogy az ár- és adóemelés kétségtelenül hatékony és egyben magas költség-haszonnal rendelkező eszköz az alkohol okozta károk csökkentésében (Room et al. 2005; Anderson et al. 2009).

Az alkoholpiac szabályozásának másik módját, a *hozzáférhetőség korlátozásá*t is összességében hatékonynak és magas költség-haszonnal járónak ítéli a szakirodalom (Grube–Nygaard 2001; Room et al. 2005; Anderson et al. 2009). A hozzáférés korlátozása alatt például a szeszesital-árusítóhelyek nyitva tartásának szabályozását, az árusítóhelyek sűrűségének szabályozását, a licencek kiadásának korlátozását (például az árusítás állami monopóliumának fenntartását), illetve a szeszesital-vásárlás legális korhatárának emelését értjük.

Az alkoholpiac szabályozásának *két szintere* van: az intézkedések vonatkozhatnak a fogyasztási helyekre, azaz bárokra, klubokra, kocsmákra, éttermekre, ahol a szeszes italt elfogyasztják (angolul *on-premise*-nek nevezik), illetve az árusítóhelyekre, azaz boltokra és üzletekre, ahol csak megvásárolják a fogyasztók a terméket, de otthon vagy máshol isszák meg (angol elnevezése: *off-premise*). Kultúránként eltérő, hogy mely színtereken szigorúbb az árusítás korlátozása. Svédországban például elsősorban a vásárlási lehetőséget korlátozzák (off-premise) az állami monopólium révén, míg Ausztráliában főként a fogyasztási helyek (on-premise) nyitva tartását szabályozzák. Az eltérő megközelítések alkalmazásának nagy jelentősége van a fogyasztói kultúra alakításában (pl. a Spanyolországban fiatalok között népszerű parkbeli tivornyák, ún. botellonjelenség elterjedése, Calafat et al. 2005) és a fogyasztás megfigyelhetősége szempontjából.

A hozzáférés korlátozásának lehetőségei

Totális korlátozás a szeszes ital árusítására és előállítására jelenleg csak muzulmán országokban létezik. Azonban a rendelkezésre álló retrospektív, történelmi elemzések szerint Észak-Amerikában és a skandináv országokban korábban bevezetett totális korlátozás csökkentette az alkohollal összefüggő problémákat. Ezzel együtt az illegális kínálat és kereslet a bűncselekmények és erőszakos cselekedetek növekedésével járt együtt, amely általában véve kérdésessé teszi a totális korlátozás hatékonyságát és alkalmazhatóságát. A totális korlátozás természetesen politikailag sem elfogadható a mai Európában, ezért ezzel a továbbiakban nem foglalkozunk. Mindazonáltal *részleges korlátozás* több helyen van érvényben bizonyos korcsoportokra (pl. kiskorúak), ittas állapotra vagy egyéb körülményekre (pl. közterületen, kórházban) nézve.

Nemzetközi példák a részleges korlátozásokra

SVÉDORSZÁG

A részleges korlátozás egyik leggyakrabban emlegetett példája a svéd Bratt-rendszer. 1917-ben vezették be az Ivan Bratt által kidolgozott rendszert, amely a felnőtt lakosság körében limitálta a fejenként megvásárolható alkohol mennyiségét. Kezdetben havi egy litert, később havi három liter rövidital vásárlását engedélyezték és jegyezték fel a vásárlók könyvében. Bár a bor vásárlását nem limitálták, de túlzott fogyasztása esetén elrendelhették a korlátozását. A Bratt-rendszert végül a súlyos diszkriminációk és igazságtalanságok miatt 1955-ben megszüntették (Tigerstedt 2000). Mivel minden vásárló rendelkezett egy könyvvel, amiben a vásárlásait regisztrálták, a Bratt-rendszer a kutatók számára értékes adatállomány-archívumot hozott létre a fogyasztások mennyiségéről, a fogyasztók szocioökonómiai státuszáról, az alkoholos befolyásoltság alatt elkövetett erőszakos cselekményekről stb. Utólagos vizsgálatok a máj cirrhosis mortalitásának, az erőszakos balesetek prevalenciájának csökkenését mutatták ki a Bratt-rendszer időszakára (Norström 1987).

IZLAND

Egy további példával az izlandi, hagyományosan szigorú alkoholpolitika szolgálhat, ahol többféle területen van és volt érvényben részleges korlátozás a szeszes italok árusításával kapcsolatban. Izlandon 1915 és 1935 között teljes alkoholtilalom volt elrendelve, majd ezt követően is a magas árakkal, korlátozott nyitva tartással, reklámtilalommal és szigorú korhatárral (húszévesnél fiatalabb nem vásárolhat alkoholt) igyekeznek kordában tartani a fogyasztást. Az alkoholhoz való hozzáférés korlátozása ellenére az izlandiak alkoholfogyasztása 1950 és 1985 között megnégyszereződött: a fejenként évi 1,1 liter fogyasztás (tiszta szeszben mérve) 4,1 literre nőtt (Smart 1989). A részleges korlátozás a sörfogyasztásra is vonatkozott, és Izlandon 1989-ig nem lehetett 2,25%-nál magasabb alkoholtartalmú sört árusítani. A sörárusítás liberalizálását követően a teljes alkoholfogyasztás ugyan megnőtt, de 1993 után visszatért a liberalizálás előtti szintre. Emellett a kutatások ezt a növekedést részben az addigi nem regisztrált (unrecorded) fogyasztás nyilvánossá válásával magyarázzák, amit a kérdőíves vizsgálatok is igazolnak (Olafsdottir–Leifman 2002).

LENGYELORSZÁG

Egy harmadik példa a részleges korlátozás alkalmazására Lengyelország, ahol 1981-ben limitálták több árucikk, többek között a szeszes ital vásárlását. Ezzel együtt csökkentették a szeszesital-termelést, több árusítóhelyet bezártak és legfőképp bevezették a vásárlás korlátozását. Egy felnőtt személy havi fél liter tömény szeszre volt jogosult. A korlátozást követő két évben az alkoholos pszichózisban szenvedők kórházi felvétele 60%-kal, a májbetegség okozta halálozás 25%-kal és a baleseti halálozás 15%-kal csökkent (Moskalewicz–Swiatkiewicz 2000).

Működési engedélyek szabályozása

Mint a fenti példákból is kitűnik, az alkoholpolitikai szabályozások egyik kulcseleme a működési engedélyek szabályozása, amely vonatkozhat mind az off-premise, mind az on-premise eladásra. Minden országban *más-más feltételek*hez kötik az állami vagy helyi (önkormányzati) működési engedélyek kiadását, azaz a licencek kiállítását. A röviditalok árusítását például többnyire szigorúbb feltételekhez kötik, mint a bor és a sör árusítását. A működési engedélyek szabályozásának előnyei, hogy a felügyeleti szervek biztosítják a szeszesital-eladásból származó adó befizetését, rögzítik a nyitvatartási időt, szabályozzák, hogy közintézmény vagy oktatási intézmény adott körzetében ne lehessen árusítani szeszes italt, illetve bevonják azon helyek engedélyét, amelyek a fokozottan károsnak vélt fogyasztási mintázatokat támogatják (Anderson–Baumberg 2006).

A működési engedélyek korlátozásának egyik tipikus módja az *állami tulajdonban lévő kiskereskedelmi monopólium* kialakítása. Korábban igen elterjedt volt ez a szabályozási mód, de a mai napig léteznek ilyen állami monopóliumok pl. az USA néhány államában, Kanada bizonyos területein, Új-Zélandon és az észak-európai országokban (Dánia kivételével). Új-Zélandon 1990-ben engedélyezték a bor árusítását élelmiszerboltokban is, aminek következtében a bor eladási forgalma 17%-kal nőtt (Wagenaar–Langley 1995). Finnországban 1969-től tették lehetővé a sör árusítását az élelmiszerboltokban. A liberalizálást követő évben a sörfogyasztás 125%-kal nőtt és 46%-kal emelkedett a teljes alkoholfogyasztás. Bár leginkább a könnyebb szeszes italok fogyasztási alkalma növekedett, a teljes alkoholfogyasztást is érzékenyen érintette a változás, ami a hospitalizáció és a mortalitás növekedésével járt együtt. Különösen a nők, a fiatalok, a vidéki területeken élők és az alacsony végzettségűek körében volt tapasztalható nagy változás (Mäkelä et al. 2002).

Végül érdemes megjegyezni, hogy az italok *csomagolás*ának, *kiszerelés*ének a szabályozása is az árusítás részleges korlátozásának eszköztárába tartozik. A tömény italoknál a kisebb kiszerelés forgalmazásának terjesztése, illetve a „hatos sörcsomagolás" visszaszorítása hatékony cél lehet a túlzott fogyasztás csökkentésében. On-premise árusítás esetén is léteznek bevált gyakorlatok az ártalomcsökkentésre: pl. a személyzet képzése a felelős alkoholfogyasztás témájában (pl. a Biztonságos Bárok program) vagy a törvények következetes végrehajtásának tekintetében (Anderson–Baumberg 2006; Alkoholpolitika és -stratégia, 2009).

Kiskorúak hozzáférésének korlátozása és törvényi végrehajtása

Bár az alkoholhoz való hozzáférés életkorhoz kötött szabályozása 16 és 21 év között országonként változik, minden országban létezik valamilyen korlátozás arra vonatkozólag, hogy gyerekek és kiskorúak ne vásárolhassanak alkoholt.

Wagenaar és Toomey (2000) 120 tanulmányt tekintett át, amelyek 1960 és 1999 között jelentek meg, és arra jutottak, hogy *összességében meggyőző bizonyíték* áll rendelkezésre az alacsony korhatár hatékonyságával kapcsolatban, amely különösen a fiatal korosztályt érő ártalmakban mutatkozik meg, mint például a közúti balesetek száma. Az Egyesült Államokban 1987-ben vezették be minden államban a szeszes ital vásárlásához szükséges minimum 21 éves korhatárt, mivel előtte államonként változott a szabályozás. A korhatár egységesítését vizsgálva Shults és munkatársai (2001) azt találták, hogy ennek eredményeképp 10–16%-kal csökkent a közúti balesetek száma a korhatár emelését követően. Az alkoholfogyasztás káros hatásain túl az önbevallásos fogyasztás alakulását is vizsgálták kutatások, amely szintén csökkenést mutatott a korhatár emelésével (Grube–Nygaard 2001). A szerzők összegzése szerint a fiataloknak szóló számos megelőzési programmal összehasonlítva a korhatár emelése a leghatékonyabb szakpolitikai eszköz.

A korhatár emelése természetesen csak akkor hatékony, ha az a *törvény végrehajtásá*val is jár és erős a visszatartó ereje. Az ESPAD-kutatások eredménye szerint (Hibell et al. 2004) a legális korhatár alattiak 70–95%-a elég könnyen vagy nagyon könnyen jutott alkoholhoz. Grube (1997) a közösségi alapú programok értékelésekor azt tapasztalta, hogy a szeszesital-vásárláshoz engedélyezett korhatár törvényi betartására irányuló programok 39%-kal csökkentették a kiskorúaknak való eladását Észak-Kaliforniában, és ezek a programok különösen akkor voltak sikeresek, ha médiakampány is kísérte őket.

Szeszes italt árusító helyek sűrűségének korlátozása

Az árusítóhelyek sűrűségének korlátozása egy gyakran alkalmazott szakpolitikai eszköz, amelynek hatékonyságáról átfogó szakirodalom áll rendelkezésre. A legtöbb kutatás azokból az országokból származik, ahol alkoholt kizárólag állami monopóliumban lehet vásárolni. Egy újabb üzlet megnyitása például egy olyan faluban vagy községben, ahol korábban nem lehetett helyben alkoholhoz jutni (ún. száraz területek), kiváló vizsgálati terepet biztosítanak a szeszesital-árusító helyek sűrűségének hatásmérésére. Az egyik legkorábbi és mérföldkőnek minősülő, 1951-es vizsgálatot a finn állami szeszes italt forgalmazó cég igazgatója, Pekka Kuusi végezte, aki disszertációja elkészítése során a bort vagy sört árusító új boltok megnyitásának a fogyasztásra gyakorolt hatását mérte Finnországban (Kuusi 1957). A sűrűség növekedésének becsült hatása alapján a férfiak fogyasztása 10–40%-kal emelkedett a községtől függően. *Különösen a fogyasztás gyakorisága nőtt meg*, és a növekedés mértéke annál nagyobb volt, minél ritkábban fogyasztott a lakosság azelőtt alkoholt. A változás nem érintette az absztinenseket és az alkalmi ivókat, valamint a nők és a kiskorú férfiak (15–19 évesek) fogyasztása sem nőtt szignifikánsan. Ugyanakkor az eredmények értelmezéséhez hozzá kell fűzni, hogy nők és kiskorúak felbukkanása a szeszesital-piacon nem illeszkedett a korabeli normákhoz (Mäkelä et al. 2002). A hetvenes években Norvégiában négy esetben sikerült dokumentálni azt, hogy az új szeszesital-árusító boltok megnyitása milyen hatással van

a fogyasztásra. Bár mindegyik esetben olyan helyeken nyíltak az új boltok, ahonnan korábban csak hosszabb út megtételével lehetett borhoz jutni, sör azonban már a bolt megnyitása előtt is elérhető volt az adott településen. A változás hatása ezekben az esetekben nem volt számottevő (Mäkelä et al. 2002). Későbbi kutatások is azt támasztották alá, hogy a sűrűség emelkedésének a hatása akkor erős, ha *nemcsak marginális, hanem jelentős változás* következik be az árusítóhelyek számában vagy fajtájában (WHO, 2009/b).

A korai vizsgálatok az árusítóhelyek sűrűsége és az alkoholfogyasztás kapcsolatát vizsgálták, de később számos vizsgálat foglalkozott a sűrűség és *az alkohol okozta ártalmak kapcsolatá*val. Norström (2000) a norvégiai on-premise árusítóhelyek (bárok, kocsmák) számának és elhelyezkedésének 25 évnyi adatát (1965 és 1990 között) vizsgálva arra jutott, hogy szignifikáns pozitív kapcsolat van a bárok számának növekedése és az *erőszakos cselekmények* száma között.

Európán kívül is több vizsgálat készült, amelyek közül érdemes kiemelni Tatlow, Clapp és Hohnman (2000) kutatását. Ők az árusítóhelyek sűrűségét és *az alkohollal összefüggő kórházi felvételek* kapcsolatát vizsgálták Kaliforniában. A kutatók a postai irányítószámok alapján bontották le a kórházi felvételeket, és azokat hasonlították össze az adott postai irányítószám alatt fellelhető árusítóhelyek számával. Többszörös regressziós analízis segítségével kimutatták, hogy az árusítóhelyek száma jól előrejelzi az alkohollal összefüggő kórházi felvételek számát. További elemzés arra is rámutatott, hogy ha megnöveljük a 10 000 főre jutó árusítóhelyek számát egy egységgel egy postai körzetben, akkor a 10 000 főre jutó kórházi felvételek száma 0,48-dal nő meg.

Kifejezetten a *balesetek* és az on-premise és off-premise árusítóhelyek sűrűségét vizsgálta egy hat éven át tartó kutatás (Treno et al. 2007). Kalifornián belül 581 postai irányítószámmal lefedett területen vizsgálták kórházi és rendőrségi adatok alapján az ittas vezetés során elkövetett baleseteket. Az eredmények szignifikáns összefüggést mutattak az árusítóhelyek sűrűsége és a közúti balesetek száma között. Gruenewald és Ponicki (1995) is alátámasztotta korábban ezt a kapcsolatot, de vizsgálatukban azt is ki tudták mutatni, hogy legerősebben a sör fogyasztása mediálja az árusítóhelyek sűrűsége és a balesetek közti kapcsolatot. Ugyanakkor Trolldal (2005) a kanadai Albertában végzett kutatásában ezzel *ellentétes eredmény*re jutott. A szeszesital-árusítóhelyek privatizációját követően automatikusan megnőtt az árusítóhelyek sűrűsége, ám ennek nem volt hatása a halálos kimenetelű közúti balesetekre.

Szintén Kaliforniában egy másik kutatás a *szülői odafordulás*nak, illetve a 14–16 éves gyermekek elhanyagolásának összefüggését vizsgálta az árusítóhelyek számának tükrében (Freisthler et al. 2009). Az eredmények alátámasztották, hogy a bárok sűrűsödésével csökken a szülők gyerekeikre fordított ideje, a szülők több időt töltenek a bárokban, a gyerekek deviáns magatartása pedig gyakoribb. Ez az összefüggés csak az on-premise helyek sűrűségének hatására vonatkozott, az off-premise helyek esetében nem volt igaz.

Mint arra Trolldal (2005) kapcsán utaltunk, a szakirodalomban találunk olyan eredményeket is, amelyek *óvatosságra intenek* az árusítóhelyek sűrűségének és az alkoholfogyasztás, illetve az azzal összefüggő ártalmak vegytiszta értelmezésével kapcsolatban.

Az előző vizsgálathoz hasonlóan Gorman, Labouvie, Speer és Subaiya (1998) az árusítóhelyek sűrűsége és a házasságon belüli erőszak összefüggését vizsgálta, de eredményeik szerint csak *a társadalmi és gazdasági tényezők magyarázták az erőszak előfordulását*, míg az árusítóhelyek sűrűsége csekély mértékben járult csak hozzá az összefüggéshez. Ezzel összecseng Pollack, Cubbin, Ahn és Winkleby (2005) eredménye is. A szerzők egy 8197 fős mintára támaszkodva azt állapították meg, hogy jelentősen nagyobb volt az árusítóhelyek sűrűsége a hátrányos helyzetű településeken és kerületekben, és az árusítóhelyek sűrűsége önmagában nem magyarázta elégségesen a problémás ivás magas prevalenciáját. A szerzők következtetése szerint a *társas és kulturális norma* alakítja legmarkánsabban az alkoholfogyasztást és nem maga a hozzáférés. Egy másik kutatásban Theall, Scribner, Cohen, Bluthenthal, Schonlau és Farley (2009) eltérő fejlettségű településeket vizsgáltak és azt találták, hogy az off-premise árusítóhelyek sűrűsége szignifikáns kapcsolatban áll a *társadalmi tőke* alacsony szintjével és azzal, hogy a megkérdezettek mennyire észlelik veszélyesnek az adott környéket.

Egy további kutatás is alátámasztja, hogy a sűrűségen túl egyéb fontos társadalmi, gazdasági és az egyéni percepción múló tényezők is befolyásolják az alkoholfogyasztást. Kuntsche és Kuendig (2005) egy svájci mintán vizsgálta az árusítóhelyek sűrűségét, az iskolások alkoholfogyasztását és az iskolaigazgatóknak a tanulók alkoholfogyasztására vonatkozó percepcióját. Arra jutottak, hogy azokon a helyeken, ahol nagy az árusítóhelyek sűrűsége, az iskolaigazgatók sokkal magasabb alkoholfogyasztási prevalenciát feltételeznek, de ez valójában pont ellentétes a diákok valós alkoholfogyasztásával. Azok a kilencedik osztályos diákok, akikről azt feltételezte az igazgató, hogy sokat isznak, valójában keveset ittak és fordítva. Mindazonáltal ez az összefüggés csak a nagyszámú italbolttal rendelkező településeken volt igaz. Ez alapján úgy tűnik, hogy a nagyszámú árusítóhellyel rendelkező településeken az igazgató percepcióját leginkább az általános *fogyasztási norma* tükrözi és nem a diákok valós fogyasztási magatartása.

A szerteágazó eredményeket eddig több szakirodalmi áttekintés is megkísérelte rendezni (Her et al. 1999; Grube–Nygaard 2001; Babor et al. 2004; Anderson–Baumberg 2006; Livingston et al. 2007; Popova et al. 2009). A legfrissebb munka 44 tanulmányt tekintett át az árusítóhelyek sűrűségével kapcsolatban (Popova et al. 2009). A tanulmányok negyede a fogyasztásra, valamint az ivási mintázatok és szokások változására gyakorolt hatását (pl. nagyivás, fogyasztási gyakoriság prevalenciája) mérte, míg a vizsgálatok többsége a fogyasztással összefüggő ártalmak változásával (pl. ittas vezetés, balesetek prevalenciája) foglalkozott.

A szerzők – hasonlóan a többi áttekintés szerzőivel – úgy összegezték a valamelyest ellentmondó eredményeket, hogy összességében mégis azok a vizsgálatok vannak többségben és azoknak az eredményei a legmegalapozottabbak, amelyek *pozitív szignifikáns kapcsolat*ot állapítottak meg a szeszes italokat árusító helyek nagy sűrűsége és az alkoholfogyasztás, illetve az alkohollal összefüggő problémák előfordulási gyakorisága között. Azonban fontos szem előtt tartani, hogy a kutatások nagy része *keresztmetszeti* vizsgálat volt, ezáltal az eredményekből nem vonhatunk le ok-okozati kapcsolatot. További nehéz-

séget okoz, hogy az alkoholpolitikai változások (pl. sűrűség emelkedése) jellemzően más egyéb változásokkal is együtt járnak (pl. nyitva tartás, ár stb.), amelyeknek hozzájárulását az eredményekhez nehéz kiszűrni az elemzés során. Livingston és munkatársai (2007) felhívják a figyelmet arra is, hogy a nagy sűrűség nagyobb versennyel és feltételezhetően az árak csökkenésével is járhat. Nem tűnik továbbá valószínűnek, hogy csupán a kínálat alakítaná a keresletet, azaz csak a sűrűség befolyásolná a fogyasztást. Grube és Nygaard (2001) a szakirodalmi áttekintésükben figyelmeztetnek arra, hogy alig van adat az árusítóhelyek sűrűségének kifejezetten a fiatalok fogyasztására gyakorolt hatásáról. Babor és munkatársai (2004) megjegyzik az alkoholpolitikáról szóló legfrissebb és legrangosabbnak tekinthető kézikönyvükben, hogy bár a kínálatkorlátozás a helyi önkormányzatok és az alkoholpolitika számára egy hatékony és vonzó eszköz, nem szabad elfelejteni, hogy a *mértéktelen korlátozások* a feketepiaci kínálat és az illegális vásárlás növekedésével járnak együtt.

Szeszes italt árusító helyek nyitva tartásának korlátozása

A nyitva tartás korlátozásáról kevesebb elemzés látott eddig napvilágot, mint az árusítóhelyek sűrűségéről. A nyitva tartás korlátozásának a célja a hozzáférés lehetőségének szűkítése, a túlzott fogyasztás csökkentése, a fogyasztással összefüggő egyéni és közösségi ártalmak visszaszorítása és a környezet kímélése (pl. zaj). Megjegyezzük, hogy a nyitva tartás korlátozása alatt az olyan szabályozásokat is értjük, amelyek maguk az árusítóhelyek (pl. kiskereskedelmi boltok) nyitva tartását nem korlátozzák, de alkoholárusítási tilalmat jelentenek az árusítóhelyen bizonyos időszakra (pl. 22 és 5 óra között).

Elméleti szinten két különböző megközelítés ütközik egymással azzal kapcsolatban, hogy a nyitva tartás eszköze hatékony lehet-e (Vingilis et al. 2007). Az egyik elmélet szerint a záróra előtt pánikszerűen megugrik az utolsó kör rendelésének mennyisége, amely meghaladja az átlagos fogyasztás volumenét. Majd záróra után egyszerre egy kisebb tömeget kitevő részeg ember ömlik ki az utcákra, amely az erőszakos cselekmények és balesetek előfordulási valószínűségi gyakoriságát megnöveli. Ezzel a „*záróra előtti rohamivás*" megközelítéssel (angolul power drinking vagy last call) versenyez az *elérhetőség elmélete*, amely azt hangsúlyozza, hogy az elérhetőség korlátozásával csökken a fogyasztás és ezáltal az alkohollal összefüggő problémák incidenciája is.

Az utóbbi évtizedekben jellemzően inkább a *liberalizálási tendencia* érvényesült az alkoholtartalmú italok értékesítésének szabályozásában, és a nyitva tartás deregulációját szorgalmazták a törvényalkotók. Éppen ezért a kutatások fókuszában is a nyitva tartás liberalizálásának a hatásvizsgálata állt, és mindössze három vizsgálat készült a szigorítás hatásáról: egy Brazíliában, egy az Egyesült Államokban és egy Ausztráliában.

A dereguláció egyik ismert példája Svédországból származik, ahol 1981-ben a parlament döntésének értelmében az állami monopóliumban lévő szeszesital-árusítóhelyeket három hónapnyi próbaidőre szombaton is be kellett zárni, hogy egy szakértői vizsgálat megállapíthassa, valóban csökkenne-e a lerészegedés és az erőszakos cselekmények

prevalenciája, a rendőrségi beavatkozások száma és a lakosság által panaszolt hangzavar. Bár az eredmények szerint az összes fogyasztás nem változott, a balesetek száma, az ittassággal összefüggő rendőrségi ügyek és a kórházi felvételek száma valóban csökkent. Ezt egészítette ki egy reprezentatív felmérés, amely szerint a megkérdezettek 60%-a kedvezőnek ítélte a szombati bezárást (Olsson–Wikström 1982). Végül a svéd parlament 1982-től bevezette a szeszesital-árusítóhelyek szombati bezárását. További példaként megemlítenénk, hogy Finnországban és Norvégiában is bezárták kísérleti jelleggel szombatonként ezeket az intézményeket, azonban a hatásvizsgálatok alapján nem mutatkozott szignifikáns hatás, így a végleges szombati bezárásokat levette a kormányzat a napirendről (Mäkele et al. 2002).

Majdnem két évtizeddel később újabb fordulat történt a svéd szeszesital-árusítóhelyek nyitva tartásának szabályozásában, mivel a parlament ezúttal 2000 februárjától másfél éven át kísérleti jelleggel engedélyezte három megyében a szombati nyitva tartást. A vizsgálat során a kontrollmegyéken túl elkülönítettek ún. határmegyéket, hogy az esetleges alkoholvásárlási turizmus zavaró hatását kiküszöböljék. Norström és Skog (2003, 2005) mint megbízott szakértők vizsgálták a rendelkezés hatását. Összességében azt tapasztalták, hogy bár az eladási forgalom 3,3%-kal megnőtt (különösen a sör esetében volt jelentős a növekedés), *de az ittas vezetésben és az erőszakos cselekmények gyakoriságában nem következett be változás*. Megjegyzendő, hogy a három megye adatai csak kisszámú mintát tettek lehetővé az elemzések elvégzéséhez, így a statisztikai erő és ezáltal az eredmények megbízhatósága alacsony volt. Mindazonáltal az adatok tükrében a parlament végül 2001 júliusától kiterjesztette a szombati nyitva tartás engedélyezését egész Svédországra.

Ontarióban (Kanada) szintén csak az arra kijelölt boltokban lehet alkoholt vásárolni. 1997-ben egy új törvény engedélyezte, hogy vasárnaponként is nyitva tarthassanak ezek az üzletek. A svéd kutatás eredményeihez hasonlóan a kanadai vizsgálatban (Carpenter–Eisenberg 2009) *sem tapasztaltak szignifikáns emelkedést* a teljes fogyasztás tekintetében, bár a fogyasztás heti mintázata valóban átalakult, mivel a vasárnapi fogyasztás 7–15%-kal nőtt.

Hasonlóan ehhez a vizsgálathoz egy másik Ontarióban végzett kutatás *sem talált egyértelműen szignifikáns változást a nyitva tartás liberalizálását* követően (Vingilis et al. 2005; Vingilis et al. 2007). Ez a vizsgálat az előző kettővel ellentétben nem az off-premise, hanem az on-premise helyeket vizsgálta. 1996-tól ebben a kanadai tartományban egy órával tovább, hajnali 2-ig tarthattak nyitva a bárok, éttermek, kocsmák stb. A szerzők tíz év adatait vizsgálták este 10 és hajnali 3 között két óránkénti lebontásban és azt állapították meg, hogy a záróra kivételével az egyéb éjszakai időszakokban a rendeletnek nem volt szignifikáns hatása az ittas vezetésre és a balesetek számára (Vingilis et al. 2005). Az autós balesetek száma – hasonlóan két környező régió adataihoz – a vizsgált időszakban még csökkent is, ugyanakkor a nem autóval elkövetett balesetek száma (pl. verekedés) szignifikánsan nőtt a zárórát követően (Vingilis et al. 2007). A szerzők szerint az eredmények megerősítik azt

a feltételezést, hogy *csekély változásoknak nincs egyértelműen számottevő hatásuk* az alkoholfogyasztásra, valamint hogy a problémás ivók nem feltétlenül használják ki maximálisan a zárórát.

Európában az utóbbi évtizedben az egyik legjelentősebb nyitvatartási változást a 2003-ban meghozott nagy-britanniai törvény jelentette, amely megszüntette Angliában és Walesben a korábban egész Nagy-Britanniában érvényes 11 órás zárórát az on-premise helyek esetében. A törvény elrendelte, hogy 2005 novemberétől ebben a két országban akármeddig nyitva tarthatnak a kocsmák és bárok. Eddig nem készült átfogó és alapos vizsgálat a törvény hatásáról, a minisztériumi háttéranyagokon kívül mindössze két kutatást publikáltak szakmailag lektorált folyóiratokban. Mindkét kutatás egy-egy kórház sürgősségi osztályának alkohollal összefüggő eseteit vizsgálta. Az egyik vizsgálatot a birminghami központi kórházban végezték, ahol 2005 januárjában (a törvény életbe lépése előtt tíz hónappal) és 2006 januárjában (a törvény életbe lépése után két hónappal) egy-egy hétig gyűjtötték az adatokat (Durnford et al. 2008). Az eredmények *nem mutattak szignifikáns változást* a fogyasztással összefüggő traumatológiai ártalmak prevalenciájában (pl. törés, detoxikált állapot). Az időbeli lebontást nézve azt lehetett látni, hogy a törvény életbe lépését követően a hajnali órákban (hajnali 3 és 6 között) szignifikánsan megnőtt az alkohollal összefüggő esetek száma, míg az esti órákban (éjfélig) csökkent az alkohollal összefüggő felvételek száma. Összességében tehát *csak egy eltolódás* következett be az alkohollal összefüggő ártalmak fellépésében. A másik vizsgálatban a kutatók hosszabb ideig, egy hónapon át elemezték az este 9 és reggel 9 között a kórház osztályára felvett, alkohollal összefüggő eseteket 2005 és 2006 márciusában egy londoni intézményben (Newton et al. 2007). Az előző vizsgálattal ellentétben a kutatók *szignifikáns növekedést tapasztaltak* az alkohollal összefüggő balesetek és erőszakos események prevalenciájában. Megjegyzendő, hogy az eredményeket az alacsony elemszám nyilvánvalóan torzította (pl. a londoni vizsgálatban az első adatfelvételnél az éjszakai sürgősségi felvételek alapján 2736 esetből mindössze 79-ben, a második adatrögzítésnél 3135 esetből 250-ben volt dokumentálható az alkoholhasználat) (Newton et al. 2007).

A fent említett londoni kórház vizsgálatához hasonlóan nagy számban találhatók a szakirodalomban olyan kutatások, amelyek *szintén szignifikáns eredmények*et közöltek a nyitva tartás liberalizálásának negatív hatásairól. Perth-ben, Nyugat-Ausztráliában 1993-ban hoztak egy törvényt, amelynek értelmében az on-premise árusítóhelyek akár hajnali egyig is nyitva tarthatnak. Chikritzhs és Stockwell (2002, 2007) hat év eladási és rendőrségi adatát elemezve azt állapította meg, hogy szignifikánsan nőtt csakúgy a fogyasztás, mint az alkohollal összefüggő erőszakos cselekmények száma és a férfiak körében előforduló magas véralkoholszint. Egy másik ausztrál vizsgálatban is arra jutottak, hogy a Tasmaniában, Ausztrália legkisebb államában, az 1977-ben bevezetett rugalmas nyitva tartás szignifikánsan több közúti balesetet eredményezett (Smith 1988).

Reykjavíkban (Izland) egy éven át, 1999 júliusa és 2000 júliusa között, kísérleteztek az on-premise helyek rugalmas nyitva tartásával. Azt megelőzően hétköznap 23.30-kor, hétvégén hajnali 2-kor zártak a kocsmák, bárok és klubok, de a kísérleti időszakban

bármeddig nyitva tarthattak. Ragnarsdottir, Kjartansdottir és Davidsottir (2002) a kísérleti év rendőrségi statisztikáiból tetszőlegesen kiválasztott nyolc hétvége adatait elemezték, valamint két terepvizsgálatot is végeztek. Eredményeik azt mutatták, hogy a vizsgált időszakban 80%-kal *nőtt az ittas vezetés* előfordulási gyakorisága és a rendőrségi hívások száma 6–14%-kal nőtt meg (kerülettől függően). Az adatok szerint a sürgősségi esetek száma a hétvégén 20%-kal nőtt, míg hétköznap 2%-kal csökkent, azonban ez az adat nemcsak az alkoholfogyasztással összefüggő esetek számát tartalmazza. A kísérleti periódust követően a főváros úgy döntött, hogy megszünteti a teljesen rugalmas nyitva tartást, viszont a korábbinál hosszabb nyitva tartást engedélyeztek: hétköznap hajnali 2-ig, hétvégén hajnali fél 6-ig tarthatnak nyitva az on-premise árusítóhelyek.

Új-Mexikó államban (USA) engedélyezték 1995 júliusától, hogy vasárnaponként lehessen vásárolni off-premise helyeken alkoholt. Egy hatásvizsgálat szerint a rendelkezést követően vasárnaponként 29%-kal több alkohollal összefüggő autóbaleset és 42%-kal több halálos baleset következett be (McMillan–Lapham 2006).

Mint azt említettük, *mindössze három kutatást közöltek eddig a nyitva tartás szigorításának hatásáról.* Az egyik ismert vizsgálat Brazíliában készült, ahol Diademában, egy San Paolótól 20 kilométerre fekvő városban 2002 júliusában elrendelték, hogy az országban az egyik legmagasabb gyilkossági statisztika csökkentése céljából 23 óra után tilos on-premise (pl. bárok) helyeken alkoholt árusítani (Duailibi et al. 2007). A szerzők tíz év bűnelkövetési adatait elemezték, amelyben egyéb intézkedések hatását (pl. rendőrség megerősítése) is kontrollálták. A gyilkosságok száma valóban *szignifikánsan,* 30%-kal *csökkent* a rendelet bevezetését követően, és a nők elleni erőszakos cselekmények száma is csökkent, de nem szignifikánsan.

Nyugat-Ausztráliában egy alacsony népsűrűségű régióban, ahol a városok távol fekszenek egymástól, egy túlnyomórészt aboriginal őslakosok által lakott kis közösségben bevezették 1992-ben, hogy a közösség által súlyosnak ítélt alkoholfogyasztás csökkentése érdekében dél előtt ne lehessen alkoholt vásárolni off-premise helyeken, bort pedig csak délután 4 és 6 között lehessen venni, aminek mennyiségét is korlátozták (Douglas 1998). Az eredmények szerint *csökkent az alkoholfogyasztás*, bár markáns eltérés mutatkozott az egyes alkoholfajták fogyasztásában. Valójában csak a borfogyasztás csökkent (39%-kal), a tömény ital fogyasztása nem változott, a sörfogyasztás pedig még emelkedett is. Az adatok azt mutatták, hogy *csökkent a bűncselekmények, a családon belüli erőszak, a kórházi felvételek száma*, de az eredményeket óvatosan kell kezelni, mivel ezek nemcsak az alkohollal összefüggő eseteket tartalmazták. Douglas (1998) megemlíti, hogy a korlátozás bevezetésével egy időben indítottak a közösségben felvilágosító programokat, azonban a közlemény nem tér ki azok hatásvizsgálatára.

A harmadik, a nyitva tartás szigorításával foglalkozó vizsgálat az Egyesült Államokban készült. A mexikói határhoz közel élő texasi fiatalok szívesen jártak át a határ túloldalán lévő mexikói Jurez nevű városba hétvégenként kikapcsolódni, mivel ott alacsonyabb volt a vásárláshoz engedélyezett korhatár, valamint a szeszes italok árfekvése

is kedvezőbb volt. 1999-ben Jurezben bevezették, hogy az on-premise helyek (pl. szórakozóhelyek) a korábbi hajnali 5 helyett hajnali 2-ig maradhatnak nyitva. Voas, Lange és Johnson (2002) a korlátozás bevezetése előtt hét hétvégén, majd azt követően 19 hétvégén vették fel az adatokat olyan fiatalokkal, akik épp Jurezből tértek vissza éjfél és hajnali 6 között. A megkérdezettek egy rövid kérdőívet töltöttek ki és véralkoholszintmérésen is részt vettek. Hasonló vizsgálatot készítettek a szerzők a Tijuana és San Diego közötti határátkelőn is negyedévente egyszer. Az eredmények szerint a bulituristák száma 34,5%-kal csökkent, és különösen a magas véralkoholszint (>0,8 mg/ml) előfordulási gyakorisága csökkent (42%-kal). A vizsgálat nem igazolta, hogy korábbra tolódott volna el a látogatások száma. Ezzel egy időben a másik határátkelőn nem tapasztaltak változást. A vizsgálat arra nem tudott fényt deríteni, hogy a rendelet hatására hogyan változott meg a fiatalok fogyasztási magatartása (pl. a texasi oldalon ugyanannyit fogyasztottak, mint korábban Jurezben), valamint az alkohollal összefüggő ártalmakra sem tért ki a kutatás (Voas et al. 2002).

Eddig több szakirodalmi áttekintés is készült a témában (Grube–Nygaard 2001; Babor et al. 2004; Anderson–Baumberg 2006), amelyből kettő szisztematikusan fésülte át az eddig megjelent közleményeket (Popova et al. 2009; Stockwell–Chikritzhs 2009). Popova és munkatársai (2009) tizenöt kutatást tekintettek át, amelyek alapján *négy fő megállapítás*t tettek. 1. Az inkonzisztens eredmények ellenére a kutatások többsége azt mutatja, hogy a nyitva tartás korlátozásával csökken a fogyasztás. 2. Csekély változásnak nincs szignifikáns hatása. 3. Valamennyi kutatás csak a fogyasztás és az alkohollal összefüggő ártalmak prevalenciáját vizsgálta, azaz egy sem foglalkozott az ivási mintázat alakulásával. 4. Mindegyik keresztmetszeti vizsgálat volt, ezáltal az eredményekből nem vonhatunk le ok-okozati kapcsolatot.

Stockwell és Chikritzhs (2009) szisztematikus szakirodalom-áttekintésébe negyvenkilenc vizsgálat került be, mivel a szerzők háttérirodalmat (pl. kormányzati elemzéseket) is beválogattak az áttekintésbe. Ebből huszonkilenc közlemény jelent meg szakmailag lektorált folyóiratban. A szerzők szerint a konzisztens eredmények hiányának fő oka, hogy *alapvető módszertani hiányosságok*kal rendelkeznek a közlemények. A közleményeket három kategóriába osztották a módszertani alaposság és minőség szempontjából. A vizsgálatoknak mindössze egyharmada (tizennégy közlemény) tartalmazott baseline mérést és kontrollmintát is. Csak ezt a kategóriát figyelembe véve a kutatások 79%-a támasztotta alá azt, hogy a nyitva tartás korlátozásával valóban szignifikánsan csökkent a fogyasztás. A szerzők figyelmeztetnek arra, hogy a vizsgálatok mindössze nyolc országból származtak és hogy szükség lenne további országokból származó eredményekre, mivel az eddigi vizsgálatok is azt jelzik, hogy *erős kulturális eltérés* is mutatkozhat a korlátozás hatásában.

Grube és Nygaard (2001) felhívja a figyelmet a szakirodalmi áttekintésében arra, hogy bár eddig több bizonyíték áll rendelkezésre a nyitva tartás korlátozásának kedvező hatásáról, az eddig megjelent közlemények nem foglalkoznak a nyitva tartás korlátozásának a fiatalok fogyasztására gyakorolt hatásával. Babor és munkatársai (2004) azt

hangsúlyozzák, hogy a nyitva tartás korlátozásának megfontolt stratégiai alkalmazása hatékony és költségkímélő eszköz, amelynek hatása a bezárás időszakára koncentrálódik, és elsősorban azokat a fogyasztókat befolyásolja, akik sokáig tartózkodnak bárokban és kocsmákban, tehát akik a leginkább problémás fogyasztók körét alkotják.

HAZAI SZABÁLYOZÁSOK

Az alkoholhoz való hozzáférés szabályozása nemzetközi példáinak ismertetése és a szakirodalom áttekintése után röviden összefoglaljuk a hazai szabályozásokat. Magyarországon az alkoholhoz való hozzáférés korlátozásában az egyetlen állami szinten szabályozott, azaz az egész országra érvényes eszköz a *korhatár* szabályozása. 2002 óta tizennyolc év a szeszes ital vásárlásához szükséges korhatár mind a vendéglátó-ipari, mind a kiskereskedelmi értékesítés során, amelynek megszegését pénzbírsággal büntetik (218/1999. [XII. 28.] Kormányrendelet). A tapasztalat azt mutatja, hogy a jogszabály betartása alacsony és a visszatartó ereje gyenge. A Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség vizsgálatai szerint 2003-ban 631 esetből 359-ben kiszolgáltak fiatalkorút szeszes itallal, mégpedig automatikusan, minden nehézség nélkül (Alkoholpolitika és -stratégia, 2009).

Magyarországon az önkormányzatok szabályozzák helyi rendeletben a közterülethasználatot, így a *közterületen történő alkoholfogyasztás* szabályait is. A működési engedélyek kiadása is az önkormányzatok hatáskörébe tartozik és külön bevételt jelent az önkormányzatok számára. Egy kormányrendelet (218/1999. [XII. 28.]) írja elő az alkoholfogyasztás szabályainak megsértését, azonban a jogszabálynak csekély a visszatartó ereje, mivel annak ellenőrzését praktikusan senki sem gyakorolja. Továbbá a rendelet lefektette azt is, hogy tilos szeszes italt árusítani sportlétesítmények területén és belföldi távolsági buszjáratokon.

Az árusítóhelyek sűrűségével kapcsolatban az egyetlen megszorítás, hogy tilos szeszes italt forgalmazni az alsó- és középfokú oktatási, egészségügyi, gyermek- és ifjúságvédelmi intézmények bármely bejáratától számított 200 méteres távolságon belül, kivéve a melegkonyhás vendéglátóüzleteket (4/1997. [I. 22.] Kormányrendelet) (Alkoholpolitika és -stratégia, 2009). Egyre több önkormányzat, például Budapesten a III., V., VI., VII., VIII., IX., X., XI., XIII., XIV., XV., XVIII., XX. és XXI. kerületben, valamint Budapesten kívül Pécsett, Salgótarjánban és Debrecenben rendelte el az alkoholtartalmú italok *este 10 vagy 11 óra utáni árusításának részleges vagy teljes tiltásá*t. Magyarországon eddig egyik alkoholpolitikai intézkedés hatásáról sem készült hatástanulmány, amely a hozzáférést korlátozta volna, ezért a bevezetett szabályok ártalomcsökkentő népegészségügyi hatása nem ismert.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az alkoholpolitikával foglalkozó kutatók szerint az *alkoholpiac korlátozása* hatékony és költségkímélő eszköz a prevenció terén. Az alkoholpiac korlátozásának számos lehetősége van, amely tartalmazza mind a szeszes italok árának szabályozását, mind a hozzáférés korlátozását. A szeszes italok *ár- és adóemelése* szerteágazó szakirodalmának áttekintésére ebben a fejezetben nem volt lehetőség, amelynek szabályozását racionális keretek között rendkívül hatékonynak és költséghatékonynak tekintik a szakértők (Room et al. 2005; Anderson–Baumberg 2006; Anderson et al. 2009). A túl szigorú ár- és adóemelés azonban az illegális piac terjedésének kedvez és a prevenciós célokkal szemben kontraproduktív lehet.

Ebben a fejezetben a szeszes italok hozzáférésének korlátozásáról, illetve az annak hatásáról szóló szakirodalmának áttekintésére vállalkoztunk. Ezen belül is kiemelt figyelmet fordítottunk a szeszesital-árusítóhelyek sűrűségének és a nyitvatartási idő korlátozásának hatására. A *szeszesital-árusítóhelyek sűrűségé*vel kapcsolatban a vizsgálatok azt mutatták, hogy a sűrű elhelyezkedés *pozitív szignifikáns kapcsolatban áll* az alkoholfogyasztással és az alkohollal összefüggő problémák előfordulási gyakoriságával (Livingston et al. 2009; Popova et al. 2009). Ugyanakkor árnyalják az ismereteinket azok a vizsgálatok, amelyek ezzel *ellentétes eredmény*re jutottak. Az *egyik legmarkánsabb kritika* az árusítóhelyek száma és az alkoholfogyasztás közötti összefüggéssel szemben az, hogy alapvetően a társadalmi és gazdasági tényezők határozzák meg a fogyasztást és az árusítóhelyek sűrűsége csupán egy tényező ebben a modellben. A kritikusok szerint a hátrányos helyzetű kerületekben és településeken magas a szeszesital-árusítóhelyek sűrűsége, viszont csak az előbbi és nem maga a sűrűség függ össze az alkohol okozta ártalmakkal (pl. verekedés) (Gorman et al. 1998; Pollack et al. 2005). Ezek az eredmények óvatosságra intenek azzal kapcsolatban, hogy a *kínálatcsökkentés önmagában nem elégséges* a hatékony prevenció szempontjából, valamint a korlátozási intézkedéseknek egyéb közösségi fejlesztésekkel kell párosulniuk a hatékonyság érdekében.

A *nyitva tartás korlátozásá*ról szóló eredmények is ellentmondásos képet mutatnak. Az utóbbi évek liberalizálási tendenciájának következtében a vizsgálatok túlnyomó többsége a korlátozás megszüntetésének vagy csökkentésének hatásával foglalkozott és mindössze három kutatás vizsgálta a szigorítás hatását. Fontos leszögezni, hogy a három rendelkezésre álló kutatásból kettő az on-premise helyeken (pl. bárok) történő alkoholárusítás idejét korlátozta. Off-premise helyek (pl. éjjel-nappalik) szabályozásáról csak egy kutatásban számoltak be (Douglas 1998). Úgy tűnik, hogy *a liberalizálás hatását vizsgáló kutatások eredményei nem konzisztensek, a szigorításról szóló, módszertanilag igen eltérő és kis számban rendelkezésre álló vizsgálatok abba az irányba mutatnak, hogy az on-premise árusítóhelyek (pl. bárok) éjszakai bezárásával csökken a fogyasztás és az alkohollal összefüggő ártalmak előfordulási gyakorisága. Az egyetlen off-premise árusítóhelyről szóló vizsgálat eredményeit számos módszertani probléma miatt nehéz*

általánosítani. A szakirodalmat szisztematikusan áttekintő tanulmányok szerint az eltérő eredmények mögött egyrészt *kulturális sajátosságok*, másrészt *módszertani hiányosságok* rejlenek (Stockwell–Chikritzhs 2009; Popova et al. 2009). Alapvető problémát jelent, hogy a kutatások egy része nem használt baseline adatokat vagy kontrollcsoportot, rosszul választotta meg az indikátorokat, továbbá alacsony elemszámmal dolgozott, így az eredményeik nem megbízhatóak. Néhány longitudinális vizsgálattól eltekintve a kutatások nagy része keresztmetszeti vizsgálat volt, ezáltal az eredményekből nem vonhatunk le ok-okozati kapcsolatot. További nehézséget okoz, hogy ritkán fordul elő, hogy egy-egy alkoholpolitikai változás (pl. sűrűség emelkedése, nyitva tartás deregulációja) önmagában kerül bevezetésre. Jellemzően más egyéb változásokkal is együtt jár egy-egy szakpolitikai döntés (pl. erősebb rendőri jelenlét stb.), amelyek hozzájárulását az eredményekhez nehéz kiszűrni az elemzés során. Végül a módszertani kritikák egyik lényeges pontja, hogy az eddigi kutatások többnyire nem adnak választ arra, pontosan milyen csoportokat érint a hozzáférés korlátozása, és hogy változik a fogyasztási mintázat.

Összefoglalva a hozzáférés korlátozása hatékony és célravezető eszköz lehet az alkoholpolitikában, amennyiben ezt körültekintően és mértékletesen alkalmazzák. Ugyanakkor a túlszabályozás csupán a feketepiac kínálatának és az illegális vásárlás növekedésével jár együtt. A kínálatcsökkentés mellett nélkülözhetetlenek a keresletcsökkentésre irányuló felvilágosító és ártalomcsökkentő programok is.

IRODALOMJEGYZÉK

Alkohol-politika és -stratégia (2009): Tervezet. Országos Addiktológiai Centrum. Kézirat.

Anderson, P. – Baumberg, B. (2006): *Alcohol in Europe. A public health perspective.* Institute of Alcohol Studies, UK.

Anderson, P. et al. (2009): Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reuce the harm caused by alcohol. *The Lancet,* 373. 2234–2246.

Babor, T. et al. (2004): *Alcohol: No ordinary commodity. Research and policy.* Oxford University Press.

Calafat, A. et al. (2005): The consumption of alcohol in the logica of the botellon. *Adicciones,* 17(3). 193–202.

Carpenter, C. – Eisenberg, D. (2009): Effects of Sunday Sales Restrictions on Overall and Day- Specific Alcohol Consumption: Evidence From Canada. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs,* 70. 126–133.

Chikritzhs, T. – Stockwell T. R. (2007): The Impact of Later Trading Hours For Hotels (Public Houses) On Breath Alcohol Levels Of Apprehended Impaired Drivers. *Addiction,* 102. 1609–1617.

Chikritzhs, T. – Stockwell, T. R. (2002): The Impact of Later Trading Hours For Australian Public Houses (Hotels) On Levels of Violence. *Journal of Studies On Alcohol,* 63. 591–599.

Corrao, G. et al. (2000): Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction,* 95. 1505–23.

Douglas, M. (1998): Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community: a beneficial impact. *Australian and New Zealand Journal of Public Health,* 22(6). 714–719.

Duailibi, S. et al. (2007): The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health,* 97(12). 2276–2280.

Durnford, A. J. et al. (2008): An evaluation of alcohol attendances to an inner city emergency department before and after the introduction of the UK Licensing Act 2003. *BMC Public Health,* 8. 379.

EU Alcohol Strategy (2006): *Az EU Strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf *(Letöltés ideje: 2010. január 25.)*

Foxcroft, D. R. et al. (2003): Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction,* 98. 397–411.

Freisthler, B. et al. (2009): Alcohol outlet density, parental monitoring and adolescent deviance: A multilevel analysis. *Children and Youth Services Review,* 31. 325–330.

Gorman, D. M. et al. (1998): Alcohol availability and domestic violence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 24(4). 661–673.

Grube, J. W. – Nygaard, P. (2001): Adolescent drinking and alcohol policy. *Contemporary Drug Problems,* 28. 87–132.

Grube, J. W. (1997): Preventing sales of alcohol to minors: results from a community trial. *Addiction,* 92(2). 251–260.

Gruenewald, P. J. – Ponicki, W. R. (1995): The relationship of the retail availability of alcohol and alcohol sales to alcohol-related traffic crashes. *Accident Analysis Prevention,* 22(2). 249–259.

Her, M. et al. (1999): Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: evidence and implications. Review. *Addiction,* 94(8). 1125–1139.

Hibell, B. et al. (2004): *The ESPAD Report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm, Sweden.

Kuntsche, E. N. – Kuendig, H. (2005): Doe school surroundings matter? Alcohol outlet density, perception of adolescent drinking in public, and adolescent alcohol use. *Addictive Behaviors,* 30. 151–158.

Kuusi, P. (1957): Alcohol sales experiment in rural Finland. Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Livingston, M. et al. (2007): Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review,* 26. 557–566.

Mäkelä, P. et al. (2002): Who drinks more and less when policies change? The evidence from 50 years in Nordic countries. In: Room, R. (ed): *The effects of Nordic alcohol policies.* NAD Publications 42. Nordic Council for Alcohol and Drug Research. Helsinki. 13–42.

McMillan, G. P. – Lapham, S. (2006): Legalized Sunday packaged alcohol sales and alcohol-related traffic crashes and crash fatilities in New Mexico. *American Journal of Public Health,* 96(11). 1944–1948.

Moskalewicz, J. – Swiatkiewicz, G. (2000): Alcohol consumption and its consequences in Poland in the light of official statistics. In: Leifman, H. – Heinrichson, N. E. (eds): *Statistics on alcohol, drug and crime in the Baltic Sea region.* NAD Publications 37. Nordic Council for Alcohol and Drug Research. Helsinki. 89–100.

Newton, A. et al. (2007): Impact of the new UK licensing law on emergency hospital attendances: a cohort study. *Emergency Medicine Journal,* 24. 532–534.

Norström, T. – Skog, O. J. (2003): Saturday Opening Of Alcohol Retail Shops In Sweden: An Impact Analysis. *Journal of Studies on Alcohol,* 64. 393–401.

Norström, T. – Skog, O. J. (2005): Saturday Opening Of Alcohol Retail Shops: An Experiment in Two Phases. *Addiction,* 100. 767–776.

Norström, T. (1987): Abolition of the Swedish rationing system: effects on consumption distribution and cirrhosis mortality. *British Journal of Addiction,* 82. 633–641.

Norström, T. (2000): Outlet density and criminal violence in Norway. 1960–1995. *Journal of Studies on Alcohol,* 61. 907–911.

Olafsdottir, H. – Leifman, H. (2002): Legalizing beer in Iceland: its effects on alcohol consumption in times of recession. In: Room, R. (ed.): *The effects of Nordic alcohol policies.* NAD Publications 42. Nordic Council for Alcohol and Drug Research. Helsinki. 56–69.

Olsson, O. – Wikström, P. H. (1982): Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden. *Contemporary Drug Problems,* 11. 325–353.

Pollack, C. E. et al. (2005): Neighbourhood deprivation and alcohol consumption: does the availability of alcohol play a role? *International Journal of Epidemiology,* 34. 772–780.

Popova, S. et al. (2009): Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism,* 44(5). 500–516.

Rabinovich, L. et al. (2009): *The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms.* Rand Europe. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf *(Letöltés ideje: 2010. január 25.)*

Ragnarsdottir, B. et al. (2002): Effect of extended alcohol serving-hours in Reykjavík. In: Room, R. (ed.): *The effects of Nordic alcohol policies.* NAD Publications 42. Nordic Council for Alcohol and Drug Research. Helsinki. 145–154.

Room, R. et al. (2005): Alcohol and public health. *The Lancet,* 365. 519–530.

Shults, R. A. et al. (2001): Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine,* 21. 66–88.

Smart, R. G. (1989): Is the postwar drinking binge ending? Cross-national trends in per-capita alcohol consumption. *British Journal of Addiction,* 84. 743–748.

Smith, D. I. (1988): Effect on traffic accidents of introducing flexible hotel trading hours in Tasmania, Australia. *British Journal of Addiction,* 83. 219–222.

Stockwell, T. – Chikritzhs, T. (2009): Do relaxed trading hours for bars and clubs means more relaxed drinking. A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of driking. *Crime and Prevention Safety,* 11(3). 153–170.

Tatlow, J. R. et al. (2000): The relationship between the geographic density of alcohol outlets and alcohol-related hospital admissions in San Diego County. *Journal of Community Health,* 25(1). 79–88.

Theall, K. P. et al. (2009): Social capital and the neighborhood alcohol environment. *Health and Place,* 15. 323–332.

Tigerstedt, C. (2000): Discipline and public health. In: Sulkunen, P. et al. (eds): *Broken Spirits: Power and ideas in Nordic alcohol control.* NAD Publications No. 39. Nordic Council for Alcohol and Drug Research. Helsinki. 93–112.

Treno, A. J. et al. (2007): The impact of outlet densities on alcohol-related crashed: a spatial panel approach. *Accident Analysis and Prevention,* 39. 894–901.

Trolldal, B. (2005): An investigation of the effect of privatization of retail sales of alcohol on consumption and traffic accidents in Alberta, Canada. *Addiction,* 100. 662–671.

Vingilis, E. et al. (2005): Road safety impact of extended drinking hours in Ontario. *Accident Analysis and Prevention,* 37. 549–556.

Vingilis, E. et al. (2007): Impact of Extended Drinking Hours In Ontario On Motor-Vehicle Collision And Non-Motor-Vehicle Collision Injuries. *Journal of Studies on Alcohol,* 68. 905–911.

Voas, R. B. et al. (2002): Reducing high-risk drinking by young Americans south of the border: The impact of a partial ban on sales of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol,* 63. 286–292.

Wagenaar, A. C. – Langley, J. D. (1995): Alcohol licensing system changes and alcohol consumption: introduction of wine into New Zealand grocery stores. *Addiction,* 90. 773–783.

Wagenaar, A. C. – Toomey, T. L. (2000): Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems,* 27. 681–733.

WHO (2009/a): *Global Health Risks. A response to the need for comprehensive, consistent and comparable information on health risks at global and regional level.* http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563871_eng.pdf *(Letöltés ideje: 2010. január 25.)*

WHO (2009/b): *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.* http://www.euro.who.int/document/E92823.pdf *(Letöltés ideje: 2010. január 25.)*

WHO (2009/c): *European Health Report 2009. Health and health systems.* http://www.euro.who.int/Document/E93103.pdf *(Letöltés ideje: 2010. január 25.)*

Gábor Edina, Kiss Judit, Gazsó József, Lőrik Eszter,
Fekete Krisztina, Köteles Gábor és Taller Ágnes

A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS KERETEI

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZÍNTÉRALAPÚ MEGKÖZELÍTÉSE

A munkahely mint egészségfejlesztési színtér

A színtérben való gondolkodás gyökeresen megváltoztatta az egészséghez való viszonyunkat. Míg korábban az egészség megőrzését kizárólag egyéni felelősségként definiálták, ma már tudjuk, hogy egészségünk nagyban függ a minket körülvevő társadalmi, politikai, gazdasági rendszerektől is (Benkő–Tarkó 2005). Legkorábban ezt a tényt 1986-ban az első, Kanadában tartott Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián megszületett Ottawai Charta fogalmazta meg. Már magában *az egészségfejlesztés definíciójá*ban is látható, hogy az egyéni felelősségen túl az egészséget nagyban befolyásolják a színterek: „*…az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézbentartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz*" (Ottawai Charta, 1986).

Az Ottawai Charta az egészségfejlesztési tevékenység öt fő területét jelölte ki, úgymint az egészséget szolgáló közpolitika, a támogató környezet kialakítása, a közösségi aktivitások erősítése, az egyéni képességek fejlesztése és az egészségügyi ellátás átszervezése. Ezek a részterületek közvetve vagy közvetlen módon, de kapcsolódnak a munkahelyhez mint élet- és egészségfejlesztési színtérhez (Galgóczy 2004; Gábor–Kiss 2009).

A korábbi népegészségügyi programok a nyolcvanas évekig a mortalitási és morbiditási mutatók kizárólagos csökkenését az egészségügyi ellátórendszerektől várták. Ma ezt a szemléletet nevezi a szakirodalom Old Public Health-nek. Ezután született meg az az

elvárás, miszerint az új népegészségügyi koncepciók – Public Health – már nem csak az egészségügy rendszerében gondolkodva kívánják megvalósítani az egészséges élet lehetőségeit. Nem a betegség megelőzése, hanem az egészséges életkörnyezet megteremtése lett a cél, hogy az egészséges élet elérhető és fenntartható legyen (Benkő 2003). Mindezek alapján a munkahely, ahol mindennapjaink legalább egyharmadát töltjük, kiemelten fontos egészséget befolyásoló életkörnyezetté, azaz színtérré vált.

A munkahelyi egészségfejlesztés definíciója

„A munkahelyi egészségfejlesztés (MEF) olyan modern vállalati stratégia, amely megcélozza, hogy a betegségeket a munkahelyen előzzék meg, növeljék az egészségesség lehetőségeit és a munkahelyi jóllétet. E célok elérése érdekében szélesebb eszköztárat kell bevetnie, mint a hagyományos munkavédelem, nevezetesen a munkaszervezet ez irányba történő orientálását és a személyiségfejlesztést" (Galgóczy 2004). A MEF magában foglalja az összes olyan, az alkalmazottak, a munkaadók és a civilszervezetek által közösen hozott intézkedést, amelyek a dolgozó emberek egészségét és jólétét szolgálják.

1996-ban jött létre a *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (ENWHP)* az Európai Bizottság támogatásával, az *„egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyen"* víziójával. Az ENWHP a nemzeti foglalkozás-egészségügyi és munkabiztonsági intézetek, népegészségügyi, egészségfejlesztési és társadalombiztosítási intézmények informális hálózata. A tagok és partnerek közös célja, hogy fejlesszék a munkahelyi egészséget és jóllétet. Céljai elérésének érdekében a hálózat elkötelezett amellett, hogy kifejleszti és terjeszti a munkahelyi egészségfejlesztés gyakorlati módszereit és elősegíti annak megvalósulását mind a magán-, mind a közszférában. Ezzel a törekvéssel hozzájárul a magas szintű egészségvédelem eléréséhez és a fenntartható szociális és gazdasági fejlődéshez Európában.

Az ENWHP nemzetközi szakértőgárdájának konszenzusa állította össze a *munkahelyi egészségfejlesztés* legelterjedtebb és legátfogóbb definícióját, amely az 1997-es *Luxemburgi Deklarációj*ában került elfogadásra. A definíció szerint „a munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók, és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jóllét javítására irányul. A cél eléréséhez három eszközrendszer együttes alkalmazása szükséges:

1. a munkaszervezet javítása,
2. a dolgozói részvétel biztosítása,
3. a személyi kompetencia fejlesztése".

A munkahelyi egészségfejlesztés történetének főbb szakaszai

Alapvetően kétféle irányt adhatunk meg akkor, ha a munkahelyi egészségfejlesztésről esik szó. Az egyik irány a dolgozók számára létrehozott sport- és rekreációs programokból nőtte ki magát és visszanyúlik a 20. századi első nagyvállalatok megalakulásának korszakáig. Míg a másik irány gyökerei a 20. század elejére tehetők és a nagyüzemek biztonságos működtetésével kapcsolódnak össze. Ekkorra a munkavédelem már alapvetően nemcsak dolgozói, hanem kifizetődő és megtérülő munkáltatói érdekké is vált.

Az ipari forradalom hatásaként létrejött nagyüzemekben, gyárakban vetődött fel először a munkáltatói igény oldaláról a biztonságosabb munkavégzés. A 19. század elején a munkaidő csökkentése és a gyermekmunka megszüntetése volt az első olyan törekvés, amely aztán később az Amerikai Egyesült Államokban 1819-ben állami beavatkozással, törvényi módon szabályozásra került. A sikeres állami beavatkozást követően – amely a gyermekmunka és a munkaidő csökkentése céljából történt – egyre nagyobb figyelem fordult a biztonságos munkahely kialakítására. A 20. század elejére már az USA-ban és Angliában is létezett munkavédelmi szabályozás. Az első szervezett munkavédelem betartásával foglalkozó állami szervezet 1905-ben jött létre az USA Massachusetts államában, ahol egészségügyi felügyelők járták és ellenőrizték a munkahelyeket (Boros 2009).

Magyarországon az első munkavédelemmel kapcsolatos törvény az 1872. évi VIII. törvény volt, amely kimondta, hogy a gyárosoknak kötelessége saját pénzükön olyan munkafeltételeket kialakítani, amelyek óvják dolgozóikat a balesetektől és biztosítják egészségük megőrzését. Mindezek szakszerű betartására pedig létrehozták az iparhatóságot, amely ellátta az ellenőrzések feladatát (Boros 2009). A ma is hatályos munkavédelmi törvény hazánkban az 1993. évi XCIII. törvény, amely a munkavédelmen belül jól elkülöníti a munkabiztonság és a munkaegészségügy kérdését, azokra vonatkozóan pontos meghatározást és kötelezettséget szab meg, utóbbin belül még elkülöníti a munkahigiéné és a foglalkozás-egészségügy részterületeit. Ennek alapján minden magyarországi vállalat köteles elkészíteni saját munkavédelméről szóló dokumentumát (Kapás 2002).

Az Európai Munka- és Egészségvédelmi Hivatal 2000-es jelentése szerint az EU országaiban még ma is évente 5500 ember hal meg munkahelyi balesetben, és 4,5 millió olyan baleset történik, amely három vagy több nap táppénzes kiesést okoz, így 146 millió munkanap vész el. Mindez többmilliárdnyi euró veszteséget okoz (Kapás 2002). Ennek megfékezésére ma már a vállalatok túlvállalják törvényi kötelezettségeiket. Sokszor a megtérülő beruházás jegyében saját munkavédelmi programjuk mellé vagy azokba integrálva elkészítik munkahelyi egészségfejlesztési programjukat is. Így az egyik szála a munkahelyi egészségfejlesztési programoknak, még ha szakmailag vitatottak is, világszerte abból fakad, hogy túlfejlesztik, kibővítik meglévő, törvényileg kötelező munkavédelmi előírásaikat a vállalatok. Emiatt sokszor leszűkülnek ezek a kezdeményezések az egészségügyi szűrésekre, néhol kevés mozgásprogrammal kibővítve. Mindezeket fölülről lefelé építkezés jellemzi, amely bár a megalapozáskor hasznos lehet, hosszú távon nem tükrözi a közösségek igényeit és sokszor emiatt sikertelenné válhatnak.

A munkahelyi egészségfejlesztés előzményeinek másik iránya a dolgozók számára létrehozott sport- és rekreációs vonalból nőtt ki. Az első dolgozókért létrehozott rekreációs és fitneszprogramot a Pullman vállalat hozta létre az Amerikai Egyesült Államokban 1879-ben, amikor megalakult saját dolgozói számára a cég nevét viselő atlétikai szövetség (Chenoweth 2007). A század végére a Pullman vállalat példáját több cég követte. A dolgozók aktív testedzését és fittségét szolgáló létesítményeket építettek, de ezek a kezdeményezések csak elszórtan jelentek meg Amerika-szerte. A gazdasági világválságot követően lettek újra népszerűek a vállalati finanszírozással létrejövő programok. Ezekben már nem kizárólag a testmozgás került előtérbe, hanem az egészséges életmód kialakítását segítő szabadidős programok. A tömeges elterjedés az Egyesült Államokban két hullámban valósult meg. Az elsőre az 1940–50-es években került sor, miután 1941-ben megalakult a Nemzeti Munkavállalói Szolgáltatások Rekreációs Szövetsége (ma Munkavállalói Szolgáltatások Menedzsmentjének Egyesülete – ESM), amely szorgalmazta a munkavállalók számára kialakított szabadidős programok megszervezését országszerte. A második hullám az 1960–70-es évekig tartott, amikor olyan multinacionális nagyvállalatok, mint például a Pepsi vagy a Xerox saját dolgozóik számára elsősorban rendszeres testmozgást elősegítő programokat hívtak életre. Többé-kevésbé ekkor fonódtak össze a munkavédelmi előírásokat megvalósító vállalati programokkal. A második hullám újdonsága, hogy egyrészt tömeges méreteket kezdett ölteni, így átlépték az USA határát és megjelentek Európában és Japánban is, másrészt a költséghatékonyság-vizsgálatok bizonyították az egészségfejlesztési projektek létjogosultságát. A multinacionális cégek megcélozták a táppénzes napok és az orvosi ellátás költségeinek csökkentését és ennek eredményeként dollármilliókat hoztak e törekvések (Chenoweth 2007; O'Donell 2001).

Az 1980-as évekre a testmozgásos programok világszerte kibővültek és széles körű szolgáltatásokat nyújtottak az alkalmazottak számára. Például az Egyesült Államokban az Employee Assistance Program (EAP), azaz a Munkavállalói Támogató Program az alkoholproblémákkal küszködő amerikaiak megsegítését és leszokását célozta meg, amely sportelemmel, majd egyéb más szolgáltatásokkal bővült ki. Így bekerült a programelemek közé az egészséges táplálkozás, a stresszmentes munkahely kialakítása vagy a dohányzásról való leszoktatás támogatása. Az EAP modellértékű volt, mivel elsőként valósított meg komplex munkahelyi egészségfejlesztést. Az ESM legújabb felmérései szerint ma közel 50 000 szervezet 1000 főállású alkalmazottja foglalkozik munkahelyi egészségfejlesztéssel az USA-ban, és közel 10 000 amerikai vállalatnak van saját Munkavállalói Támogató Programja (Chenoweth 2007).

A munkahelyi egészségfejlesztés mint fogalom Európában csak 1996-ban született meg. Ekkor alakult meg a Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (ENWHP).

A munkahelyi egészségfejlesztés történeti kialakulásának tárgyalásakor egyrészt említhetjük az amerikai utat, amely nagy- és középvállalatok profitorientált, dollárokban kimutatható és ma is tartó sikerútjaként elemzi a folyamatokat. Gyakran a szakirodalom ezeket worksite health promotion néven emlegeti (Chenoweth 2007). Míg

a másik vonal az 1996-os workplace health promotion néven ismert programokra vonatkozik, amely elsősorban európai gyökerű, kevésbé profitorientált szemléletű és a munkahelyi egészségfejlesztést kiterjeszti a civil szférára is. E szemléletkülönbség a megvalósuló komplex programok tartalmában nem nagyon tér el, azonban jól körvonalazható, hogy utóbbi erősen kapcsolódik az egészségfejlesztési szakpolitikához. A munkahelyet a társadalom számára fontos színtérként említi, csakúgy, mint a családot vagy a lakókörnyezetet, amelyben élünk. Ennélfogva azért, hogy ez a színtér egy egészséges színtér legyen, nemcsak a munkáltató, hanem maga a társadalom és az azt irányítók is felelősek. Így a profitorientált megközelítés hosszú távon nem elegendő, az egészséges munkahely nem lehet pusztán a gazdasági teljesítmény fokozására alkalmas eszköz, ezért lett újabb, több, illetve másabb az Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának kialakított szemlélete. Ennek köszönhetően világszerte egyre elfogadottabbá vált a munkahelyi egészségfejlesztés azon definíciója, amely 1997-ben a Luxemburgi Deklarációban került elfogadásra, s amelynek kidolgozásában az ENWHP is részt vett (lásd a *2.2. Munkahelyi egészségfejlesztés definíciója*). 1998-ban az Egészségügyi Világszervezet közgyűlése pedig nyilatkozatba foglalta, hogy az egészséges munkahelyen való munkavégzés lehetősége alapvető emberi jog, ami minden munkavállalót megillet az egész világon, a munkahelyi egészségfejlesztés pedig alapvetően ezt a célt szolgálja.

Magyarországon a kilencvenes évek közepén jelent meg először önállóan a munkahelyi egészségfejlesztés tevékenysége a hazai székhelyű vállalatoknál. 1997-ben megalakult és ma is működik az Egészségesebb Munkahelyért Egyesület (EMEGY), amely azoknak a magyarországi székhelyű vállalatoknak kíván segítséget, támogatást és szakmai hátteret biztosítani, amelyek dolgozóik és maguk fejlődése érdekében munkahelyi egészségfejlesztési programot kívánnak megvalósítani.

A munkahelyi egészségfejlesztés (MEF) indokoltsága: szakmapolitikai és jogi háttere

A MEF mint megtérülő befektetés

A munkavállalók egészségének fejlesztése közös – egyéni, vállalati és össztársadalmi – érdek. A MEF megvalósítása olyan helyzetet teremt, amelyben az érdekelt felek mindegyike nyer (De Greef–Van den Broek 2004).

Össztársadalmi szempontból a MEF egyrészt az egészségügyi ellátórendszer, másrészt a szociális ellátórendszer igénybevételének és költségeinek csökkenését eredményezi (pl. a munkavállalók munkaképességének meghosszabbítása, a rokkantnyugdíjasok számának csökkenése által). Az egészségesebb munkavállalók hosszabb idő alatt nagyobb jövedelemre tesznek szert, így magasabb adó- és járulékbevételeket generálnak az állam számára (Galgóczy 2004).

Az egyén szintjén a MEF-programok bevezetése által javul a munkavállalók egészségi állapota, ami növeli az egyén jóllétét. Az egészségesebb munkavállalók könnyebben megbirkóznak a munkahelyi kihívásokkal, ez növeli önbizalmukat, hatékonyságérzésüket, kreatívabbá és produktívabbá válnak. Mindezek hatására nagyobb az esélyük magasabb keresetre, jövedelemre, hosszabb ideig maradnak munkaképesek. A MEF-et nyújtó vállalatok dolgozói megbecsülve érzik magukat, ezáltal nő a motivációjuk, javul a munkamorál is (De Greef–Van den Broek 2004).

Vállalati szinten a MEF megtérülő beruházás, szervezeti befektetés a jövőbe. A MEF hatására a munkaerő egészségesebbé válik, ez csökkenti a szervezet betegségekből adódó költségeit, ugyanakkor növeli a termelékenységét (ENWHP, 2007). Az egészséges munkavállalók könnyebben birkóznak meg a munkahelyi stresszel, ezért jobban terhelhetők, ami szintén növeli a vállalat produktivitását.

A vállalatoknak a munkavállalóik egészségével kapcsolatosan kétféleképpen keletkezhetnek költségei. Egyrészt, ha nem tesznek semmit, másrészt ha MEF-i programot valósítanak meg. Az első esetben a kedvezőtlen munkakörülmények rejtett költségei terhelik a munkahelyet, ugyanis nagyobb a balesetek és megbetegedések okozta hiányzások (az angol szakirodalomban: *absenteeism*) kockázata. Ez növeli a vállalatok költségeit: táppénz, helyettesítés meglévő vagy új munkaerő által (túlóra, megnövekedett stressz, toborzás, betanítás költségei). A hiányzások miatt a munka menetében beálló változás megzavarja a már bejáratott munkafolyamatokat, romlik a szervezeti egység teljesítménye, termelékenysége (De Greef–Van den Broek 2004). A betegségekhez és sérülésekhez való viszonyulás egy másik jelensége, amikor a beteg vagy sérült dolgozó nem hiányzik a munkából, pl. mert félti az állását. Ilyenkor a munkavállaló feladatait nem tudja képességeinek megfelelően ellátni, csökken teljesítménye. Ezáltal romlik a termelékenység. Azok a munkahelyek, amelyek felismerik, hogy ez az angol szakirodalomban *presenteeism*ként megnevezett jelenség számukra is hátrányos, a MEF által tehetnek e helyzet megváltoztatása érdekében. A fentieken kívül biztonsági és munkavédelmi kártérítések, bírósági eljárásokra fordított idő is terhelheti a munkáltatókat (Sahler et al. 2009).

A második esetben, amikor a munkahely MEF-i programot valósít meg, költségei a következőkből adódnak: külső tanácsadók, szakértők szolgáltatásai, adatok gyűjtéséhez és értékeléséhez szükséges időráfordítás, figyelemfelkeltő, oktató és kommunikációs kampányok, a vezetőség és a munkavállalók képzése, bevezetett programok, szervezeti átalakítások, illetve az ezekre fordított munkaidő (Sahler et al. 2009). Habár a MEF költség-, idő- és energiaigényes, kidolgozása és fenntartása mégis megtérülő befektetés, ugyanis csökkenti a fent ismertetett rejtett költségeket, terheket és növeli a termelékenységet. Ennek számszerű adatokkal történő bizonyítására számos tanulmány készült.

A MEF-et megvalósító munkahelyek dolgozói megbecsülve érzik magukat, motiváltabbá válnak és nő az elkötelezettségük a szervezet iránt (De Greef–Van den Broek 2004). Ennek következtében javulnak a munkatársak egymás közötti kapcsolatai és így a belső kommunikáció is, csökken a fluktuáció és annak járulékos költségei (a helyettesítés, toborzás, kiválasztás, betanítás) (Kapás 2007). Az elkötelezettebb,

motivált dolgozók pozitívabb képet közvetítenek a vállalatról a „külvilág" felé (Galgóczy 2004). A munkahelyről így kialakult pozitívabb kép (imázs) vonzza a jó képességű, magasan kvalifikált leendő munkavállalókat.

A vállalatról kialakult kép egyik fontos tényezője a társadalmi felelősségvállalás: az az elkötelezettség és szerep, amelyet a szervezet a társadalmi szintű problémák megoldásában vállal. A MEF-programok megvalósítása révén munkavállalói egészségének fejlesztése által a szervezet hozzájárul a társadalom általános egészségi állapotához és a foglalkoztatottsági mutatók javulásához. Ezek olyan közérdekű társadalmi célok, amelyek eléréséhez való hozzájárulás tovább növelheti a vállalat jó hírnevét.

Jogi háttér

NEMZETKÖZI SZAKMAPOLITIKAI-JOGI HÁTTÉR

Az Egészségügyi Világszervezet több mint húsz éve elfogadott Ottawai Chartája alapozta meg az egészségfejlesztési tevékenységet. A Chartában megjelenik az egészség előfeltételeként a jövedelem, azaz közvetve a munkavégzés, a munkahely lényeges szerepe, de tartalmaz konkrét megfogalmazásokat is a munkahelyek egészségfejlesztési lehetőségeinek vonatkozásában.

A 2005-ös Bangkoki Chartában is megjelenik a munkahelyek egészségfejlesztési szerepe: *„a vállalati szektor közvetlen hatást fejt ki az emberek egészségére, valamint az egészséget meghatározó tényezőkre: a helyi közösségekre, a nemzeti kultúrákra, a környezetre és a javak elosztására gyakorolt befolyásán keresztül. A magánszektor, hasonlóan más munkáltatókhoz vagy az informális szektorhoz, felelősséggel tartozik a munkahelyi biztonság és egészség biztosításáért, akárcsak alkalmazottai és azok családja, valamint a közösség egészségének és jólétének előmozdításáért."*

Ami a munkahelyi egészségfejlesztés jogi oldalát illeti, az egészséges munkahely biztosítása mindig is kiemelt prioritást élvezett az európai munkavédelmi és egészségpolitikában. Ez a Tanács 1989. június 12-i 89/391/EGK keretdirektívájában is megnyilvánul, amely az Európai Unió „munkavédelmi törvényének" is nevezhető. Kiemeli, hogy a munkáltatók feladata: biztosítani a dolgozók egészségét és biztonságát. Rögzíti, hogy a munkáltatónak a prevenciós feladatok ellátására munkavállalókat vagy munkavállalók egy csoportját kell kijelölnie. Ennek alapján a munkáltató köteles:

- felmérni a biztonságot és egészséget érintő kockázatokat;
- tájékoztatni a munkavállalókat többek között: a biztonságukat, egészségüket érintő kockázatokról, megelőző intézkedésekről, elsősegélyről, tűzvédelemről, kockázatfelmérésről;
- konzultálni a munkavállalókkal és/vagy azok képviselőivel a biztonságot és egészséget érintő kérdésekben;

– biztosítani minden munkavállaló részére a megfelelő és munkaspecifikus biztonsági és egészségügyi oktatást.

A munkavállaló kötelességei:
– törődni saját egészségével és biztonságával;
– megfelelően használni a gépeket és berendezéseket, veszélyes anyagokat, egyéni védőeszközöket stb. (Páva–Gádor 2002).

A keretdirektíva 11. cikkelye leszögezi, hogy a munkáltatóknak lehetővé kell tenniük a dolgozók számára, hogy javaslatokat is tehessenek az egészségi problémák megoldására, valamint megfelelő képzésben kell részesíteniük a dolgozók képviselőit e feladatuk ellátásához. Ezzel a kitétellel a keretutasítás – és a hozzá kapcsolódó tizennégy egyedi irányelv – nagymértékben hozzájárult a hagyományos foglalkozás-egészségügyi szabályozás és gyakorlat átalakításához (Juhász 2007).

A maastrichti és az amszterdami szerződésben az Európai Közösség tagállamai kinyilvánították szándékukat egy, az addiginál aktívabb egészségpolitikára és hatékonyabb egészségügyi együttműködésre. Az 1992-es maastrichti szerződés 140. cikkelye alapján a Bizottság ösztönzi „*a tagállamok együttműködését és megkönnyíti intézkedéseik összehangolását, különösen a következő területeken: foglalkoztatás; munkajog és munkafeltételek; alap- és magasabb szintű szakképzés; szociális biztonság; munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések megelőzése; munkahelyi egészségvédelem; egyesülési jog, valamint a munkaadók és munkavállalók közötti kollektív tárgyalások”.*

A 118. cikkely külön kiemeli a munkahelyi egészségvédelem fontosságát, azt, hogy a Közösség támogatja és kiegészíti a tagállamok tevékenységeit az alábbi területeken:
– munkakörnyezet javítása a munkavállalók egészségének és biztonságának védelme érdekében;
– munkafeltételek javítása;
– munkavállalók tájékoztatása és véleményük meghallgatása;
– munkaerőpiacról kirekesztett személyek beilleszkedésének lehetővé tétele;
– férfiak és nők munkaerő-piaci esélyegyenlősége, egyenlő munkahelyi bánásmód.

A 2009. december 1-jén hatályba lépett lisszaboni szerződés az egészségpolitika szempontjából több ponton hozott változást. A 3. cikkely szerint minden európai uniós szakpolitikának hozzá kell járulnia az emberek jóllétéhez. A 9. cikkely a szociális szempontokkal együtt az egészség szempontjainak figyelembevételét is előírja az európai uniós szakpolitika megalkotásában. Az Európai Unió Alapjogi Chartájára való hivatkozás a 6. cikkelyben jogilag kötelező érvényűnek ismeri el a Chartában foglalt szociális jogokat, többek közt a tisztességes és igazságos munkafeltételeket. (A Charta 31. cikkelyének első pontja szerint: „Minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez.” A második pont szerint: „Minden munkavállalónak joga van a munkaidő felső határának korlátozásához, a napi és heti

pihenőidőhöz, valamint az éves fizetett szabadsághoz.") Az amszterdami szerződés 152. cikkelyének helyébe lépő 168. cikkely pedig felhatalmazást ad az Európai Bizottságnak a határokon át terjedő egészségügyi fenyegetések kezelésére és ösztönzi a tagállamokat a népegészségügyi politikáik koordinációjára (Equity Channel 2009).

A munkahelyi egészségpolitika egységes, holisztikus szemlélete napjainkban a környezetet is figyelembe veszi, ezzel összefüggésben az Európa Tanács Lisszaboni Csúcsértekezlete állásfoglalást adott ki a fenntartható, egyetemleges szociális felelősségről. Az Európai Bizottság 2001-es Zöld Könyve a vállalati társadalmi felelősségről az élet- és munkakörülmények terén is megállapítja ilyen jellegű felelősség fennállását.

HAZAI SZABÁLYOZÁSI KERETEK

A munkavédelem hazánkban több mint százéves múltra tekint vissza. Egy 1893-ban elfogadott törvény – amely 1950-ig volt érvényben – az Iparfelügyelet feladatává tette a munkakörülmények és munkakörnyezet ellenőrzését. A magyar munkavédelem több intézmény hatáskörébe is tartozott. 1984 óta ez az Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség (OMMF) feladata. A hazai gyakorlat hatályos szabályozása (az 5/2009. III. 20. SZMM utasítás) értelmében az OMMF az általános munkavédelmi és munkaügyi ellenőrzési hatósági feladatok végrehajtásával, míg a szakmai irányítása alatt álló Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet (OMFI) a foglalkozás-egészségügy és munkavédelem szakterületének kérdéseivel foglalkozik.

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelem jogi szabályozását új alapokra helyezte és napjainkra fokozatosan megvalósul a hazai jogszabályok európai uniós jogharmonizációja. A 89/391/EGK számú keretirányelv legfontosabb előírásait az idézett törvény ülteti át a hazai jogrendbe. A törvény célja: az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés személyi, tárgyi és szervezeti feltételeinek szabályozása, a szervezetten munkát végzők egészségének, munkavégző képességének megóvása és a munkakörülmények humanizálása. A törvény az európai gyakorlatnak megfelelően szerves egységben tárgyalja a munkavédelem két oldalát (munkabiztonság és munkaegészségügy), míg az egyedi irányelveket harmonizáló miniszteri rendeletek esetében világosan tükröződik a két szakterület elkülönülése. A törvény komplex, de keretjellegű, a konkrét végrehajtásról alacsonyabb szintű jogszabályozás gondoskodik (Páva–Gádor 2002).

Az Országgyűlés a 20/2001. (III. 30.) OGY határozatával fogadta el a Munkavédelem Országos Programját (a továbbiakban: MOP). Az ötéves program stratégiai célja az volt, hogy a munkavégzés rövid és hosszú távú kockázatai ne haladják meg a társadalmilag elfogadható értéket. Ennek biztosításához az alábbi feltételeket tartotta szükségesnek:

- a meglévő kedvezőtlen munkakörülmények felszámolása, azok hatásainak mérséklése;
- a kedvezőtlen munkakörülmények újratermelődésének megakadályozása;
- a műszaki, gazdasági és társadalmi változások eredményeképpen a munka világában jelentkező új veszélyek és ártalmak feltárása és megelőzése.

A program részletesen meghatározta a legfontosabb végrehajtandó feladatokat:
– önálló balesetbiztosítási rendszer kialakítása;
– a nemzetközi – kiemelten az Európai Közösségre vonatkozó – jogharmonizáció folyamatos megvalósítása;
– a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás fejlesztése;
– információs rendszer működtetése;
– kutatás-fejlesztés támogatása;
– szakemberek képzésének, továbbképzésének fejlesztése;
– veszélyes anyagok, készítmények kezelése, foglalkozási ártalmak csökkentése;
– kiemelten veszélyes munkatevékenységek figyelemmel kísérése;
– kisvállalkozások segítése;
– hatósági ellenőrzés feltételeinek javítása.

A MOP sikeres megvalósítása hozzájárulhat a munkabalesetek számának és súlyosságának csökkenéséhez, a munkavégzésből és a munkakörnyezetből eredő vagy azokkal összefüggésbe hozható megbetegedések és egészségkárosodások számának és súlyosságának csökkenéséhez, valamint a fizikai és pszichoszociális értelemben is jó közérzetet biztosító munkakörnyezet kialakításához.

A 2003-ban OGY-határozattal elfogadott Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja is kimondja, hogy „…a jó egészség elsősorban nem az egészségügyi szolgálaton vagy az orvoson múlik. Egészségi állapotunkat elsődlegesen mindennapi döntéseink, közvetlen környezetünk, a család, az iskola, a munkahely, a lakóhely határozzák meg". A program alappillére a színterekben való gondolkodás. A programban célként jelenik meg, hogy a munkahelyek a kötelező munka-egészségügyi intézkedések megvalósításán túl is az ott dolgozók egészségfejlesztését szolgálják. Ennek érdekében lényeges, hogy az Egészséges Munkahelyekért mozgalom szélesedjen ki, s céljainak megvalósításában kiemelt partnerei legyenek a kormányzati, önkormányzati munkáltatók, a munkahelyi egészségpénztárak. Mivel az egészséget a mindennapi élet alakítja, amelynek egyik fő színtere a munkahely, a program támogatja az ezen a területen meglévő és sikeresen működő kezdeményezéseket.

A MEF-programok lehatárolása a munkahelyi politikáktól

A munkavédelemről

A hatályos hazai jogszabályozás – 1993. évi XCIII. munkavédelmi törvény – alapján a *munkavédelem* magában foglalja a *munkabiztonság*ot és a *munkaegészségügy*et. A munkaegészségügy hatáskörébe tartozik a munkával kapcsolatos egészségügyi követelmények meghatározása, valamint az egészséget nem veszélyeztető munkavégzés és a munkakörülmények biztosításában való közreműködés. Az egészségügyről szóló

1997. évi CLIV. törvény szerint a munkaegészségügy a munkahigiéné és a foglalkozás-egészségügy két szakterületét foglalja magában.

A *munkavédelem* célja a munkabalesetek és a foglalkozási vagy a foglalkozással összefüggő megbetegedések megelőzése, illetve az egészséget és biztonságot nem fenyegető munkakörülmények biztosítása. Ez az alábbi területeket fogja át (Munkavédelem Országos Programja, 2001):

- a munkahelyek kialakítása és állapota;
- munkaeszközök;
- veszélyes anyagok és készítmények;
- munkaszervezés és munkaidő;
- kiemelt csoportok védelme, pl. várandósok, „megváltozott munkaképességűek";
- a munkavédelmi szervezet.

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 54. § (1) szerint a munkáltató köteles figyelembe venni a következő általános követelményeket:

- a veszélyek elkerülése;
- a nem elkerülhető veszélyek értékelése;
- a veszélyek keletkezési helyükön történő leküzdése;
- az emberi tényezők (munkaeszközök és munkafolyamat megválasztása);
- a műszaki fejlődés eredményeinek alkalmazása;
- a veszélyes helyettesítése veszélytelennel vagy kevésbé veszélyessel;
- egységes és átfogó megelőzési stratégia kialakítása.

A gyakorlatban a munkabiztonság elsősorban műszaki megoldásokat jelent és a munkabalesetek megelőzését szolgálja, míg a munkaegészségügy a munkavállalókat fenyegető ártalmakat ismerteti és a foglalkozási és foglalkozással összefüggő megbetegedéseket kívánja megelőzni (Páva–Gádor 2002).

A FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYRŐL

Magyarországon a hatályos törvények szerint az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés körülményeinek megvalósítása a munkáltató kötelessége. Ezt biztosítja a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenysége. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknak két fontos tevékenységi köre van: a munkahigiéné és a szorosabb értelemben vett foglalkozás-egészségügy (Juhász 2007). A *munkahigiéné* a munkakörnyezetből származó egészségkárosító veszélyek és kockázatok felismerésével, értékelésével és kezelésével foglalkozik. A *foglalkozás-egészségügy* feladata a munkakörnyezeti kóroki tényezők okozta, illetve a munkavégzésből származó megterhelések és ezek hatására kialakuló igénybevétel vizsgálata és befolyásolása, továbbá a dolgozók egészségi alkalmasságának megállapítása, ellenőrzése és elősegítése. A foglalkozás-egészségügy feladatai közé tartozik a megváltozott munkaképességű

személyek foglalkozási rehabilitációjának kezdeményezése, a foglalkozási megbetegedések kivizsgálása. A hatályos jogszabályok értelmében minden vállalatnak szerződést kell kötnie egy foglalkozás-egészségügyi szolgálattal. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok felügyelete és ellenőrzése az OMMF feladata.

A MEF megközelítései, a programok osztályozása a megvalósítás tartalma, kiterjedése szerint

Az alábbiakban a munkahelyi egészségfejlesztés legelterjedtebb megközelítési módjai és klasszifikációs módszerei közül emelünk ki néhányat a teljesség igénye nélkül.

SALUTOGENETIKUS MEGKÖZELÍTÉS

Az egészséggel kapcsolatos salutogenikus megközelítés arra hívta fel a figyelmet, hogy az egészséggel kapcsolatos kutatások és elméletek többségét a betegségalapú szemlélet jellemzi (Antonovsky 1987). Antonovsky felfogásának munkahelyekre való alkalmazása újszerű, mivel a hangsúlyt a munkahelyi károsító tényezők és a stresszorok tanulmányozásáról áthelyezi a munkahelyi egészségfejlesztési faktorok kutatására. Véleménye szerint a munkahelyi egészségfejlesztés tanulmányozásakor is célszerűbb a *salutogenetikus szemléletmód*ot alkalmazni, mivel a pszichoszociális stresszorok a munkahelyen mindig jelen vannak, nem lehetséges stresszmentes munkahelyi környezetet létrehozni, azaz a stresszorok és a munkahelyi egészségfejlesztési faktorok nem ellentétes végpontjai egymásnak. Nem célravezető a munkahelyi stresszorokat zavaró tényezőnek tekinteni, mivel sok olyan stresszor létezik, amelyekkel való megbirkózás pozitív élményhez vezet. A hagyományos patogenetikus megközelítés figyelmen kívül hagyja a munka salutogenikus jellemzőit, nem ad átfogó elméleti keretet, amire a salutogenetikus megközelítés viszont alkalmas, és a munkakörülmények tanulmányozására is kiterjeszthető. Az elmélet alapvetése, hogy minél nagyobb koherenciaérzékkel rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy megfelelő módon tud megküzdeni a rá nehezedő munkahelyi pszichoszociális stresszorokkal. A koherenciaérzet fő funkciója: megküzdeni a stresszorokkal, megakadályozni, hogy a kezdeti feszültségből stressz alakuljon ki, ily módon védeni, fejleszteni az egészséget. A koherencia-érzet három komponensének: az *értelmesség*nek, *a kezelhetőség*nek *és a felfoghatóság*nak a megjelenését és fejlődését számos munkahelyi tényező segítheti elő. (Példa: Az *értelmesség* érzésének kialakulásához lényeges, hogy a munkavállalók részt vehessenek a munkájukat érintő döntések meghozatalában, lehetőségük nyíljon az önkifejezésre, mások is megbecsüljék az általuk végzett munkát.)

EGYÉNI ÉS SZERVEZETI FÓKUSZÚ MEGKÖZELÍTÉS

A MEF-tevékenységek legelterjedtebb típusú felosztása alapján léteznek egyéni, szervezeti és a kettő kombinációján alapuló megközelítések (Perlaky 1999). Az egyéni megközelítés alapján a munkavállaló saját maga felelős egészségi problémáiért, a munkáltató csupán segítséget nyújthat neki a jobb egészségi állapot eléréséhez ismeret- és készségfejlesztő, attitűdváltozást elősegítő programok segítségével. Ez a szemlélet az egyént helyezi a beavatkozások középpontjába, alapja az a feltételezés, hogy a hiányzó készségek és ismeretek megszerzése után a munkavállalók egészségesebb életmódot folytatnak majd. Az egyéni megközelítés számos problémát vet fel, például: az egyéneket hibáztatja egészségi problémáikért – nem ismerve el, hogy a munkahely is felelős lehet ezekért –, ami növelheti a munkavállalók pszichés megterhelését, így végső soron bűntudatképző hatású lehet. Emellett az ilyen típusú programoknak az egészségi állapotra inkább csak kevés és rövid távú pozitív hatásai vannak (Juhász 2007). Az egyéni megközelítésű programok közé sorolhatjuk például: a felvilágosító előadásokat, tanácsadásokat, szűrővizsgálatokat.

A *szervezeti megközelítés* az egyénről a munkahelyi szervezetre helyezi a hangsúlyt. Az ilyen fókuszú programok igyekeznek megelőzni a munkahelyi ártalmakat, pl. a munkahelyi stressz csökkentését célzó szervezeti változtatások vagy képzési lehetőségek biztosítása révén. A szervezeti átalakítások területei (Segal 1999):

- a munkavállalók igényeihez és képességeihez igazított munkavégzés;
- a munka érdekesebbé tétele;
- szerepek és felelősségek tisztázása;
- a munkavállalók részvételének biztosítása a munkájukat érintő döntésekben;
- a munkavállalók közti társas interakció elősegítése és támogatása;
- a szervezeti kommunikáció javítása;
- képzések a vezetők számára;
- a munkavállalók nagyobb mértékű részvételét lehetővé tevő vezetési formák kialakítása.

Az ilyen típusú programok lényegesen költségesebbek és nehezebben kivitelezhetők/értékelhetők, mint az egyéni megközelítésű programok.

Az *egyén és szervezet találkozási pontjára irányuló megközelítés* az előző két megközelítés előnyeit ötvözve arra irányul, hogy javítsa és hatékonyabbá tegye az egyén és a szervezet együttműködését. A munkavállalók és a munkahely hatékonyabb együttműködésének elősegítése érdekében leggyakrabban kommunikációs stratégiákat tanítanak a munkavállalóknak és a vezetőknek tréningek formájában, valamint beavatkozásokat végeznek a munkahelyen belüli összetartás, társas támogatottság javítására csapatépítő programokkal vagy a munkacsoportok átalakításával.

AZ ENWHP KLASSZIFIKÁCIÓS MÓDSZERE

Az ENWHP 2004-ben dolgozta ki azt az eszköztárat (Vaandrager 2004; European Toolbox, elérhető: www.enwhp.org/european-toolbox.html), amely a munkahelyi egészségfejlesztés európai módszereinek és gyakorlatainak azonosítását, összegyűjtését és értékelését segíti elő. A „toolbox" olyan munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek begyűjtését szolgálja, amelyeket vállalati szinten alkalmaztak, egynél több alkalommal használtak, továbbá transzferálhatók különböző munkahelyekre és elérhetők a legkülönbözőbb felhasználói csoportok számára (Vaandrager 2004).

Az ENWHP a munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységeket négy szempont alapján osztályozza:

- programok típusa;
- az alkalmazás színterei;
- életmódtémák;
- vállalati egészségpolitika kérdésköre szerint.

Ez a komplex felosztás lehetővé teszi a hálózat tagországai számára a beazonosított MEF-tevékenységek kategorizálását. Az ENWHP definiálásában a MEF egyesíti az életmódalapú egészségfejlesztési tevékenységeket azokkal az egészséggel kapcsolatos kérdéskörökkel, amelyek a vállalati egészségpolitikának is részét képezik. A MEF-program, -projekt vagy -eszköz, a munkahelyi egészség védelmére és fejlesztésére irányul, különös tekintettel az olyan egészség vonatkozású, munkahelyeken is felmerülő problémák csökkentésére, mint az elöregedés, munkaképtelenség, alkoholfüggőség, dohányzás, helytelen táplálkozási szokások, stressz stb.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok sikerességének meghatározására, mérésére használt módszerek bemutatása

Jelen munka keretében a WHO és az ENWHP – EU által támogatott – legkomplexebb és a nemzetközi gyakorlatban leginkább elterjedt, míg hazai vonatkozásban az EMEGY által kialakított „egészségbarát munkahely" kritériumait mutatjuk be.

A WHO KRITÉRIUMRENDSZEREI

A nemzetközi MEF-tevékenységek értékelésére szolgáló modellek közül elsők közt jött létre a kilencvenes évek közepén az ausztráliai Queensland State Steering Committee által kidolgozott séma, amely 12 alapelvet foglal magában (Chu et al. 2000). A tizenkét alapelv prioritási sorrendben a következő:

1. költséghatékony;
2. elismeri és támogatja a munkahelyi egészség és biztonság fontosságát;
3. a munkahely által kivitelezett (nem kormányzati szervek vagy magáncégek révén);

4. a munkahelyi egészségproblémák beazonosítását célzó szükségletfelmérésre épül;
5. önkéntes részvételt igényel;
6. magában foglalja az egészségfejlesztési alapelvek gyakorlatát;
7. fenntartható jellegű;
8. elfogadja a szociális igazságosság alapelveit;
9. értékelési eljárásokat is magában foglal;
10. szükség esetén vegyes stratégiákat alkalmaz;
11. a családtagokat is bevonhatja, amennyiben szükséges;
12. figyelembe veszi a munkahelyi politikát, kultúrát, szerkezetet és jogi szabályozásokat.

A munkahelyi egészségfejlesztés sikerességének értékelésére szolgáló kulcsindikátorok a következők:

- *Részvétel:* a teljes munkahelyi gárda (menedzsment és munkavállalók) bevonása minden tevékenységi fázisba.
- *Projektmenedzsment:* a programoknak és intézkedéseknek a problémamegoldási ciklus alapján kell felépülniük: szükségletfelmérés, prioritások meghatározása, tervezés, végrehajtás, folyamatos monitorozás és értékelés.
- *Integráció:* a programokat integrálni kell a munkahely általános vezetési gyakorlatába, továbbá törekedni kell arra, hogy a MEF-stratégiák megfelelően illeszkedjenek a cég üzleti tervébe/filozófiájába.
- *Átfogó szemlélet:* a programoknak egyéni és szervezeti/környezeti megközelítésű intézkedéseket egyaránt magukban kell foglalniuk.

A WHO Regional Office for the Western Pacific (WHO-WPR) 1999-ben dolgozta ki az egészséges munkahelyekre vonatkozó alapelveit, amelyek alapján az egészséges munkahelyet: 1. átfogó szemlélet; 2. részvétel és felhatalmazás; 3. multiszektoriális és multidiszciplináris kooperáció, 4. szociális igazságosság és 5. fenntarthatóság jellemzi.

Az alapelvekhez kapcsolódóan kidolgoztak egy ellenőrző listát, amelyet a munkahelyek saját maguk alkalmazhatnak, és amely eszközként szolgálhat a munkahelyi egészséggel összefüggő problémák beazonosítására. A lista hat fő területet és azon belül további kritériumokat tartalmaz az egészséges munkahelyekre vonatkozólag az alábbi felosztásban:

1. Munkahelyi egészségpolitikák (Workplace Policies)

- Helyben kialakított egészségbarát munkahely-politika.
- Alkohol- és drogmentes munkahely.
- Táplálkozás- és élelmiszer-biztonság magas szintje a munkahelyi étkezdében.
- Egészségügyi és munkabiztonsági bizottság.
- Kialakított indikátorrendszer a fejlődés monitorozására.
- Oktatás és képzés az egészség és munkabiztonság témakörében.
- Emberierőforrás-menedzsment politika.

2. Szervezeti környezet (Organizational Environment)
- Munkavállalók részvétele a döntéshozatalban.
- Reálisan megállapított határidők.
- Lehetőség a változatos feladatvégzésre.
- Elegendő szünet.
- Jó munkahelyi kapcsolatok.
- A magas szintű teljesítmény elismerése.
- Váltott műszak az ártalmak minimalizálására.
- A nyugdíjba vonulók támogatása.
- A speciális igényekkel rendelkező munkavállalók védelme.

3. Fizikai környezet (Physical Environment)
- Rendelkezések a biztonságos és egészséges környezettel kapcsolatban.
- Munkaártalmaknak való minimális kitettség.
- Egyéni védőeszközök biztonságos használata.
- Az egészségért és biztonságért felelős vezető alkalmazása.
- Megfelelő higiénia és ivóvíz.

4. Életmód és személyes egészségkészségek (Lifestyles and Personal Health Skills)
- Egészséges életmód támogatása.
- Táplálkozási programok.
- Dohányzásról való leszokást támogató programok.
- Fizikai aktivitás programjai.
- Stresszkezelő programok.
- Reproduktív és szexuális egészség programjai.
- A munkahely kapcsolódása a családhoz és a helyi közösséghez.

5. Egészségügyi Szolgáltatások (Health Services)
- A munkavállalók számára elérhető alap-egészségügyi szolgáltatások.
- Programok a rehabilitáció és a munkába való visszatérés elősegítésére.
- A helyi egészségügyi szolgálatok részvétele.

6. Külső környezeti hatások (Impact on the External Environment)
- Környezetszennyezés megelőzése.
- A biztonságos munkába járás lehetővé tétele.
- Pozitív szerepvállalás a közösségi életben.

A fenti kritériumrendszer leírásakor a WHO-WPR kínai, vietnami, Fülöp-szigeteki példákat sorol fel. Különböző ágazatokban hatékonyan tudták fejleszteni a dolgozók egészségét és a kormányzati, vállalati elkötelezettség is nőtt az egészséges munkahely programok bevezetése kapcsán.

AZ EU ÉS AZ ENWHP KRITÉRIUMRENDSZEREI

Az ENWHP már a megalakulását követő években egységes kritériumrendszert dolgozott ki, példatárat állított össze, kongresszusaival, kiadványaival és internetes szolgáltatásaival ismereteit széles körben is hozzáférhetővé teszi és folyamatosan frissíti a változó kihívásokhoz igazodva. A hálózat 1997-ben kezdte el a MEF jó gyakorlati modelljeinek (model of good practice: MOGP) gyűjtését. A felgyülemlett tapasztalatok alapján kidolgozták a minőségi kritériumok rendszerét 1999-ben, amely hat területre terjed ki (ENWHP 1999; Galgóczy 2004):

1. *MEF és vállalati politika:* Meg kell vizsgálni, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés beépült-e a vállalatirányítás rendszerébe. Ennek sikere nagymértékben függ attól, hogy a menedzsment felismeri-e saját felelősségének jelentőségét, megfelelően alakítja-e rendszereit.
   - A szervezet rendelkezik dokumentált, a munkahelyi egészségfejlesztésre vonatkozó üzletpolitikával, a vezetőség teljes mértékben támogatja ezt, a szükséges döntések meghozatalával aktívan hozzájárul a megvalósításukhoz.
   - A munkahelyi egészségfejlesztés intézkedései hatékonyan épülnek be a szervezet struktúráiba és munkafolyamataiba.
   - A szervezet biztosítja az elengedhetetlen forrásokat a munkahelyi egészségfejlesztés sikere érdekében.
   - A menedzsment rendszeresen monitorozza a munkahelyi egészségfejlesztés intézkedéseinek megvalósulását.
   - A munkahelyi egészségfejlesztés témaköreinek a képzési és átképzési programok integráns részévé kell válniuk (különös tekintettel a vezetőségre).
   - A munkahelyi kollektívának hozzá kell férnie a fontosabb – egészséggel összefüggő – infrastruktúrához (pl. pihenőhelyiség, mosdó, étkező, sporteszközök).

2. *Humánerőforrások és munkaszervezet:* fel kell tárni, hogy a munkahely és a munkafolyamatok kialakításakor figyelembe veszik-e a munkavállalók képességeit. Az emberierőforrás-gazdálkodásnak és a munkaszervezésnek egészségorientáltnak kell lennie. A munkahelyi egészségfejlesztés sikere azon múlik, hogy minden munkatársat aktívan bevonjanak a tervezésbe és a döntéshozatalba egyaránt.
   - A munkavállalónak rendelkeznie kell azokkal a készségekkel, amelyek a munkavégzéshez szükségesek, illetve lehetőséget kell kapnia ezek megszerzésére.
   - A munka megfelelő szervezésével megóvják a munkavállalókat a túl- vagy alulterheléstől.
   - A munkavállalók számára kialakított személyes karrierépítési lehetőségek mellett fontos, hogy ezeket speciálisan kialakított munkaszervezési lépésekkel segítsék.
   - A munkahely egészségügyi jellemzőivel kapcsolatban minden munkatársnak érdemi hozzászólási lehetőséget kell adni.

- A felső vezetés támogatja a beosztottakat és hozzájárul a jó munkahelyi légkör megőrzéséhez.
- A szervezet segíti a munkavállalókat (különös tekintettel a fogyatékos vagy sérült munkavállalókra) reintegrálódni hosszan tartó betegségek után.
- A vállalat intézkedéseket hoz a munka és a család közötti egyensúly megőrzése érdekében.

3. *A MEF tervezése:* a munkahelyi egészségfejlesztés akkor igazán sikeres, ha egyértelmű koncepcióra épül, amelyet folyamatosan felülvizsgálnak, alakítanak és kommunikálnak minden munkavállaló felé.
   - A munkahelyi egészségfejlesztés intézkedései a szervezet egészére vonatkoznak és a szervezet minden szintjén megfelelően kommunikáltak.
   - Az intézkedéseket rendszeres felmérésre alapozzák, amely a munkahelyi egészséggel összefüggő kérdéseken alapul, pl. munkahelyi stressz, egészségindikátorok, rizikófaktorok, baleseti statisztikák, foglalkozási eredetű megbetegedések, a szervezet valamennyi érdekeltjének (stakeholderek) elvárásai – különös tekintettel a munkavállalókéra.
   - A teljes munkahelyi kollektíva megfelelő tájékoztatásban részesül – belső PR-munka segítségével – a munkahelyi egészségfejlesztési projektekről.

4. *Társadalmi felelősség:* A munkahelyi egészségfejlesztés eredményességének előfeltétele, hogy a vállalat képes-e felelősen bánni a természeti erőforrásokkal. A cégek társadalmi felelősségvállalásuknak megfelelő mértékben játszanak szerepet a munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek támogatásában.
   - A szervezet meghatározott intézkedéseket tesz, hogy elkerülje az emberi egészségre és a környezetre káros eljárásokat (pl. környezetkímélő vállalatirányítási rendszer).
   - A szervezet aktívan támogat minden egészséggel kapcsolatos, társadalmi, kulturális és jóléti kezdeményezést.

5. *A MEF végrehajtása:* a munkahelyen integrált és szisztematikus előírásokkal kell elérni, hogy a munkavégzés és munkakörnyezet az egészséget és a biztonságot ne veszélyeztesse, a munkavállalók egészségtudatos magatartást tanúsítsanak, egészséges életmódra törekedjenek.
   - A szervezet rendelkezik olyan munkacsoporttal vagy koordináló bizottsággal, amelynek feladata az egészségfejlesztési intézkedések tervezése, monitorozása és értékelése.
   - A munkahelyi egészségfejlesztés intézkedéseinek tervezéséhez és végrehajtásához rendszeres időközönként és rendszerezett módon kell biztosítani az összes szükséges információt.
   - Ki kell jelölni az intézkedések célcsoportjait és a számszerűsített elvárásokat.

- Az egészségkímélő munkaszervezést, az egészséges munkakörnyezet megteremtését és az egészséges életmód népszerűsítését célzó intézkedéseket egymással összhangban kell bevezetni.
- Minden intézkedést rendszeresen kell értékelni és folyamatosan kell javítani.

6. *A MEF eredményei:* a munkahelyi egészségfejlesztés sikeressége számos rövid, közép- és hosszú távú indikátor alakulásával jellemezhető:
   - A munkahelyi egészségfejlesztés érdekében hozott intézkedéseknek a vevők elégedettségére (termékek és szolgáltatások vonatkozásában egyaránt) gyakorolt hatását szisztematikusan kell elemezni és levonni a megfelelő tanulságokat.
   - Rendszeres elemzésre és a megfelelő konklúziók meghozatalára van szükség, különösen a munkafeltételek/munkaszervezet, a vezetési stílus, a részvétel lehetősége, valamint a munkahelyi egészség és biztonság vonatkozásában.
   - A munkahelyi egészségfejlesztés érdekében hozott intézkedéseknek az egészségindikátorokra – pl. a hiányzások arányára, a baleseti statisztikákra, az egészségfejlesztési javaslatok számára, a releváns rizikófaktorok szintjére stb. – gyakorolt hatását elemezni és értékelni kell.
   - Elemezni kell a munkahelyi egészségfejlesztési intézkedések releváns gazdasági tényezőinek – pl. a munkaerő-fluktuáció, a termelékenység, a költséghatékonyság stb. – hatását, a megfelelő következtetések meghatározásával.

Az ismertetett kritériumrendszer követelményei nagyüzemekben, multinacionális vállalatoknál és a közszféra nagyobb egységeinél kisebb nehézségekkel teljes körűen megvalósíthatóak. A kis- és közepes méretű vállalkozások munkahelyi egészségfejlesztésének megítélése azonban túl komplex és bonyolult, így arra az ENWHP egy kevésbé komplex rendszert dolgozott ki, amely három területre fókuszálva (1. vezetés és részvétel; 2. üzleti folyamatok; 3. eredmények) a fentebb bemutatott kritériumokat alkalmazza egyszerűsített formában.

Ez a kritériumrendszer nemcsak az ENWHP-t segíti a jó gyakorlati példák értékelésében, hanem a munkavállalókat és a munkáltatókat is támogatja saját tevékenységük tervezésében és monitorozásában. Mindezt ún. „best practice" kérdőívek, ellenőrzőlisták, indikátorok és kritériumok kidolgozásával, szakmai kiadványok közreadásával támogatja.

A KRITÉRIUMRENDSZER ALKALMAZÁSA

Az ENWHP első jelentős projektje a nagyvállalati szférában történő MOGP-gyűjtés volt 1997-ben. Miután a piaci szférában zajló európai munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatok MOGP-gyűjteménye összeállt, a figyelem a közszféra felé irányult az ezredforduló után: 2002-ben indult az ENWHP második nagyszabású projektje, amely a MEF három területét vizsgálta:

1. A munkahelyi egészségfejlesztés hasznossága melletti érvek/bizonyítékok (business case).
2. Eszköztár összegyűjtése és rendszerezése (toolbox), ami nem azonos a MOGP-gyűjteménnyel, hiszen különféle modellekben azonos eszközök felhasználására kerülhet sor, illetőleg egy modellen belül több eszköz is bevethető.
3. Az infrastruktúra kiépítése.

Az ENWHP 2006-ban újabb nagyszabású MOGP-gyűjtésre vállalkozott *Move Europe* címmel, amelyben 26 európai ország vett részt. Magyarország is csatlakozott a három évig tartó programhoz, amelynek hazai koordináló szervezete az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) volt. A program elnyerte az EU Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőségének támogatását is. A program egy átfogó kampány keretében vállalatokat mozgósít annak érdekében, hogy az „Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken" víziója megvalósulhasson.

A program legfontosabb célkitűzései:

- Egységes kritériumok alapján összegyűjteni és díjazni a legjobb európai munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatokat (MOGP), törekedni minél szélesebb körben való elterjesztésükre.
- Hozzájárulni a munkahelyi egészségfejlesztés kedvező hatásainak felismeréséhez.
- Gyakorlati példákkal igazolni a munkahelyi vezetés számára, hogy hasznos befektetés a munkavállalók egészségének szem előtt tartása.
- Megosztani az életmóddal összefüggő munkahelyi programok tanulságait a részt vevő európai országokkal, fokozva ezzel is az együttműködést és a tapasztalatcserét.

A program eredményeképpen a kiválasztott legjobb munkahelyi egészségfejlesztési modelleket megvalósító szervezetek és cégek elnyerték az Egészségbarát Európai Vállalat címet (hazai szinten a programra jelentkező közel száz munkahelyből két vállalat nyerte el tevékenységéért ezt a kitüntető címet).

A program értékelési fázisához kapcsolódóan az ENWHP kidolgozott egy friss kritériumrendszert, amelyben két típusú – minőségi és adaptálhatósági – megközelítési mód alapján minősíti a begyűjtött MEF-tevékenységeket. A minőségi kritériumok az egészségfejlesztési célok és tevékenységek minőségi jellemzőinek meghatározását szolgálják, míg az adaptálhatóság a MOGP-kiválasztást teszi lehetővé. Ezek alapján a programban részt vevő szakértők értékelni tudták a MEF tevékenységeit.

Minőségi kritériumok

A minőségi kritériumok alapján a megfelelően megtervezett és kivitelezett MEF:

- A komplex munkahelyi egészségfejlesztés elvén alapul.
- A vállalati politika által támogatott.
- A vállalati stratégiába, rendszerekbe és folyamatokba integrált.
- A vezetőség aktív részvétele által támogatott.

- A munkatársak aktív részvétele és bevonódása által támogatott.
- Folyamatos kommunikáció minden érintett fél között és irányában.
- Strukturált szemléletmódon alapul.
- Igényfelmérésen és/vagy kockázatelemzésen alapul.
- A szükséges (anyagi, pénzügyi, emberi) erőforrások biztosítottak.
- A munkahelyi egészségfejlesztésről információ és képzés biztosított.
- Hatékony intézkedéseken és tudományos ismereteken alapul.
- A program értékelése és monitorozása szisztematikus és ciklikus.
- Folyamatos fejlesztés jellemzi.
- Adaptálhatósági kritériumok.
- A munkahelyi egészségfejlesztési program/tevékenységek más helyzetekben és feltételek között is alkalmazhatók.
- Hozzáférhetőség: létezik-e részletes leírás a módszertanról, az eredményekről és a folyamatokról.
- A projekt mennyire költséghatékony.

A legújabb – 2009-ben elindított – MOGP gyűjtési program *Mental Health* címmel a legjobb munkahelyi lelki egészségfejlesztési gyakorlatok begyűjtésére fókuszál, ennek eredményeit 2011-ben publikálták.

HAZAI ÉS NEMZETKÖZI LEGJOBB GYAKORLATOK A MOVE EUROPE EURÓPAI KAMPÁNYBÓL

A legjobb modelleket megvalósító hazai munkahelyek az Unilever Kft. és a Mol Nyrt. (mindkét vállalat elnyerte 2009-ben az Egészségbarát Európai Vállalat címet).

Az Unilever Hungary Ltd. jó gyakorlata a munkahelyi egészségfejlesztés terén

Az Unilever Hungary Ltd. célja az egészséges munkakörnyezet biztosítása a munkavállalók számára, a munkavállalók motivációja arra, hogy felelősséget érezzenek saját személyes jóllétük iránt és gondot fordítsanak a testedzésre és az egészséges táplálkozásra, valamint a munka és magánélet összeegyeztethetőségének elősegítése. A cégvezetőség az egyéni igények figyelembevétele érdekében felmérést végzett a munkavállalók életmódjával kapcsolatban (étkezési szokások, fizikai aktivitás, napi életvitel, szenvedélybetegségek, családi élet, munkahelyi stressz, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága, hobbik, a cég által nyújtott egészségügyi szolgáltatások kihasználása). A kérdőív alapján mindenki személyes értékelésben és tanácsadásban részesült. A felmérésre alapozva meghatározták a munkahelyi egészségpolitika fő céljait, amelynek megvalósításához szükséges pénzügyi forrás a vállalati költségvetésben rendelkezésre állt.

A cégvezetőség számos lehetőséget kínál a dohányzásmegelőzés, az egészséges táplálkozás, a fizikai aktivitás és stresszmenedzsment terén. A programok eredményességét és a munkavállalók véleményét rendszeres felmérés segítségével követi

nyomon egy céges, illetve külső orvosokból álló csapat. A munkavállalók véleményét minden területen figyelembe veszik a következő programok tervezésekor.

A Mol Nyrt. jó gyakorlata a munkahelyi egészségfejlesztés terén
Az egészség védelme a cég menedzsmentfilozófiájának szerves része. A Mol befektet a betegségmegelőzésbe és az egészségfejlesztésbe, valamint a munkavállalók jó egészségmagatartása, az egészséget támogató megfelelő egyéni kompetenciák és készségek kialakítása érdekében az egészségnevelésbe. A Mol célja, hogy a munkából kifolyólag egy munkavállaló se betegedjen meg vagy szerezzen sérülést. Ennek érdekében figyelmet fordít az egészséges munkakörülményekre, hogy javítsa minden munkavállalója egészségi állapotát, különös tekintettel néhány speciális célcsoportra; dohányzásmegelőzéssel, egészséges táplálkozással, fizikai aktivitással, stresszkezeléssel kapcsolatos tevékenységeket végez; továbbá jó minőségű munkahelyi egészségügyi szolgáltatásokat nyújt és folyamatosan elemzi a vállalati tevékenységből fakadó kockázatokat.

NEMZETKÖZI JÓ GYAKORLATOK

A Volkswagen cég dohányzásmegelőzési és leszokást támogató programja (Berlin, Németország)
A berlini Volkswagen vállalat célja olyan gyár létrehozása, amely „füstmentes" és amelyben önszántukból „füstmentes" munkavállalók dolgoznak.

A vállalati filozófiában az egyik legalapvetőbb és legfontosabb érték az egészség. A kidolgozott, munkavállalóknak szóló programokban nemcsak a törvény által előírt szabályok betartására figyelnek, hanem a munkavállalók igényeire is. A dohányzásról való leszokást segítő programok kialakítása is a fenti szempontok mentén történt. A programelemekre az egészségügyi osztály a németországi Üzemi Egészségpénztárak Országos Szövetségével és egy dolgozói fórummal együttműködve tett javaslatot. A megvalósítás konkrét elemeit a „dohányfüstmentes gyár koordinációs csoport" végezte el.

A komplex programok (információs csomagok, valamint leszokást segítő szolgáltatások és tréningek nyújtása) megvalósítását követően az egészségügyi osztály végezte az eredmények értékelését, amely során elemezték a résztvevők tevékenységeit és figyelembe vették a dolgozók visszajelzéseit. Hat hónappal a teljes program lezárulta után egy komplex felmérésben megvizsgálták, hogy hány személynek sikerült végleg leszoknia a dohányzásról. A projektben részt vett dolgozók túlnyomó többsége hat hónap eltelte után sem szokott vissza a dohányzásra.

A Mars Chocolate UK „Winning With Wellness" programjának egészséges táplálkozás eleme (Berkshire, Egyesült Királyság)
A Mars Chocolate UK csokoládégyár igyekszik dolgozóit olyan szolgáltatásokkal ellátni, amelyek hozzájárulnak az egészséges életmód és életszemlélet kialakításához. A program folyamatos, időről időre megújuló elemei biztosítják a vállalaton belül ezeket a célkitű-

zéseket. A megvalósításban külön, a közösséget összefogó, főállású wellnessprogrammenedzser csapat tevékenykedik, de létezik a munkavállalókból álló fórum is, akik személyes tanácsaikkal segítik a program sikerét. Az egészséges táplálkozást elősegítő kezdeményezés három alappillérből áll: menza, cafeteria és testtömegcsökkentés. Célja, hogy a dolgozók étkezzenek egészségesebben, valamint a túlsúlyos munkavállalók veszítsenek testtömegükből. A program értékelése folyamatosan történik. A 2009. évi testsúlycsökkentő csapatversenyen például a 37 részvevő összesen 105 kilogrammot veszített a tömegéből.

A fenti jó gyakorlatok részletesebb leírása megtalálható a fejezet végén, a mellékletben.

Az egészségbarát munkahely hazai kritériumrendszerei

A kritériumrendszer elkészítésének alapja a Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának 1999-es kritériumrendszere, amelyet a hazai viszonyokra adaptálva a munkahelyi egészségfejlesztés hazai szakértőivel folytatott konzultációk és egyeztetések eredményeképpen alakított ki az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület az Országos Egészségfejlesztési Intézettel közösen (Kerek 2005). Magyarországon az egyesület az egyetlen, minden szereplőt egységbe fogó szervezet, amely széles kapcsolatrendszer kialakítását célozza meg a munkavállalók, a munkaadók és az egészségügyi ellátórendszerek között. Legfontosabb törekvése, hogy valamennyi dolgozó a jelenleginél jobb testi, lelki és szellemi egészséggel végezhesse munkáját. Célja elősegíteni, egységbe foglalni mindazokat a törekvéseket, intézkedéseket, amelyek a munkahelyi egészségfejlesztést szolgálják. Ennek érdekében az egyesület:

- munkakapcsolatot tart fenn az egészséges munkahely kialakításában érdekelt szereplőkkel;
- rendszeres módszertani segítséget nyújt a helyi egészségfejlesztési stratégiák kialakításához;
- támogatja a témához kapcsolódó kutatások és publikációk megjelentetését;
- ajánlásokat fogad el és hoz nyilvánosságra;
- szakmai tanácskozásokat, konferenciákat szervez;
- figyelemmel kíséri a munkahelyi közérzet aktuális hazai állapotát;
- hírlevelekkel és weboldallal járul hozzá tagszervezetei informálásához.

A szempontrendszer összeállításánál kiemelt hangsúlyt kapott a következetes végrehajtás igénye és a vállalati integráció foka, a hazai munkavédelmi törvény, a rendeletek betartása, a munkavédelem helyzete, továbbá az egészségügyi és a szociálpolitikai szolgáltatásokhoz való hozzáférés. A szempontrendszer tartalmazza mindazon intézkedéseket, lépéseket, amelyek a munkahelyi egészségfejlesztés sikeres megvalósulásához elengedhetetlenül szükségesek.

A kritériumrendszer alapján a munkahelyi egészségfejlesztés érdekében hozható intézkedések a következők:

- *Munkahelyi egészségterv:* Egészségtudatos vállalati filozófia alapján fejlesztési programok kiépítése, a megvalósítás tervezésénél a dolgozók aktív közreműködésére építve. Az intézkedéseknek összhangban kell állniuk a szervezeti struktúrával, a munkafolyamatokkal.
- *Egészségtudatos humánpolitika:* A vállalat vezetésének tisztában kell lennie munkavállalóinak képességeivel, az elvárásokat megfelelően kell kommunikálja, valamint tekintetbe veszi az egyéni igényeket.
- *A munkahelyi egészségfejlesztés tervezése:* Egyértelmű koncepciókra épülő tervek, amelyek a munkavállalók folyamatos közreműködésére számítva, a változó igények figyelembevételével alakulnak. A kivitelezésnél az eljárást rendszeres időközönként értékelik, minősítik, továbbfejlesztik.
- *Társadalmi felelősségvállalás:* Az egészségfejlesztési tervezés folyamata során a vállalat felelősen bánik a természeti erőforrásokkal (pl. környezetkímélő vállalatirányítási rendszer). A vállalat aktívan támogatja a társadalommal, kultúrával, hátrányos helyzetbe kerültekkel kapcsolatos kezdeményezéseket.
- *A munkahelyi egészségfejlesztés gyakorlata:* A hatékony intézkedések, kampányok bevezetéséhez a vállalatnak rendelkeznie kell erre szakosodott munkacsoporttal. Elengedhetetlen a megfelelő külső-belső kommunikáció, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, az egészségkímélő munkaszervezés, valamint az intézkedések rendszeres ellenőrzése.
- *A munkahelyi egészségfejlesztés eredményei:* Annak érdekében, hogy az egészségfejlesztési intézkedések valóban a munkavállalók érdekeit szolgálják, rendszeres elemzésre, értékelésre van szükség. A változások nyomon követése az elkövetkező intézkedések hatékonyságához, végső soron a dolgozók megelégedettségét eredményező vállalati egészségfejlesztési politika fenntartásához járul hozzá.

Hazánkban jelenleg ez a kritériumrendszer a leginkább irányadó azoknak a munkahelyeknek a számára, amelyek az „egészségbarát munkahely" címre pályáznak. Az Egészségügyi Minisztérium 2003–2006 között meghirdetett népegészségügyi pályázatai kapcsán is az ebben megjelölt kritériumoknak való megfelelést nézték a pályázati bírálóbizottság tagjai.

Mindemellett érdemes kiemelni az Amerikai Kereskedelmi Kamara által 2002-ben életre hívott *„Egészséges Munkahely AmCham Díj"* programot is, amelynek célja, a legjobb gyakorlatok gyűjtése mellett, a legkiválóbb egészségfejlesztési tevékenységet végző munkahelyek díjazása, illetve a munkahelyi egészségfejlesztés területén kifejlesztett jól bevált, korszerű megoldások megismertetése. A kamara „legjobb gyakorlat" definíciója: *„a különböző szituációkban alkalmazható, illetve azokhoz adaptálható elvi megközelítések és módszertani eljárások közül »Legjobb Gyakorlat«-nak azokat tekintjük, amelyeknek hatásosságát és rendszeres megvalósítását, valamint kiemelkedő eredményességét hiteles kutatásokkal, elemzésekkel sikerül bizonyítani".*

Az egészséges munkahely díj elbírálása érdekében az alábbi egyszerűsített kritérium-rendszert hozta létre a kamara (Amerikai Kereskedelmi Kamara é. n.):

1. *Egészséges munkahelyi környezet kialakítása*
   - Foglalkozás-egészségügyi ellátás biztosítása, munkabiztonság és környezetvédelem.
   - A munkahelyi és környezeti tényezők optimalizálása, ennek megvalósítása.
   - Az elsősegély és védőoltás biztosítása a munkahelyen.
2. *„Élj egészségesen!" életmódcsomag*
   - A nem dohányzók védelme, a dohányzás visszaszorítása.
   - Egészséges táplálkozás.
   - Aktív testmozgás, testedzés és sportolás.
   - Az alkohol- és drogfogyasztás csökkentését és a drogfogyasztás megelőzését elősegítő programok.
   - Mentálhigiéné.
3. *Az igazán egészségbarát munkahely további tevékenységei*
   - Szűrőprogramok.
   - Támogatás és csatlakozás karitatív egészségügyi projektekhez.

A MEF-programok sikertényezői, a tevékenységek értékelésével kapcsolatos kihívások

A munkahelyi egészségfejlesztési programok céljairól és sikerességi kritériumairól már volt szó korábban, ez a fejezet arra keresi a választ, hogy miképp érhetők el ezek a célok, mi szükséges, hogy a programok minden szempontból hatékonyak legyenek.

Az alábbi feltételek szükségesek a MEF-tevékenységek sikeres kivitelezéséhez (Juhász 2007):

- Nagyarányú részvétel.
- Személyre szabott kapcsolattartás a résztvevőkkel.
- A vezetés támogatása.
- Dolgozók bevonása a tervezésbe, kivitelezésbe, értékelésbe.
- A program mindenkit célozzon meg, de külön fordítson figyelmet az egészségi kockázattal rendelkező dolgozókra.
- A program egyszerre több típusú kockázati faktorral és egészségi problémával foglalkozzon.
- A munkahelyen vezessenek be megfelelő egészségvédő szabályokat.

A munkahelyi egészségfejlesztés sikerességében szerepet játszó tényezők (Kerek 2004):

- Szakmaközi, interdiszciplináris erőfeszítés, együttműködés a munkahely több résztvevőjével.
- A programok kidolgozásától a végrehajtásáig minden érintett fél részvétele és közreműködése.

– Átfogó megközelítés alkalmazása, amely az egyénre összpontosító tevékenységeket ötvözi a munkakörülmények és a szervezeti felépítés megtervezésével.

A MEF-program beindításának és sikeres működtetésének legfontosabb feltételei a következők: a vállalaton belüli és vállalatok közötti együttműködés, a kiinduláskor mért egészségi helyzet elemzése, a fontossági sorrend megállapítása, a célok kitűzése, egészségközpontú kommunikáció, a nehézségek felmérése és leküzdése, folyamatos megfigyelés és elemző munka.

Mint minden más tevékenységet, az egészségfejlesztést is meg kell vizsgálni a ráfordított költség/haszon és a ráfordított költség/hatékonyság összefüggései szempontjából. A programok értékelésének mindig két szempontot kell figyelembe vennie: a *gazdasági* és az *egészségügyi* hasznosságot. Ezeket a következő mutatókkal lehet mérni:

– a betegállományok és a hiányzások számának alakulása;
– a munkaerő-vándorlás mértéke;
– a munkahelyi balesetek, a ténylegesen ledolgozott munkaórák száma;
– a termelékenység;
– a termékek minősége;
– a reklamációk előfordulási gyakorisága;
– a vállalat megítélésének javulása;
– a vállalattal való azonosulás mértéke;
– a fejlesztésre tett javaslatok mennyisége.

Ezeket a mutatókat a munkavállalókkal és szakemberekkel végzett ismételt felmérések segítségével, valamint a program előtt és után készült szűrővizsgálatok eredményeinek összehasonlításával lehet nyomon követni.

MEF és stratégia: a munkahelyi egészségterv kialakítása és megvalósítása

Az Egészségügyi Világszervezet 1998-as közgyűlése nemzetközi nyilatkozatot fogadott el az egészségről, amely szerint az *elérhető legjobb egészségi állapot* egyike az alapvető emberi jogoknak. Ezzel együtt az egészségről az emberek többsége még ma is azt gondolja, nem más, mint a betegségek hiánya. Ez a mára már meghaladott szemléletmód természetesen nem az egészségre helyezi a hangsúlyt, hanem annak helyreállítására, holott a lakosság egészségi állapotának és jóllétének javítása a gazdasági és társadalmi fejlődés előfeltétele és célja is egyben, nem pedig eszköze.

A munkahelyi egészségfejlesztés bevezetésének előfeltétele a megfelelő *tervezés*, amelynek hatékony eszköze lehet a *munkahelyi egészségterv*, ami egy olyan komplex programtervezet, amely a munkavállalók életminőségének és munkafeltételeinek javítását, egészségük fejlesztését szolgálja, közösségi erőforrások mozgósításával.

Tervezésénél figyelembe kell venni, hogy a program:
- a munkavállalók valamennyi csoportjára alkalmazható legyen;
- a rossz egészségi állapot rejtett okainak feltárására irányuljon;
- többféle módon próbáljon hatni az egészségfejlesztés irányába;
- célja, hogy rábírja a dolgozókat az aktív részvételre, saját egészségük megőrzése érdekében.

A munkahelyi egészségterv folyamat jellegű elemei:
1. Állapotleírás
2. Cselekvési és kommunikációs terv
3. Megvalósítás
4. Folyamatos értékelés, monitorozás és értékelés

ÁLLAPOTLEÍRÁS – EGÉSZSÉGKÉP, IGÉNYFELMÉRÉS

Az egészségterv kialakításának első fázisa az *állapotleírás*, amely az adott munkahely közössége egészségi állapotának, az adott színtérre jellemző életfeltételeknek, életminőségnek, tényeknek a leírása, a valóság metszete egy konkrét időpontban, amelynek segítségével kijelölhetők a prioritások, felállítható a problémák rangsora.

Az állapotleírás főbb tartalmi elemei:
- A munkahelyen dolgozók demográfiai jellemzése.
- A munkakörülmények jellemzése, a munkavégzés feltételei.
- A természetes és épített környezet állapotának jellemzése.
- Az infrastrukturális helyzet ismérvei.
- Munkahelyi fluktuációra vonatkozó adatok.
- A munkavállalók egészségi állapotának jellemzése.
- A mentálhigiénés helyzet jellemzése.
- A dolgozók életmódjának jellemzése az egészséges életmódot támogató szokásokra vonatkozó megállapítások ismeretében.
- Az egészségügyi ellátás intézményeinek jellemzése, az ellátást nyújtó szolgáltatók és kapacitásuk leírása.
- Szociális, gazdasági feltételek és körülmények jellemzése.
- A segítő hálózat jellemzése.
- Társadalmi egyenlőtlenségek jellemzése.
- A munkahely problémáival kapcsolatos munkavállalói vélemények elemzése.

CSELEKVÉSI ÉS KOMMUNIKÁCIÓS TERV

A helyzetelemzést követően kerülhet sor *a cselekvési terv* kialakítására és megvalósítására, a programok kommunikálására, valamint a tevékenység folyamatos monitorozására, értékelésére.

A cselekvési terv jellemzői:
- az állapotleírás tényeire épül;
- definiálja a célcsoportot;
- a célcsoport igényei alapján pontosan megfogalmazza a feladatokat;
- kijelöli a feladatmegvalósítás módszerét, eszközeit;
- kijelöli a felelősöket;
- ütemezi a tevékenységeket időben-térben;
- feltárja a pénzügyi forrásokat, megvizsgálja a fenntarthatóság kérdését;
- kitér az elvégzett tevékenység monitorozására.

A fenti fázisokat folyamatos kommunikáció mellett, előzetesen külön kialakított *kommunikációs stratégia* mentén szükséges megvalósítani. A munkahelyi egészségterv kommunikációja többirányú:
- *Kommunikáció a munkahelyen belül.* Célja, hogy a munkahelyi egészségtervben megfogalmazottakat részletesen megismerhessék a munkavállalók. Változzon az egyéni motiváció, kiszélesedjen a választható magatartásmodellek köre. Célszerű a munkahelynek minden olyan lehetőséget kihasználnia, amelyek segítségével elérhetik a munkavállalókat, igénybe véve a rendelkezésre álló kommunikációs csatornákat.
- *Kommunikáció a munkahelyen kívül.* A munkahelyi egészségterv elkészítése és gyakorlati megvalósulása példaértékű lehet más munkahelyek számára. A kezdeményezés bemutatásával a munkahely nagymértékben javíthatja saját vállalati arculatát.

MEGVALÓSÍTÁS

- munkacsoport(ok) létrehozása a problémaköröknek megfelelően;
- stratégiai tervezés: rövid és hosszú távú tervek kidolgozása az állapotfelmérés eredményeire alapozottan;
- kapacitások felmérése (forrásteremtés);
- a megtervezett egészségfejlesztési programok kivitelezése;
- a programok folyamatos nyomon követése, értékelése (elégedettségvizsgálatok);
- a tevékenységek folyamatos koordinációja és kommunikációja;
- az eredmények monitorozása – hatékonysági mutatók alapján;
- visszacsatolás, illetve szükség esetén a cselekvési terv módosítása az eredmények alapján.

Fontos kiemelni, hogy a sikeres gyakorlati megvalósításhoz feltétlenül szükséges a *menedzsment teljes körű támogatása* annak érdekében, hogy az egészség szempontja prioritásként szerepeljen a felső vezetői döntéshozatali folyamatokban. Lényeges tényező a munkatársak közvetlen bevonása a programok kialakításába és lebonyolításába.

MONITOROZÁS ÉS ÉRTÉKELÉS

A munkahelyi egészségfejlesztési programok értékelésénél arra a kérdésre keressük a választ, hogy a program által nyert haszon meghaladja-e a bevezetés költségeit, vagyis hogy az egészségfejlesztési program révén nagyobb haszonhoz jutunk-e, mintha az adott összeget valami másba fektettük volna (Juhász 2007). Mivel a dolgozók egészségi állapotára közvetlen és közvetett hatása is lehet a programnak, valamint a dolgozók egészségi állapota is több módon képes a vállalat eredményességére hatni, ezért a program hatékonyságának értékeléséhez fel kell tárni:

- az egészségfejlesztési program és a dolgozó viselkedése közötti;
- a viselkedések és az egészségi mutatók változása közötti;
- az egészségváltozás és a vállalati jellemzők (hangulat, életstílus és hiányzás) közötti;
- és az egyes vállalati jellemzők (pl. hiányzás és nyereségesség) közötti kapcsolatot.

A munkakörülmények és a dolgozók egészségi állapotának javulását a következők jelezhetik:

- jobb munkahelyi légkör és jobb interperszonális kapcsolatok;
- a nagyobb tevékenységi területet felölelő munkahelyek száma;
- a jobb ergonómiai mutatókkal működő munkahelyek száma;
- a káros környezeti hatást a minimumra csökkentő munkahelyek száma;
- az egészségvédelmi vagy újabb szakképzettség megszerzésére irányuló tanfolyamokon részt vett dolgozók száma;
- az egészséghez, egészséges életmódhoz való viszony megváltozása;
- a rizikófaktorok csökkenése.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok gazdaságosságának értékelésekor nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy ezek a beavatkozások több szinten fejtik ki hatásukat:

- a munkavállaló egyéni szintjén;
- a munkavállalók családja szintjén;
- a vállalat szintjén;
- a társadalom szintjén.

Az előzőek alapján az egészségtervre alapozott munkahelyi egészségfejlesztési tevékenység lehetséges indikátorai:

- Az adott munkahelyi közösségben élő emberek életminőségének és egészségi állapotának alakulása.
- A programok tervezése és megvalósítása során kialakult gyakorlat jellemzői.
- A közösség szellemi és anyagi erőforrásai bevonásának mértéke.

MELLÉKLET

Hazai és nemzetközi legjobb gyakorlatok a Move Europe európai kampányból

A legjobb modelleket megvalósító hazai munkahelyek: a Mol Nyrt. és az Unilever Kft. (2009. február: hazai, 2009. április: európai konferencián elismerés.)

A program/projekt neve: Unilever Hungary Ltd. jó gyakorlata a munkahelyi egészségfejlesztés terén.

A program/projekt célja: egészséges munkakörnyezet biztosítása a munkavállalók számára, a munkavállalók motivációja arra, hogy felelősséget érezzenek saját személyes jóllétük iránt, gondot fordítsanak a testedzésre és az egészséges táplálkozásra, illetve a munka és magánélet összeegyeztethetőségének elősegítése.

A program/projekt célcsoportja: a cég 486 alkalmazottja.

A program/projekt bemutatása:

A cégvezetőség számos lehetőséget kínál az egészséges táplálkozás, rendszeres testedzés és stresszmenedzsment terén. Az egyéni igények figyelembevétele érdekében felmérést végzett a munkavállalók életmódjával kapcsolatban. A kérdőíves felmérés főbb pontjai az étkezési szokásokra, a fizikai aktivitásra, a napi életvitelre, a szenvedélybetegségekre, a családi életre, a munkahelyi stresszre, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakoriságára, a hobbikra és a cég által nyújtott egészségügyi szolgáltatások használatára vonatkoztak. A kérdőív alapján mindenki személyes értékelésben és tanácsadásban részesült. A felmérésre alapozva meghatározták a munkahelyi egészségpolitika fő céljait, amelynek megvalósításához szükséges pénzügyi forrás a vállalati költségvetésben rendelkezésre állt.

Dohányzásmegelőzéssel kapcsolatos néhány kezdeményezés:

- alternatív stresszkezelő megoldások: „relaxációs szoba" (rövid kikapcsolódásra, masszázsfotellel, amely maximum 30 percig vehető igénybe munkaidőben);
- „Vitalitás csoport" működtetése orvosok, asszisztensek és munkavállalók részvételével, amely cselekvési tervet készít többek közt a dohányzók számának csökkentésére;
- anonim tanácsadás: a bejárat mellett elhelyezett dobozba bedobható kérdésekre hírlevelek keretében válaszolnak;
- HELP-programban (Mozgalom a dohányfüstmentes Európáért) való részvétel: szaktanácsadás, szén-monoxid-szintmérés.

Egészséges táplálkozással kapcsolatos kezdeményezések, pl.:

- „Vitalitás Napokon" információgyűjtés a munkavállalók életviteléről és táplálkozásáról, a jelenlévők orvosi vizsgálata (testsúlymérés, BMI és testzsírszázalék-mérés, koleszterinszint-mérés, vércukormérés), majd a vizsgálati eredmények alapján egyéni tanácsadás;

- a saját menzán a tudatos választás érdekében feltüntetik az ételek összetevőit (pl. szénhidrát-, zsír- és rosttartalom), mindig kínálnak gyümölcsöt és zöldséget;
- az egészséges táplálkozással kapcsolatos tréning szervezése a menza minden dolgozója számára;
- kéthetente konzultációs lehetőség dietetikussal (köztes időben e-mailes tanácsadás).

Fizikai aktivitással kapcsolatos kezdeményezések, többek közt:

- „Unilever Családi Sport Nap";
- 45 perces munkahelyi torna az iroda épületében, heti nyolc alkalommal;
- fitneszterem az iroda épületében – munkaidő után és hétvégén ingyenes használattal;
- kerékpárbérlési lehetőség a munkahelyre való bejáráshoz vagy hétvégi kirándulásokhoz;

Stresszkezeléssel kapcsolatos tevékenységek, pl.:

- a stresszfaktorok elemzése a vállalati orvos és egy kontrollcsoport által;
- „Egyensúly és stresszkezelés" képzés – a munka és magánélet összeegyeztetését segíti elő, a végén személyes stresszkezelési terv készül;
- „Mentális fejlődés tréning" – a feladatok priorizálásában segít;
- Vitalitássarok – közösségi helyiség beszélgetésre, rövid kikapcsolódásra.

A program/projekt tapasztalatai:

A progr*amok eredményességét és a munkavállalók* véleményét rendszeres felmérés segítségével követi nyomon egy céges, illetve külső orvosokból álló csapat. A munkavállalók véleményét minden területen figyelembe veszik a következő programok tervezésekor.

A program/projekt neve: A Mol Nyrt. jó gyakorlata a munkahelyi egészségfejlesztés terén.

A program/projekt célja: Az egészség védelme a cég menedzsmentfilozófiájának szerves része. A Mol befektet a betegségmegelőzésbe és az egészségfejlesztésbe, és a munkavállalók jó egészségmagatartása, az egészséget támogató megfelelő egyéni kompetenciák és készségek kialakítása érdekében az egészségnevelésbe. A Mol célja, hogy a munkából kifolyólag egy munkavállaló se betegedjen meg vagy szerezzen sérülést.

A program/projekt célcsoportja: a cég 5363 alkalmazottja.

A program/projekt bemutatása:

A Mol figyelmet fordít az egészséges munkakörülményekre, hogy javítsa minden munkavállalója egészségi állapotát, különös tekintettel néhány speciális célcsoportra; továbbá jó minőségű munkahelyi egészségügyi szolgáltatásokat nyújt és folyamatosan elemzi a vállalati tevékenységből fakadó kockázatokat.

Dohányzásmegelőzéssel kapcsolatos kezdeményezések:

- a témában írt cikkek publikálása a vállalati hírlevelekben;
- A „STEP" (Tégy egy lépést az egészségért) és a „Great Health Game" program keretében rendszeres szén-monoxid-szintmérés, orvosi tanácsadás;
- átfogó kampány a dohányzásról való leszokás támogatására, melynek elemei:
  - tájékoztatás a célcsoport számára a dohányzás káros hatásairól (szórólap formájában);

  - kis csoportos önkéntes tréning, amely ingyenes azok számára, akik hosszú távon nem gyújtanak rá.

Egészséges táplálkozással kapcsolatos kezdeményezések:

- az éves foglalkozás-egészségügyi vizsgálat keretében személyes egészségterv készítése táplálkozási tanácsokkal;
- a STEP-program keretében:
  - minden héten speciális diétákhoz igazodó STEP-menükínálat az éttermekben és a büfékben;
  - információs kampány a STEP-menük receptjeinek megismertetésére;
  - szavazás a STEP-menüt választók körében a legjobb ételre, amely a kampány után is az étlapon marad.

Fizikai aktivitással kapcsolatos kezdeményezések:

- STEP Aktív Program keretében az aktív életmód támogatása, pl:
  - STEP-kupa: hagyományos és modern csapatversenyek és egyéni sportok;
  - szabadtéri hétvégék: olyan újfajta sportok megismertetése a résztvevőkkel, amelyek kipróbálására egyénileg nem nyílna módjuk (pl. Via Ferrata túra a Dolomitokban);
  - egészségtúrák: rövidebb magyarországi túrák, pl. levendulatúra a Tihanyi-félszigeten, éjszakai túra Bugacpusztán;
- családi napok keretében népszerű sportok kipróbálása (pl. Nordic walking, geocaching), érdeklődés esetén képzések szervezése.

Stresszkezeléssel kapcsolatos tevékenységek:

- sztresszkezelési modellprogram a STEP-program keretében, amelynek eredményei alapján a Mol a munkavállalók szélesebb körére ki kívánja terjeszteni a programot (programelemek pl.: relaxációs tréning, szerepjátékok).

A program/projekt tapasztalatai:

2006-ban reprezentatív felmérést végeztek a munkavállalók körében a STEP-program indulásakor az egészséges étkeztetésről, amelynek eredményeit felhasználták a programban, pl. éttermek/menzák választéka, nyitvatartási idő (pozitív visszajelzések a dolgozóktól).

A stresszkezelő programok szakmai kiértékelését követően a menedzsment komplex stresszmenedzsment-tevékenységek szervezése mellett döntött.

Nemzetközi jó gyakorlatok

A program/projekt megvalósulási helyszíne: Berlin, Németország.

A program/projekt neve: Volkswagen Dohányzásmegelőzési és leszoktató program.

A program/projekt célja: Olyan gyár létrehozása, amely „füstmentes” és amelyben önszántukból „füstmentes” munkavállalók dolgoznak.

A program/projekt célcsoportja: a gyár dolgozói.

A program/projekt bemutatása:

A Volkswagen AG vállalati filozófiájában az egyik legalapvetőbb és legfontosabb érték az egészség. A kidolgozott, munkavállalóknak szóló programokban nemcsak a törvény által előírt szabályok betartására figyelnek, hanem a munkavállalók igényeire is. A dohányzásról való leszokást segítő programok kialakításakor is ezt a szempontrendszert vették figyelembe. A programot az egészségügyi osztály dolgozta ki, együttműködve a németországi Üzemi Egészségpénztárak Országos Szövetségével (eredeti rövidítésében: BKK) és egy dolgozói fórummal, amelyben a munkavállalók képviselői vettek részt különböző részterületekről és javaslatot tettek a program elemeire. A megvalósítás konkrét elemeit a „dohányfüstmentes gyár koordinációs csoport" végezte el. A program elemei:

- a leszokni kívánó dolgozókat megfelelő információcsomaggal látták el, valamint a BKK-val együttműködve részben vagy egészben finanszírozták a dohányzásról való leszokást segítő szolgáltatásokat, pl.: szűrővizsgálatok, akupunktúrás kezelés;
- leszokást segítő tréningek megszervezése a dolgozók számára, régebben dohányzó, de már leszokott személyek bevonása és közreműködése a programban.

A programelem tapasztalatai:

Az egészségügyi osztály végezte az eredmények értékelését a tréningek lezárulta után, amelyben elemezték a résztvevők tevékenységeit, figyelembe vették a dolgozók visszajelzéseit. Hat hónappal a teljes program lezárulta után egy komplex felmérésben megvizsgálták, hogy hány személynek sikerült végleg leszoknia a dohányzásról. A projektben részt vett dolgozók túlnyomó többsége hat hónap eltelte után sem szokott vissza a dohányzásra.

A program/projekt megvalósulási helyszíne: Berkshire, Egyesült Királyság.

A program/projekt neve: „Winning With Wellness" program egészséges táplálkozás eleme.

A program/projekt célja: A dolgozók étkezzenek egészségesebben, túlsúlyosok veszítsenek testtömegükből.

A program/projekt célcsoportja: Dolgozók, különösen a súlyproblémával küzdők.

A program/projekt bemutatása:

A Mars Csokoládé igyekszik dolgozóit olyan szolgáltatásokkal ellátni, amelyek hozzájárulnak az egészséges életmódjuk és életszemléletük kialakításához. A „Winning With Wellness" program folyamatos, időről időre megújuló elemei biztosítják vállalaton belül ezeket a célkitűzéseket. Megvalósításáért külön, a közösséget összefogó, főállású wellnessprogram-menedzsercsapat tevékenykedik, de létezik a munkavállalókból álló fórum is, akik személyes tanácsaikkal segítik a program sikerét. A „Winning With Wellness" egyik eleme az egészséges táplálkozást elősegítő kezdeményezés, amely három alappillérből áll: menza, cafeteria és testtömegcsökkentés.

- Havonta egyeztető megbeszélés az éttermi ételek minőségéről, a dolgozók igényeinek teljesítéséről. Az egyeztetés résztvevői: a wellnessprogram vezetője, a cafeteriarendszer működtetője, a szakács, a büféüzemeltető és a Mars dolgozóinak képviselői.

- Cafeteriarendszer étkezéshez kötött szolgáltatásainak újratárgyalása évente.
- Fogyást segítő, testsúlycsökkentő programok:
  - Hét héten át tartó előadássorozat. Témák: szezonális ételek, a fogyással járó mentális terhelés, egészséges konyhakultúra, testsúlycsökkentő testgyakorlatok.
  - 2008-ban és 2009-ben testsúlycsökkentő csapatverseny.

A programelem tapasztalatai:

Ez egy folyamatosan megújuló program, az értékelés is folyamatosan történik. A programok megvalósítására külön forrás biztosított. A 2009. évi testsúlycsökkentő csapatversenyen a 37 részvevő összesen 105 kilogrammot veszített a tömegéből.

IRODALOMJEGYZÉK

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Amerikai Kereskedelmi Kamara Egészséges Munkahely Díj Kritériumai (é. n.): www.amcham.hu/criteria/index/page/5

Antonovsky, A. (1987): Health promoting factor at work: the sense of coherence. In: Kalimo, R. et al. (eds): *Psychosocial factors at work and their relation to health.* WHO, Genf. 153–167.

Az Európa Tanács 89/391/EGK keretdirektívája (1989): http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1989:183:0001:004:HU:HTML

Az Európai Bizottság Zöld Könyve a vállalati társadalmi felelősségről. Green Paper Promoting a European framework for Corporate Social Responsibility. (2001): Commission of the European Communities, Brussels COM(2001) 366 final.

Az Európai Unió maastrichti szerződése. (1992): http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/12002M/htm/C_2002325EN.000501.html

Az Európai Unióról szóló amszterdami szerződés, az Európai Közösségeket létrehozó szerződések és egyes kapcsolódó okmányok módosításáról (1997): http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/11997D/word/11997D.doc

Az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Unió működéséről szóló szerződés egységes szerkezetbe foglalt változata: lisszaboni szerződés (2009): http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:FULL:HU:PDF)

Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 6th Global Conference on Health Promotion. (2005): World Health Organization, Bangkok.

Benkő Zs. (2003): *Mert életem millió gyökerű.* JGYF Kiadó, Szeged.

Benkő Zs. – Tarkó K. (szerk.) (2005): *Iskolai Egészségfejlesztés.* JGYTF Kiadó, Szeged.

Boros J. (2009): *A munkavédelem története.* http://www.enviridis.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=81&Itemid=33

Chenoweth, D. H. (2007): *Worksite Health Promotion*. Human Kinetics, USA, Champaign.

Chu, C. et al. (2000): *Health-promoting workplaces—international settings development*. Health Promotion International, Oxford. Vol. 15. No. 2.

De Greef, M. – Van den Broek, K. (2004): *Report Making the case for workplace health promotion Analysis of the effects of WHP*. Prevent, Belgium.

ENWHP (1999): *Healthy Employees in Healthy Organizations. Good Practice in Workplace Health Promotion (WHP) in Europe. Quality Criteria of Workplace Health Promotion*. BKK Bundesverband, Essen. http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html

Equity Channel (2009): *Policy Briefing Paper. Changes under the Treaty of Lisbon for Public Health, health determinants and health inequalities: a new basis for action?* http://www.equitychannel.net/uploads/Treaty%20of%20Lisbon%20Policy%20Briefing.pdf)

Galgóczy G. (2004): A munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlata. (Bemutatkozik a Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata.) In: Kapás Zs. (szerk.): *Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 7–13.

Gábor E. – Kiss J. (2009): Munkahelyi egészségfejlesztés – a minőség jegyében In: *Egészségfejlesztés*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 50(4). 2–8.

Juhász Á. (2007): *Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés*. Doktori disszertáció. ELTE PPK Pszichológia Doktori Iskola, Budapest.

Kapás Zs. (2002): *Az egészség és a pénz. „Az egészség tervezhető", avagy a munkaadó szerepe az egészségfejlesztésben. A Dunaferr Regionális Egészségpénztár működésének eredményei az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program" célkitűzései tükrében*. Dunaújváros.

Kapás Zs. (2007): *Munkahelyi egészségfejlesztés mint megtérülő beruházás*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.

Kerek J. (2004): Huszonhat kérdés a munkahelyi egészségfejlesztésről – Ki? Mit? Hol? Miért? Mikor? Hogyan? In: Kapás Zs. (szerk.): *Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 40–45.

Kerek J. (2005): *Az egészségbarát munkahely kritériumrendszere*. OEFI, Budapest.

Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union (2007): http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf

O'Donnell, M. P. (2001): *Health promotion in the workplace*. Delmar Thomson Learning, USA, Albany.

Országgyűlési határozat (20/2001. III. 30.): *Munkavédelem Országos Programja*.

Országgyűlési határozat (46/2003. IV. 16.): *Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról*

Ottawa Charter for Health Promotion (1986): Ottawa: World Health Organization. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Páva H. – Gádor J. (2002): *A munkahelyi egészségvédelem és biztonság az Európai Unióban*. Magyar Köztársaság Külügyminisztériuma, Budapest.

Perlaky Á. (1999): *A munka világának jogi környezetéről.* Oktatási segédanyag a Munka és Szervezetpszichológiai Szakképzés Mentálhigiéné című kurzusához. Budapesti Műszaki- és Gazdaságtudományi Egyetem, Ergonómia és Pszichológia Tanszék, Budapest.

Regional Guidelines for the Development of Healthy Workplaces (1999): World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSE/occupational_health/data/maa/Healthy+Workplaces+Guidelines.pdf

Sahler, B. et al. (2009): *A guide to the business case for mental health*. BKK Bundesverband, Essen.

Segal, L. (1999): *Issues in the Economic Evaluation of Health Promotion in the Workplace. Research Report*. Centre for Health Program Evaluation, Monash University, Australia.

Vaandrager, L. et al. (2004): *ENWHP Toolbox. A European collection of methods and practices for promoting health at the workplace*. ENWHP, Berlin. http://www.enwhp.org/european-toolbox.html

Nagybányai Nagy Olivér

A COACHING SZEREPE A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN

BEVEZETÉS

A munkahelyi egészség kérdése a – szervezetek, vállalatok részéről sokat hangoztatott – „humán tőke" fejlesztése terén egyre kiemelkedőbb szerepet kap. Ez részben a szervezetek jól felfogott (anyagi) érdeke, hiszen a munkavégzés hatékonyságát döntően befolyásolja a dolgozói egészségi állapot, másrésről pedig természetesen ugyanennyire egyéni érdek is a személyes jóllét és egészség megőrzése. Annak ellenére, hogy az érdekek úgy tűnik, egy irányba mutatnak, mégsem egyszerű feladat az összhang megteremtése. Számos módszer, eszköz és megközelítésmód áll rendelkezésre az egészségfejlesztés terén, melyek között a coaching is egyre nagyobb szerepet kap, hiszen hatékony és célzott beavatkozást jelenthet ezen a speciális terepen. Hazai viszonyok között jelenleg még szinte kizárólag csak az üzleti szféra használja a benne rejlő lehetőségeket, de már látható, hogy más területeken is érvényesülhetnének előnyei, hiszen hatása a munkahelyi kereteken túlra is kiterjedhet.

AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA MUNKAHELYI KÖRNYEZETBEN

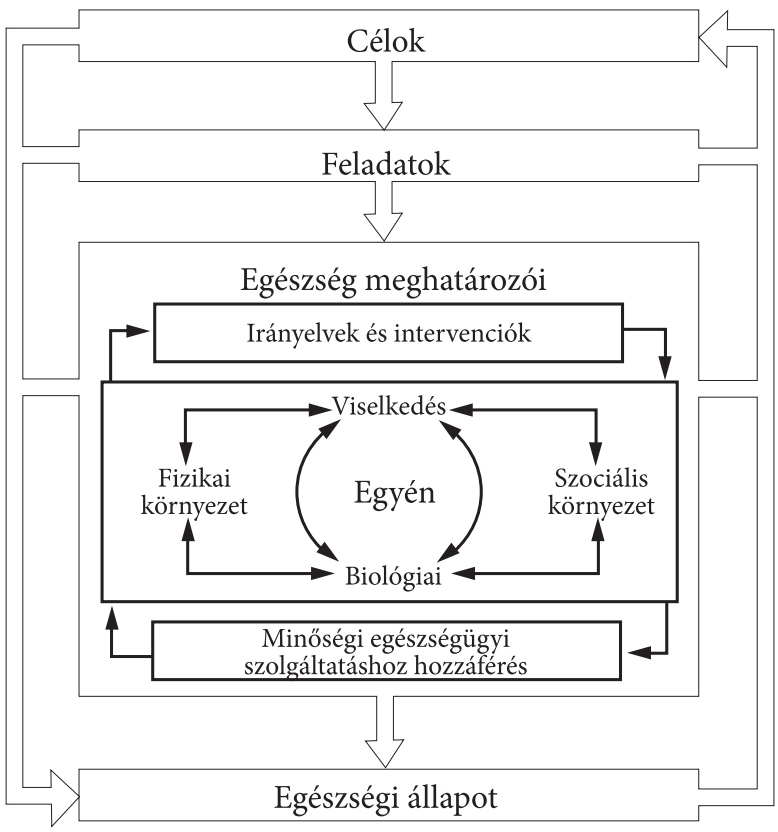
A munkahelyi egészségpszichológia keretei

Definíciója. „A munkahelyi egészségpszichológia (occupational health psychology: OHP) a pszichológia szervezeti keretek között történő alkalmazása, melynek célja a munkahelyen zajló élet, a munkavállalók biztonságának és védelmének javítása és az

egészséges munkavégzés támogatása" (Quick 1999, 124). A munkahelyi egészségpszichológia feladata tehát az, hogy egészséges munkahelyi környezetet tervezzen, hozzon létre, illetve tartson fenn.

Célja. Elsődleges törekvése az, hogy feltárja, majd kiküszöbölje az egészségét veszélyeztető tényezőket, és egyúttal megelőzze az egészségromlását, vagyis magát a betegséget. Az egészségfejlesztés hatékonysága (nyereségessége) fontos szempontot jelent a munkahelyi környezetben, nemcsak anyagi értelemben, hanem a szervezet egészének harmonikusabb működését tekintve is.

Modellje. A Healthy People 2010, valamint a Healthy People 2020 az amerikai kormányzat 2000 és 2010, illetve 2020 közötti időszakra terjedő egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programja (www.healthypeople.gov). A Healthy People Konzorcium több mint 350 nemzeti szervezet és 250 állami közegészségügyi intézményt foglal magában. Az ebben a programban felvázolt *egészségfejlesztési modell* alapján jól kirajzolódnak azok a szintek, amelyek – akár munkahelyi közegben is – az egészség alakulása szempontjából beavatkozási lehetőséget nyújthatnak *(1. ábra).*



1. ábra. Az egészségfejlesztés modellje (Healthy People 2010 alapján)

Tevékenységi köre. Quick (1999) kategorizációját alapul véve három főbb területét különíthetjük el a munkahelyi egészségpszichológiának.

1. A *munkahelyi környezet szintjén* segít megtervezni, illetve újraszervezni a munkaköri adottságokat, a szervezeti kultúrát, segít fejleszteni a munkatársak közötti támogató társas kapcsolatokat, valamint a csapatmunka erősödését, továbbá támogatja a feladatok felülvizsgálatára és a munkavégzés segítésére irányuló programokat.

2. *Egyének szintjén* a munkahelyi egészségpszichológus segít javítani az időgazdálkodást, erősíti a tanult optimizmust, a fizikai állapot javításával, illetve a relaxációs tréningek révén segíti a hatékony stressz kezelési módszerek elsajátítását, lehetőséget teremt terápiás, tanácsadási, illetve oktatási segítség igénybevételére.

3. A *munkahely és család kapcsolódási területén* a munkahelyi egészségpszichológus segíti a munkahely és családi élet közötti rugalmasabb illeszkedést (például az óvodai vagy időskori ellátás tekintetében) a családtámogatási rendszer, a szabadságolási elvek révén, valamint, ha szükséges, tanácsadói segítséget nyújt családi problémáknál.

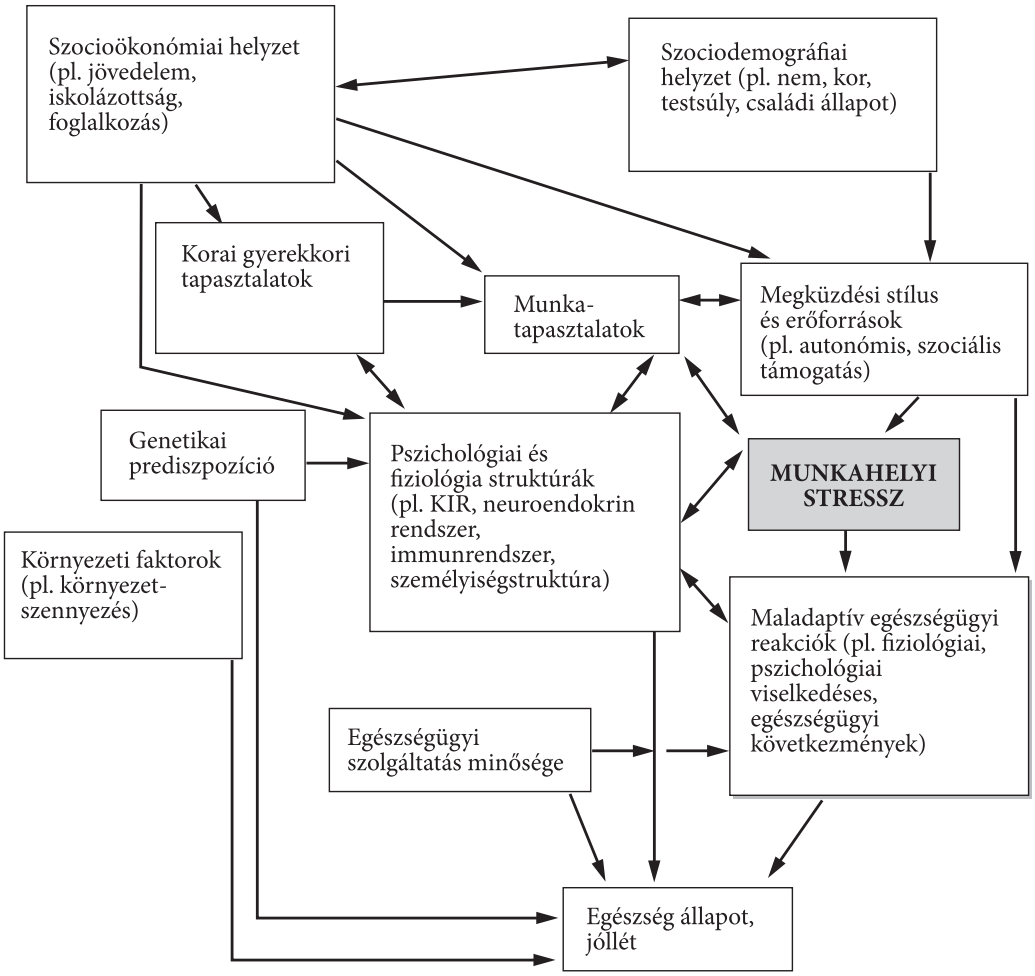
Látható, hogy igen széles spektrumban mozog a munkahelyi egészségpszichológia, ami részben abból fakad, hogy a munkahelyi közegben az – Ewles és Simnett (1999) szerinti felosztásban szereplő – *egészségdimenziók* szinte mindegyike relevánsnak tekinthető:

- Fizikai egészség: a testi, fiziológiai funkciók egészséges működése.
- Mentális egészség: a tiszta és következetes gondolkodásra való képesség.
- Emocionális egészség: az érzések felismerésének, illetve azok megfelelő kifejezésének képessége.
- Szociális egészség: másokkal való kapcsolatok kialakításának és fenntartásának képessége.
- Lelki egészség: személyes értékrend, világnézet, viselkedési alapelvek tudatos szinten is megnyilvánuló összhangja és harmonikus kiegyensúlyozottsága.

A munkahely egészségkárosító aspektusai

A munkával és a munkavégzéssel összefüggő negatív, egészségkárosító hatások több forrásból táplálkozhatnak (okok) és igen sok területen kifejthetik a hatásukat (következmények).

A *munkahelyi egészségkárosító hatások*, vagyis a kiváltó okok között a munkahely *fizikai és társas környezetétől*, a munkahelyi környezet és a személy *össze nem illésétől* a *munkahelyi stresszig* számos aspektus felmerülhet. A munkahelyi stresszt egyébként egy olyan általános oknak is tekinthetjük *(2. ábra),* mely több egészségkárosító következmény hátterében felfedezhető a munkahely legkülönbözőbb szintjein, miközben egyéb életterületekre is kihat (Shirom 2003).



2. ábra. A munkahelyi stressz egészségi állapotra gyakorolt hatásai (Shirom 2003)

A *munkahelyi stressz definíciója* is magában foglalja ezt a fajta sokrétűséget: „A munka jellegének, a munkahelyi környezetnek, a munkahelyi szervezetnek olyan ártalmas, kellemetlen jellegére adott érzelmi, kognitív, viselkedéses és élettani válasz, mely az arousal magas szintjével, a distresszel és gyakran a megküzdési képtelenséggel jár" (Levi–Levi 2000, 83). A munkahelyi stressz megértéséhez számos olyan forrás figyelembevételére szükség van, mint a munkakörnyezet, a munkavégzési feladat, vagy az egyén által betöltött szervezeti szerep, melyek a következmények szempontjából egyformán kritikusak lehetnek (Cooper–Davidson 1987).

A *munkakörnyezeti tel stresszorok* a fizikai környezetben fennálló megterhelő hatások összességét fedik le (pl. zaj, megvilágítás stb.). Ezekben kisebb szerep jut az egyéni sajátságoknak, szubjektív tényezőknek, hiszen alapvetően tisztán külsődleges faktorokat

ölelnek fel. Ideértendő még a közvetlen egészséget veszélyeztető fizikai környezet (egészségkárosító anyagok jelenléte, fizikailag veszélyes munkavégzési környezet) is – de ez inkább a foglalkozás-egészségügyi szolgálat területe.

A *feladattal kapcsolatos stresszorok* terén már döntő szempontot jelentenek az egyéni pszichés diszpozíciók. Például mindenfajta munkavégzés kapcsán – a személy teherbírása és aktuális állapota alapján – meghatározható egy egyén optimális mennyiségi és minőségi terhelhetőségi szintje. Az ezt meghaladó túlterheltség vagy alulterhelés az egyén számára feladatvégzéssel kapcsolatos stresszként fog megjelenni. Ebbe a körbe beletartozik például a magas teljesítménynyomás miatt fokozódó feszültség is (amit a mind szofisztikáltabb teljesítménymérési módszerek is egyre inkább felerősítenek). Az egyéni teljesítménnyel kapcsolatos problémák gyakoribbá válása és a hibák kijavítására rendelkezésre álló idő rövidülése egyaránt emeli a stressz hatást. Szintén ebbe a körbe értendők a munkafeltételek jellemzői, illetve a változások követhetősége, az ehhez való alkalmazkodás lehetősége, melyek ugyancsak feladatvégzéssel kapcsolatos stresszként csapódhatnak le.

A szervezetben betöltött *szereppel kapcsolatos stresszorok* a korábbi stresszforrásokhoz képest még hangsúlyozottabban egyéni, személyes jellegű hatásokként jelennek meg. Olyan témák kapcsolódnak ide, mint a szerep-kétértelműség miatt fennálló feszültség, a szerepből fakadó felelősségi körök, illetve a más szerepekkel való ütközések, konfliktusok. (Ezt a témát a későbbiekben a szerepcoaching, a szerepanalízis és konfliktuskezelés kapcsán még érintjük.)

A *munkahelyi egészségkárosító következmények*, vagyis az egészségkárosodás területei *egyéni szinten* rendkívül széles szférát érinthetnek. Idetartozhatnak például az alkohol, a dohányzás, a szerhasználat (drogok, serkentő/nyugtató gyógyszerek, kávé), az egészségtelen táplálkozás, a testmozgás hiánya, a betegség miatti hiányzások, az alvászavarok (alvástöbblet, alváshiány), rossz szubjektív egészségi állapot, a személyes distresszérzés, a kiégés vagy éppen a munkahelyi balesetek. A fizikai tünetek hátterében tetten érhető általános biológiai stresszválasz – vagyis a jól ismert „üss/fuss" („fight/flight") reakció – tulajdonképpen a testi működések automatikus és protektív megnyilvánulásaként értékelhető. Ennek folyamatos aktivációja révén azonban lecsökken az immunrendszer működésének hatékonysága, illetve ezen keresztül, vagy emellett számos olyan fizikai tünet és betegség jelenhet meg, mint például a gyulladások, a szív- és érrendszeri zavarok, az emésztőszervi problémák, az elhízás, az álmatlanság vagy az öregedés.

Az *egyéni* egészségkárosodási hatásokon túl egy másik szinten a vállalat vagy *szervezet szintjén* is észlelhetők egészségkárosító hatások (Cooper–Davidson 1987; Pencak 1991). Ezek a következők lehetnek:

- alacsony termelékenység (hibázások)
- hiányzás (az inaktivitásból fakadó költségek és az egészségügyi, társadalombiztosítási költségek)
- a munkaerő nagymértékű elvándorlása (fluktuáció)
- munkahelyi feszültség, kulturális erodálódás (munkahelyi légkör, hangulat, morál, attitűdök, elkötelezettség csökkenése stb.)

Az egészségfejlesztés során az ezeken a területeken elért változások tekinthetők a szervezeti szintű egészségfejlesztés optimális és mérhető eredményeinek. Az egészséges munkahelyi környezet magasabb termelékenységet, magas alkalmazotti elégedettséget, biztonságos környezetet, alacsony rokkantságot, alacsony mértékű hiányzást és elvándorlást, valamint a munkahelyi erőszak hiányát jelenti (Staw 1986).

A munkahely egészséget befolyásoló hatása természetszerűleg nem korlátozódik csupán a szervezet keretei közé, hanem átterjed a *privát élet* területeire is. Ezek hatásmechanizmusukat tekintve egymástól nehezen, vagy alig szétválasztható területek, hiszen egymással kölcsönhatásban állnak. Ahogy a munkahelyi hatások megjelennek a magánéletben, ugyanúgy a privát szféra hatásai is átszivároghatnak a munkahelyi területekre, s így együttesen fejtik ki egészségre gyakorolt hatásukat. Ezen a téren az egyik legfontosabb kérdés, hogy a *munka és a magánélet egyensúlyba* tudnak-e kerülni (WLB: work/life balance) – vagy valamelyik számottevő elsőbbséget élvez az egyén életében („azért dolgozom, hogy (meg)éljek" vagy „azért élek, hogy dolgozzam"). A kettő közötti egyensúlyról akkor beszélhetünk, ha az egyén a munkahelyi és a magánéleti kötelezettségeinek, elvárásainak úgy tud megfelelni, hogy közben minimális konfliktus mellett maximális elégedettséget él meg. A munka és a magánélet közti egyensúly elérése nem csupán egyéni érdek, hanem munkáltatói érdek is, ezért ezt a kérdést súlyának megfelelően kell kezelni. A munkavállalók közül csak a személyes céljaik megvalósulását érző, elkötelezett munkaerő képes a legproduktívabbá válni, miközben a kiégett, demotivált vagy akár egészségi állapotukban megroppant személyek – túl azon, hogy alacsonyabb produktivitással bírnak – komoly járulékos költségeket is jelentenek az adott szervezet számára. Miután sokkal inkább megéri ennek költségeit vagy ennek akár csak töredékét a megelőzés és az optimális működés fenntartására fordítani, ezért ma már a cégvezetők között is egyre többen ismerik fel az egyensúly fontosságát: „A munka és magánélet közti egyensúly elősegítése nem valamiféle vállalati szociális munka. Ez üzleti szükségszerűség (Courtney Pratt, CEO, Toronto Hydro Corporation)" (Kaila 2005, 225).

Hazai kutatási eredmények is azt mutatják, hogy az *egészségmagatartás*, valamint a *munkával kapcsolatos stresszorok* igen erős összefüggésben állnak az egészségi állapottal, illetve a halálozás alakulásával. A Hungarostudy Epidemiológiai Panel (HEP) longitudinális vizsgálat (2002–2005) eredményei szerint 40–69 éves korosztályban nőknél és férfiaknál egyaránt kétszeres, illetve háromszoros halálozási kockázati tényezőnek tekinthetők az olyan munkahelyi stresszhatások, mint a *munkavégzés feletti kontroll hiánya* vagy a *munkával kapcsolatos bizonytalanság* (Kopp és mtsai. 2007). Ez a követéses vizsgálat kiemeli, hogy az *egyén egészségmagatartása* terén a dohányzás kétszer magasabb halálozással, a rendszeres sport pedig háromszor alacsonyabb korai halálozással jár. Még specifikusabb eredmények tapasztalhatók az egyes sajátos munkaköri területeken vizsgálódva, például az egészségügy területén belül. Az orvosok esetén a *stresszteli munkakörülmények* számottevően befolyásolják a korai halálozási trendet. Az elhunyt orvosnők születéskor várható élettartama mindösszesen 68 év, ami csaknem hat évvel marad alatta az európai átlaghoz képest egyébként is alacsony magyar női

átlagéletkornak (Győrffy–Ádám 2004). A stressz egyik háttértényezőjeként az orvosnők körében a munkahelyi és családi *szerepek közötti konfliktusok* gyakori megjelenése is tetten érhető, ami a *munkahelyi elégedetlenség* egyik prediktoraként hat (Ádám és mtsai. 2009). Hasonló helyzet tapasztalható más egészségügyi dolgozók egészségi állapota terén is. Egy közel 800 fős, túlnyomórészt női ápolók körében végzett felmérés eredményei szerint az intenzív ellátási formájú osztályokon dolgozók között lényegesen nagyobb a *kiégettség* megjelenése a krónikus osztályokhoz képest, ami a munkaköri stressz szintjével összefüggésbe hozható (Pálfi 2006).

Ezek az adatok is érzékeltetik, hogy hazai viszonyok között is milyen komoly szerep hárulhat az egészségfejlesztésre, illetve azon belül pedig a coachingra. Persze az, hogy mit teszünk egészségünk megőrzése érdekében, az nagyrészt attól függ, hogy minek tulajdonítjuk egészségi állapotunkat (D'Houtaud–Field 1984). Az egészségkárosodás okainak, kiváltóinak feltérképezése, azok hatásainak megértése kulcsfontosságú az erre adott egyéni és szervezeti szintű reakciók szempontjából.

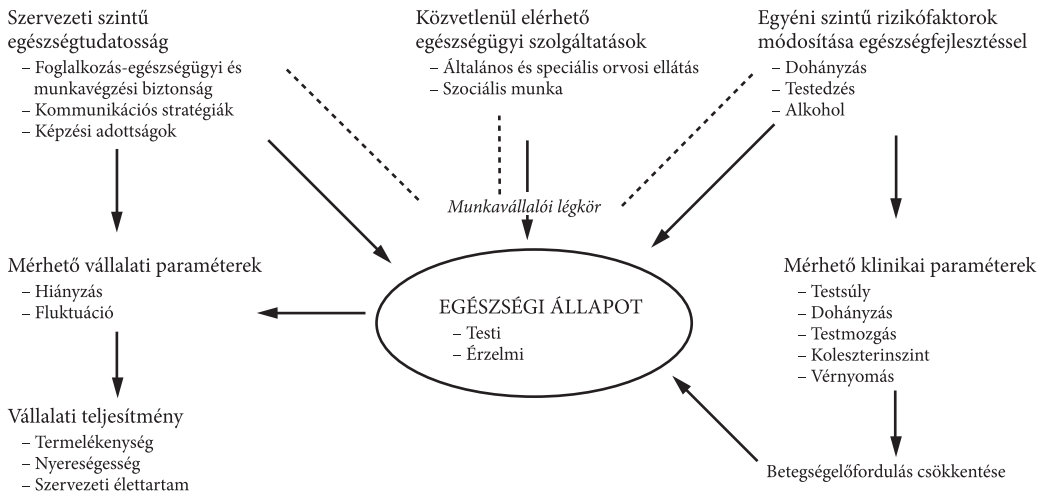
A munkahely egészségfenntartó aspektusai

„A kérdés, melyet leginkább feltesznek az egészség megőrzéssel kapcsolatban az, hogy mi a rossz a munkában, ahelyett, hogy mi a jó benne" (Antonovsky 1987). Ez az idézet jól szemlélteti a salutogenikus megközelítés lényegét, ami az egészségmegőrzés és egészségfenntartása terén megjelenő egyéni protektív faktorok vizsgálatára összpontosít. Látható, hogy ez mennyire eltér a patogenikus szemlélettől. A pszichoanalitikus elmélet döntően a realitáselvnek való megfelelés szempontját emeli ki a munkavégzés kapcsán és a munkával kapcsolatos zavarok, problémák hátterében is az ösztönkonfliktusok megértését célozza meg. Tegyük hozzá, hogy a freudi megközelítés szintén fontos kapcsolatot feltételez az egészség és a munka között, hiszen megfogalmazása szerint az egészség olyan képesség, amely révén szeretni és dolgozni tudunk.

Ha a munkahely *pozitív* hatásaira összpontosítunk, számos tényezőt azonosíthatunk, melyek egészségfejlesztő aspektusként is hasznosíthatóak (Naidoo–Wills 1999). Így például a munkavégzés eredményeképp – és részben a *jövedelemszerzés* révén – növekedhet az egyéni *hatékonyságérzés* és *önértékelés*. A munka tehát ilyenformán fontos identitásalkotó tényező lehet. A munkavégzés révén elért jobb *anyagi helyzet*, magasabb életszínvonal valószínűbben vezet egészségesebb életmódhoz és magasabb szintű egészségtudatossághoz. Mindemellett pedig a munkatársakkal kialakított társas kapcsolatok olyan *szociális támogatottság*ot jelenthetnek, amelyek fontos erőforrásként szolgálhatnak a megküzdést igénylő helyzetekben, illetve az egészségfejlesztésben.

Az *egészségfejlesztés* egy olyan folyamatként definiálható, amelynek révén az emberek képesek növelni az egészség feletti kontrollt és ezen keresztül pedig javítani saját egészségi állapotukat (Evans et al. 2011). Ennek megvalósításához az egészséget *támogató környezet* létrehozása, a betegség elkerülésére irányuló *tájékoztatás*, valamint az *életmód-*

változtatás jelentheti a beavatkozás színtereit. A legtöbb átfogó modellben az egészségfejlesztő programok az egészségi állapot, illetve a mérhető vállalati paraméterek számos irányból hatnak egymásra *(4. ábra)*.



4. ábra. Munkahelyi egészségfejlesztési program modellje (Segal 1995)

Az egészségfejlesztés kapcsán az egészségfejlesztő programok *hatékonyság*ának elemzése kulcsfontosságú kérdés, hiszen ezen keresztül képesek megítélni a szervezetek a befektetett források (pénz, idő, energia stb.) megtérülésének esélyét. Bár kétségtelen, hogy nem minden esetben járnak egyértelmű haszonnal ezek a programok, de ez azon is múlik, hogy miben mérjük a sikerességet. Alapvetően három fő szempont mentén lehet megítélni a gazdasági megtérülést a szervezeten belül: a szervezeti imázs, presztízs növekedése szempontjából, a produktivitás fejlődése (pl. hiányzások csökkenése, munkahelyi elégedettség növekedése) szempontjából, illetve az egészségügyi (pl. biztosítási) kiadások csökkenése szempontjából (Pencak 1991).

A munkahelyi egészségfejlesztés számos *speciális adottsággal* rendelkezik (Pencak 1991; Naidoo–Wills 1999). Ez a célcsoport könnyen elérhető, az érintettek akár több súlyos betegség szempontjából is veszélyeztetettek lehetnek, miközben más, a hagyományos egészségügyi területek számára elérhetetlenek maradnak, illetve a munkahelyen meglévő kommunikációs csatornák, interperszonális kapcsolatok felhasználhatók az egészségfejlesztés céljaira. Ezen specialitásokra építve a munkahelyi *egészségfejlesztés módszerei* is igen változatosak lehetnek, így megtalálhatók benne többek között a stresszkezelő tréningek, a testmozgás, a relaxáció, különféle edukációs programok, kognitív és viselkedésterápiás módszerek, az egyéni tanácsadás és a coaching.

A COACHING MINT MÓDSZER

A coaching fogalmi határai

A coaching definíciója nem egységes. Ugyanakkor a különböző meghatározások – a többféle eltérő megközelítés ellenére is – számos közös elemet hordoznak.

Grant és Cavanagh (2007) megfogalmazásában a coaching egy olyan alkalmazott magatartástudományi terület, mely az egészséges emberek életminőségét, munkateljesítményét, valamint személyiségének kibontakozását törekszik előmozdítani.

Zeus és Skiffington (2000) szerint a coaching három fontos aspektusa:

- Elsősorban dialógusként működik, mely egy erősen *eredményorientált keret*ben a coach segítségével olyan *válaszok felszínre segítését célozza*, amelyeket a kliens valószínűleg tud, bár világosan sohasem fogalmazott meg.
- Másodszor egy *tanulási folyamat*, de nem a tanító-diák szerepkörök értelmében, hiszen itt a coachnak nem is kell feltétlenül jobban tudnia bizonyos dolgokat a kliensnél. A coach mindössze a különböző sémákat, reakciómódokat, beidegződéseket megfigyelve, bizonyos új, még ki nem próbált *magatartásformák*ra ösztönzi a klienst.
- Harmadik aspektusként – az előzőekből fakadóan – a coaching alapvetően megfelelő *kérdéseket, semmint* válaszokat szolgáltat. Nem klasszikus tanácsadás abban az értelemben, hogy a coach konkrét megoldásokat nyújtana a kliens számára, mivel itt egyfajta facilitátor szerepe révén csupán segíti ezek közös kialakítását.

Landsberg (2010) definíciója szerint: a coaching mindig a *teljesítmény növelését* célozza a *tanulási képességen* keresztül. Fontos eleme ennek elérése érdekében a *motiválás*, a *visszajelzésadás,* a hatékony *kérdésfeltevés*, illetve a coach *tudatos stílusváltás*a attól függően, hogy a kliens mennyire áll készen az adott feladat elvégzésére.

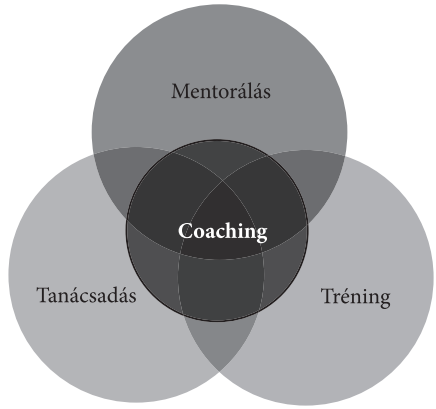
A coaching szóra nincs bevett, általánosan elfogadott és kellően árnyalt *magyar kifejezés*, ezért jobb híján a magyarban is ez az elnevezés honosodott meg. A coahing fogalmára szinonimaként előfordul még a szakirodalomban a személyes fejlesztés, személyes hatékonyságnövelő tréning, egyéni tréning, illetve a coach kapcsán pedig a fejlesztő tanácsadó elnevezés. Ahhoz a jelentéshez, amiben jelen keretek között használjuk, a „coach" szó tartalmi megértése segíthet közelebb jutni. A coach az angol szlengben korábban is használatos volt az oktatás területén, mégpedig az olyan személyre, tutorra, aki segít „átvinni" a diákokat a tanulmányok és a vizsgák megpróbáltatásain (Grant 2001). A coach szó másik értelemben a sportteljesítmény elérésében kulcsszerepet játszó edzőre utal, vagyis olyasvalakire, aki a kimagasló teljesítmény elérése érdekében segít.

Timothy Gallwey (1974) a teniszoktatás területéről vett tapasztalatairól írva elsőként határozta meg a coachingot akként, mint a teljesítmény útjában álló akadályok leküzdésének folyamatát. Megfogalmazása szerint a készségek elsajátításának bennünk lévő

gátjai – félelmeink, önmagunkkal szembeni kétségeink – azok, amelyek a valódi ellenfelet jelentik és ugyanúgy, ahogy a teniszben is csak az tud győzni, aki megnyeri ezt a „belső játszmát", vagyis képes ezekkel a belső akadályokkal megbirkózni, ugyanígy a mindennapi vagy üzleti életben is az ilyen személyek válnak igazán sikeressé. Ha pedig felismerjük, hogy a fejünkben lévő ellenfél legyőzése végső soron a saját képességeink határainak kitágítását eredményezheti – hiszen ezt leküzdve, felszínre kerülhetnek természetes adottságaink –, akkor már nem is lesz tovább szükségünk a coach külső segítségére a kitűzött teljesítmény eléréséhez. A versenysporttal mutatott párhuzam azért is találó, mert jól szemlélteti, hogy miként a sportban az edző, úgy itt sem a coach az, aki a kitűzött teljesítményt végül eléri, viszont ő az, aki az ehhez vezető megoldásokat keresteti a coachingban résztvevő klienssel. Tehát korántsem valamiféle folyamatos egymásrautaltság, függőség a coaching célja, hanem éppen ellenkezőleg, egy minél hatékonyabb önálló, autonóm működés elősegítése. A coaching tehát egy „önmenedzseléshez vezető út" (Schreyögg 2005).

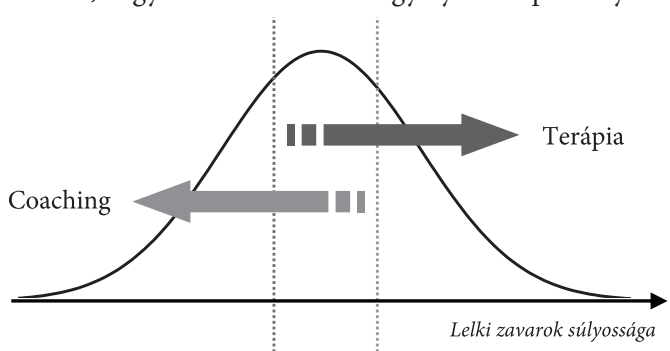
„A coach elsősorban abban segít, hogy jobban értsük saját gondolatainkat, és felvállaljuk azt, amik valójában vagyunk; nem többet, és nem kevesebbet" (Mérő 2007). A coaching során a képességek fejlesztéséről, a *meglévő belső tartalékok kibontakoztatásá*ról, a teljesítmény maximalizálásáról van szó, mégpedig előre megszabott időhatárok között. Az *időkeretek* terén egy viszonylag hosszabbtávú együttműködésről beszélhetünk, hiszen a változás sem következik be azonnal és ahhoz, hogy valóban sikeres, ne csak átmeneti változásról beszélhessünk, gyakorlásra, készségszintre emelésre is szükség van. A coaching mindig *cél-* és *megoldásorientált*, tehát konkrét szituációk, illetve problémák, hiányosságok állnak a fókuszában, de a lehetséges megoldások keresésére, az erősségek fokozására, a jövőbeli célok elérésére összpontosít.

„Sokkal érdekesebb, ahogy egy probléma megszűnik, mint az, ahogy elkezdődött" – vallja a megoldásközpontú coaching (Cauffman–Berg 2002). Nem – vagy nem elsősorban – a múltbeli történések boncolgatásával foglalkozik, hanem a jelenre, illetve még inkább a jövőre irányul. Ennyiben még talán tanácsadásnak vagy oktatásnak is tekinthetnénk, de itt mégis másról van szó, hiszen a coaching *egyenrangú felek* közötti párbeszédre épülő, interaktív folyamat, amiben a legritkább esetben fordul elő, hogy a coach konkrét receptekkel, kész megoldásokkal állna elő. Nem mentorálás zajlik *(4. ábra)*, hiszen a coach nem azt kommunikálja, hogy ő hogyan tudná jobban csinálni a dolgokat, ő nem egy csalhatatlan orákulum. A coach-tól nem is egy-egy helyes döntés meghozatalát várja a kliens, hanem arra kíváncsi, hogy ő miként látja „másként" a dolgokat. És ettől válik személyre szabottá, egyéni jellegűvé a coaching. Itt nem standard válaszokat, nem mások tapasztalatai alapján felhalmozódott tudást vagy javaslatokat kap a kliens, hanem az ő személyes fejlesztése, a számára legmegfelelőbb út keresése zajlik. Még akkor is, ha nincs válságban a személy – és a coachingok legtöbbjében nincs is krízishelyzet – „egyszerűen csak" még többet, még jobbat akar kihozni magából a kliens.



4. ábra. A coaching átfedése más fejlesztési módszerekkel

Tehát a coaching *nem pszichoterápia*. Bár sok hasonlóság is felfedezhető e kettő között, hisz a coaching során is egyfajta probléma-, illetve emóciófókuszú megértés és változtatásra törekvés zajlik, de itt a témák nem kapcsolódnak súlyos pszichológiai patológiákhoz *(5. ábra)*. A coaching során nem arról van szó, hogy egy válságban levő vagy rosszul funkcionáló személynek kell tanácsot adni, hanem fejlesztésről, egy magasabb szint vagy nagyobb teljesítmény elérése a cél. A coachingnak nem is az az elsődleges célja, hogy egyfajta alternatívát kínáljon a terápiával szemben, mivel társadalmilag elfogadhatóbb formában képes megjelenni. A gyakorlatban előfordulhat, hogy a kliens a coaching kereteit meghaladó problémákkal, például szomatikus tünetekkel érkezik vagy éppen a coaching hoz elő benne olyan problémákat, melyek terápiás munkát igényelnének. Alapvetően és elsődlegesen a coach felelőssége, hogy a kliens pszichés problémái kapcsán felismerje, és ha szükséges, más mederbe terelje a patológiás eseteket, hiszen ezek kezeléséhez a legtöbb esetben nincs is meg a szükséges kompetenciája. Még a pszichoterápiás képzettséggel bíró coach-nak sem szerencsés engednie az ilyen „terápiás csábításnak" és meg kell tudnia állnia, hogy ne mélyítse be a szükségesnél jobban a folyamatot, hiszen nem erre szerződtek. Ráadásul az sem biztos, hogy a kliens készen áll egy ilyen terápiás folyamatra.



5. ábra. A coaching és a terápia ügyfélkörének elkülönülése

Mivel a coaching a hatékonyság növelésére, a teljesítmény maximalizálására fókuszál, így érthető, hogy itt a *megoldás megvalósításán* van a hangsúly. Éppen ezért a coaching döntően *akcióorientált,* vagyis tevékenység- és gyakorlatközpontúság jellemzi. A coaching által előidézett változásoknak szinte azonnal átvihetőnek kell lennie a mindennapokba. Nevezhetnénk tapasztalati tanulásnak is, hiszen ahogy a gyerekkori tanulásban, itt is sokszor a könnyedség és nem pedig a kemény munka vagy szenvedés eredményeként jut el a kliens a célhoz. Ugyanakkor a viselkedésváltozás maradéktalan megvalósulásához kétségkívül végig kell haladni a változással kapcsolatos stádiumokon, melyek során más-más megküzdési módszer alkalmazása válik szükségessé. Ez az, amit a coach mint „kísérő" tud – vagyis azt, hogy milyen szakaszban tart a kliense az adott problémát tekintve és az aktuális helyzet milyen megközelítést igényel.

A coaching és az empirikus pszichológiai kutatások

A coachingnak – nagyfokú népszerűségének hatására – az utóbbi években rohamosan nő az irodalma, de ezek között nagy számban találhatók népszerűsítő célzatú, kevéssé tudományos jellegű publikációk is. Stober és Grant (2006) javaslatára érdemes külön kezelni ezt a fajta populáris, vagy ahogy ő nevezi, „*poppszichológiát*" a bizonyítékokon alapuló *(evidence-based)* coaching szakirodalomtól. Megkülönböztető kritériumként négy jellemzőt emelnek ki a tudományos igényű coaching ismertetőjegyeként:

1. *Pszichológiai tudáson alapul*: elsősorban a pszichés működésről, az egyén fejlődéséről, a tanulási törvényszerűségekről rendelkezésre álló tudományos ismeretekre építve közelít a coaching során.
2. *Tesztelt módszereket alkalmaz*: olyan eszközöket, eljárásokat használ fel a coaching folyamata során, melyek kipróbált és bevált módszereknek bizonyultak a korábbiakban és melyekkel kapcsolatban a kliens informált beleegyezését adta.
3. *Etikus magatartást tanúsít*: olyan reális és teljesíthető célokat, valamint időkereteket határoz meg, melyek a kliens érdekeit szolgálják.
4. *Világos értékrendet, filozófiát képvisel*: magáról az emberről, az emberi élet céljáról, az egyéni boldogságról egységes és koherens világképpel és értékrenddel bír.

Ezen kritériumoknak ma már egyre több tanulmány felel meg, de a legkorábbi coaching-kutatások között is találunk olyat – például Glaser (1958) tanulmányát –, ami ebbe a keretbe jól illeszkedő *esettanulmány.*

Az empirikus kutatások között kiemelt fontosságúak a coachingmódszer *hatékonyságára* irányuló vizsgálatok. Spence, Cavanagh és Grant (2008) kontrollcsoportos elemzésében arra kereste a választ, hogy a célok elérése tekintetében mennyire tekinthető hatékonynak a coaching, szemben az oktatásra építő, sokkal inkább direktív megközelítésmódot használó eljárásokkal. Egy nyolchetes folyamat eredményét értékelve azt találták, hogy szignifikánsan nagyobb arányban valósultak meg az egészségcoaching

során kitűzött célok, mint az edukatív információátadás során. Az egészségfejlesztés kapcsán különösen fontos tehát, hogy a coachingban a tudásnak a gyakorlati életbe való *transzferálására* helyeződjön a hangsúly, hiszen az ismeretközlő szemináriumok rossz esetben azt a kudarcélményt eredményezhetik a kliens számára, hogy visszatérve a személyes környezetébe, munka- vagy magánéleti nehézségeik közé, nem vagy csak alig tudja a tanultakat a tényleges változások megvalósítása irányába transzferálni (Schreyögg 2005). A coaching során a tökéletesen személyre szabott fejlesztés és megoldásközpontú megközelítés kell, hogy érvényesüljön. Ebben a közegben mód nyílik arra, hogy a kliens a személyes gyakorlás és visszacsatolás ciklusain keresztül kiteljesíthesse azokat a fontos kompetenciáit, melyek azután sikerrel átvihetők a hétköznapi keretek közé. Egészségpszichológiai szempontból ebbe a körbe az olyan egyéni viselkedésmódok megváltoztatása is beleérthető, mint bizonyos táplálkozási vagy testmozgási szokások átformálása, de éppígy akár az orvosi praxisban is releváns lehet, például a betegekhez való új típusú bánásmód kialakítása kapcsán.

A coaching fázisai, folyamata

A coaching *időkereteivel* kapcsolatban korábban volt szó róla, hogy itt egyrészt kötött időtartamról, másrészt viszonylag hosszabb távú folyamatról van szó. Általában heti gyakoriséggal, összesen körülbelül tíz ülésből áll maga a folyamat, de ebben nagy egyéni eltérések lehetnek a téma és a kliens függvényében. Általában egy ún. *ötfázisos modell* mentén halad a folyamat (Kiss 2007). A kezdeti és záró két-két fázisa csupán egyetlen ülésből áll, a coaching jelentős részét a középső fázis jelenti (Vogelauer 2002).

1. *A kezdeti fázis* során tulajdonképpen a coach és a kliens közötti kapcsolatfelvétel történik meg. Ez a fázis csupán *helyzetfelmérés*t jelent mindkét fél részéről: a kliens magáról a *problémá*ról, helyzetről vagy *feladat*ról ad információkat a coach-nak, mindeközben pedig a coach iránti *bizalom* és *alkalmasság* tisztázása zajlik. Ebből fakadóan tehát az első ülés hagyományosan mindkét fél részéről további kötelezettség nélküli.

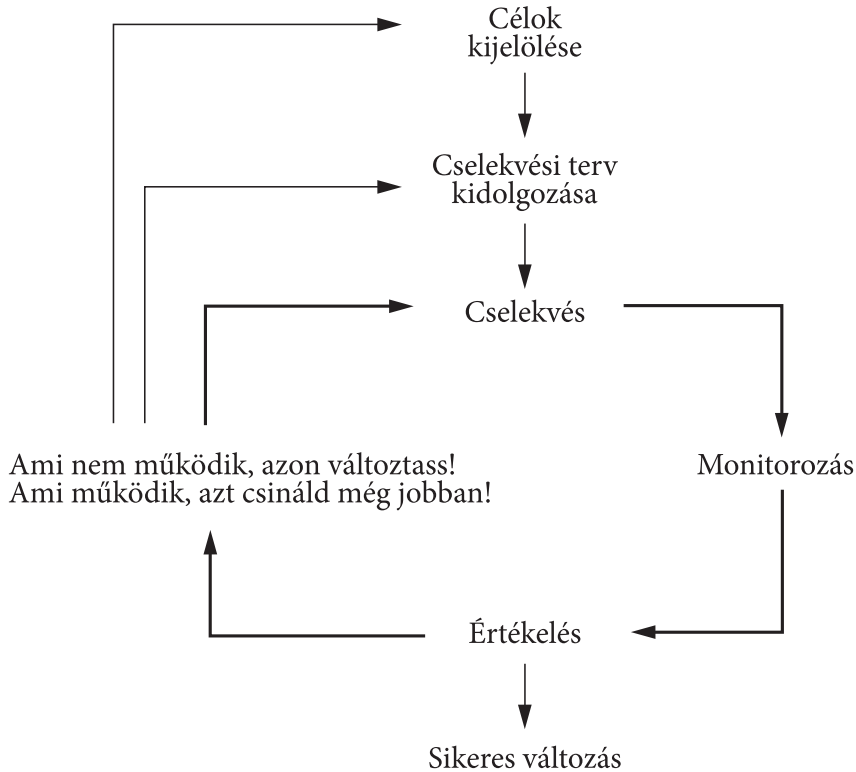
2. *A szerződéskötési fázis* funkciója, hogy a coaching folyamat elindítása érdekében részletes megállapodást kössenek a felek annak tartalmáról, *céljá*ról, a várt és elvárt *eredmények*ről. A coach szerepe abban van, hogy a kliens által magának kitűzött célokat minél inkább specifikusakká és elérhetőbbekké tegye. Az irreális vagy kevéssé konkrét, illetve kevéssé fontosnak ítélt célok esetén elenyésző az esély a sikerre. A célt azért is fontos rögzíteni (akár írásban is), mert gyakran előfordul, hogy míg kezdetben részben homályosak és nem kellően körvonalazottak a kliens céljai, addig a folyamat későbbi szakaszában folyamatosan érlelődnek, formálódnak és némileg meg is változhatnak ezek az igények. Ennek függvényében pedig olykor szükség lehet a szerződés felülvizsgálatára, megújítására is. Szintén ennek a fázisnak a feladata, hogy megállapodás szülessen a lehetséges *módszerek*ről, a szükséges *források*ról (idő, energia, anyagi ráfordítás), a coaching *helyszíné*ről stb. A célkijelölés során érdemes érvényesíteni az ún.

*SMART-módszer*t, mely a cél specifikusságát (Specific), mérhetőségét (Measurable), elérhetőségét (Appropriate), releváns jellegét (Relevant) és időhöz kötöttségét (Time-bound) segít meghatározni. Másként fogalmazva akkor jó egy cél, ha: P – pontosan meghatározott, R – reális, I – időben behatárolt, M – mérhető, A – attraktív célokhoz kötődő – vagyis az ún. *PRIMA* szempontoknak megfelelő. A keretek tisztázása kiterjed emellett még arra is, hogy a folyamat során ki miért *felelős*, az ülés lemondásának és a folyamat megszakításának milyen következményei vannak, valamint hogy a *bizalmasság* biztosítása alapelvként érvényesül a coaching teljes tartama során. Bár első látásra talán körülményesnek hat ezen szempontok egyenkénti számbavétele, de a gyakorló coachok jól tudják, hogy a hiányosan vagy rosszul kialakított szerződésnek gyakran a későbbiekben kell megfizetni az árát, és az ebből fakadó kölcsönös elégedetlenség vagy a felelősség áthárítása gyakorlatilag lehetetlenné teszi a folyamat előrehaladását és sikerét.

3. *A munkafázis* a leghosszabb rész a folyamat során, mivel ez a tényleges fejlesztést célzó szakasz. A problémafókusz alapján történő *adatgyűjtés*től, *diagnózis*felállítástól, a konkrét szituáció *kielemzésé*től kezdve ezek hátterében álló lehetséges *okok feltárásá*ig, valamint a megoldásként megfogalmazódó *cél kijelölés*éig, majd pedig annak *akciótervben megfogalmazott* végrehajtásáig több lépcsőt is magában foglal (lásd később a Prochaska–DiClemente-modellt). A munkafázison belül önálló, ciklikusan ismétlődő folyamatok is felbukkanhatnak, melyek az *önszabályozás* alakulásának segítőiként funkcionálnak. Az akcióterv megvalósításként létrejövő konkrét cselekvés, majd annak monitorozása, illetve értékelése egyfajta visszacsatolást képez a további cselekvések számára *(6. ábra)*. Az egyes reakciómódok tehát az eredményesség révén kapnak megerősítést és ezen keresztül épülnek be a viselkedésrepertoárba.

4. *A lezárási fázis* mint utolsó előtti etap visszatekintést nyújt a kliensnek ahhoz, hogy *tudatosítsa* magában – legkésőbb ekkor, ha ez még korábban nem tudatosodott –, hogyan érte el a célt, mit tanult, miben változott vagy éppen mit nyert a coaching során. Ezáltal lesz módja a teljes folyamatot is *sikerként megélni*, ami egyben az újonnan kialakított szokások, viselkedési-, gondolkodási minták rögzítését is elősegíti.

5. *Az értékelési fázis* a coaching végső lezárásának tekinthető, de előfordul, hogy az előző fázissal egybemosódik. Itt van mód annak számbavételére, hogy miben sikerült eredményt elérni és mik azok a kérdések, amelyek *nyitva maradtak* vagy esetleg új aspektusként felmerültek a folyamat során. Az értékelés során érdemes kiemelni, hogy melyek voltak azok a *sikertényezők*, amelyek segítették a cél magvalósulását és másik oldalról pedig itt van mód meghatározni, hogy milyen nehézségek, *akadályozó hatások* merültek fel, illetve várhatók még a jövőben, amik a változás ellenében hathatnak. Előfordulhat, hogy nemcsak a coaching végén kerül sor ilyenfajta értékelésre, hanem a folyamat közben is, ha például a coach-nak információra vagy megerősítésre van szüksége arról, hogy jó irányban haladnak-e, és a kliens is úgy érzi-e, hogy az történik, amire szüksége van. A coaching lezárási fázisa éppen olyan fontos mozzanata a coachingnak, mint a szerződéskötés, hiszen ez ad keretet az egész folyamatnak, és együttesen pedig ezek nyújtanak támpontot a honnan-hová kérdés megválaszolására.



6. ábra. Az önszabályozási folyamat modellje (Grant 2001)

A COACHING-INTERAKCIÓ

A tudatosság fokozása

A coaching kiindulópontját általában a probléma vagy fejlesztési téma tudatos felismerése jelenti. Ez olyan fajta tudatosságot és megértést feltételez, ami egyfelől tisztázza a probléma körvonalait, majd pedig elmélyíti annak megértését. Ezzel tulajdonképpen specifikussá és megragadhatóvá teszi a változás-változtatás mibenlétét, vagyis magának a coachingnak a konkrét célját. Mivel a coaching definíciószerűen egy bizonyos kitűzött cél érdekében (és meghatározott időkeretek között) zajlik, ezért szükséges világosan látni, hogy mely kompetenciákra vagy éppen viselkedésmódokra kell és érdemes fókuszálni a megoldás érdekében. Ez a cél a coach és a kliens irányában egyaránt kulcsfontosságú tényező. Amíg csak a coach rendelkezik specifikus tudással és rálátással, miközben a coach-olt személyben még nem tudatosult a változás fókusza,

addig a coaching sem fog „beindulni", nem kezd el működni. És ez fordítva is alapvető, hiszen legtöbbször csak a kliens tudatosságának növelésével kristályosodik ki a coach számára, hogy pontosan milyen specifikus elemekre kell irányulnia a változásnak.

A visszajelzések fontossága

A coach a betöltött szerepe szerint tulajdonképpen egy tükörként fukcionál, hiszen általa és visszajelzései által mélyül el ez a fajta tudatosság. A coaching révén a coach-nak éppen ezért érthető, befogadható és feldolgozható információkat kell közvetítenie, ami lehet a személyes visszajelzéstől kezdve valamilyen teszt eredményéig bezárólag sok minden. Ha a tesztelés módszerét használja a coach, akkor egy olyan objektív külső tükröt visz be a folyamatba, mely további hiteles információforrásként szolgálhat a kliens számára. A munkahelyi keretek között zajló coachingban az egyik leggyakrabban alkalmazott teszttípus a *360 fokos értékelés*. Ez a módszer a személy környezetében lévő, őt kellő mértékben ismerő személyek (felettes, kollégák, beosztottak) véleményét összegyűjtve nyújt képet a coach-olt számára – éppen azokban a kulcsfontosságú kompetenciákban, illetve viselkedési jellemzőkben, melyek az egyén számára (és az egyén megítélése szerint) a hatékony és sikeres működéséhez szükségesek. Ehhez természetesen a 360 fokos kérdőív testre szabására is szükség lehet adott esetben, ha az nem fedi le kellő mértékben a vizsgálni kívánt kompetenciák körét. A 360 fokos felmérésben az értékelő személyek válaszai egyénenként nem jelennek meg, csak összesített átlagértékként szerepelnek, tehát az egyes válaszadók egyéni válaszai utólag sem visszaazonosíthatók. (Ez alól csak a felettese és önmaga értékelése jelenthet kivételt.) A 360 fokos felmérés sikerkritériumai között az egyik legfontosabb a bizalmasság biztosítása. Éppen ez az anonimitás teszi lehetővé, hogy az értékelő személyek a bizalmas jellegű véleményüket is hajlandók legyenek megosztani a felmérés során adott válaszaikban, valamint azt, hogy az értékelt személy egy olyan összképet kapjon magáról, mely végső soron akár el is térhet – hol kisebb, hol jelentősebb mértékben – az önmagáról alkotott képtől. Az így kapott információk különlegesen fontosak lehetnek például egy olyan coach-oltnál, aki vezetőként a legritkább esetben jut őszinte visszajelzésekhez. Volt már szó arról, mennyire *marginalizálódva* érezheti magát egy vezető a szervezeten belül, a vezetett egysége csúcsán, milyen mértékben elmagányosodhat (bármennyire is nem mutatja ezt kifelé, ha vezetői szerepébe ez nem fér bele), hiszen a pozíciójából fakadóan elé tornyosuló nehéz feladatok, helyzetek megoldásáról – sikereiről, kudarcairól – valójában nagyon kevés embertől várhat tanácsot vagy visszajelzést. A coach az, aki ezt az űrt betöltheti és releváns, érdemi visszajelzésekkel segíti a kliens tudatosságát.

Értelmezés és megértés

Minden coachingeszköz vagy teszt – így a 360 fokos felmérés – eredményeinek megértése és feldolgozása is a coach aktív segítségét igényli. A nyers tesztadatok, pontszámok olykor nehezen emészthetők, különösen, ha valamilyen kellemetlen vagy kínos téma miatt még

némi elhárítás is rárakódik erre a kliens részéről. Ebben az esetben nem feltétlenül fogja a személy magától észrevenni a teszteredmények átfogó tendenciáját, illetve a mögötte felsejlő összefüggéseket. Persze számos esetben teljesen egyértelmű lehet, hogy mely viselkedési jellemző az, ami akadályozó, irritáló, frusztráló vagy éppen helytelenített az egyénnel kapcsolatban. Ilyenkor világos, hogy ezek megváltoztatása is a kitűzendő célok közé kívánkozhat, viszont még ilyen esetekben is lehet egy mélyebb, tágabb perspektívában kirajzolódó jelentése is mindennek. Ehhez kellenek a coach segítő kérdései, reflexiói. Konkrét példa lehet erre, amikor egy középvezetőt a róla készült 360 fokos értékelésének az a részeleme ragadja meg, miszerint a beosztottai legtöbbször csak kritikus észrevételekről számolnak be, és pozitív visszajelzést, dicséretet szinte sosem érzékelnek. Ez természetesen önmagában is lehet egy olyan specifikus viselkedés, melynek a megváltoztatására érdemes törekednie a személynek. De más a helyzet, ha ezzel kapcsolatban ő úgy gondolja, hogy az ilyen típusú dicséretekre valójában semmi szükség, hiszen azt érzi természetesnek, ha mindenki a lehető legjobban végzi a munkáját minden körülmények között, a kapott megerősítésektől függetlenül. Ha a coach megkérdezi tőle, hogy vajon saját közvetlen felettesétől szokott-e pozitív megerősítést, elismerést kapni, ez a középvezető felismerheti, hogy tulajdonképpen ő ugyanazon hibákat követi el, melyeket a felettese is vele szemben. A saját bőrén megtapasztalva, tudatosítva már sokkal erősebb belső késztetéssel, motivációval rendelkezhet az adott viselkedése megváltoztatására, mint azt alapesetben tette volna. A tudatosulás révén felerősödő motiváció lényegesen nagyobb eséllyel fog tényleges viselkedésváltozáshoz vezetni.

A coaching-interakció tipikus irányító kérdései

A coaching során zajló dialógusban a coach kérdései olyan irányba viszik a klienst, ami segíti abban, hogy megoldásokat keressen, választ találhasson. Az alábbi néhány jellegzetes kérdéstípus szinte minden coachinghelyzetben felmerül.

– *Mire volt jó az eddigi magatartás a kliens számára?* Hiába tudjuk, hogy milyen problémákat okoz az adott viselkedés, azt is látni kell, hogy ha eddig fennmaradt, akkor minden bizonnyal valamilyen (vélt vagy valós) haszna is volt az egyén számára. Nem feltétlenül van ez így, viszont ha egy ilyen rejtett célt szolgált, akkor ez egy rejtett gátló tényezőként fogja akadályozni a változást. Egy bizonyos viselkedésforma fenntartását egyszerűen csupán a megszokás, a biztonságérzet is motiválhatja, de amíg nem tudatosítjuk ezen „előnyök" elvesztését, addig nem várhatunk gyors változást sem.

– *Milyen állapotot, helyzetet kíván a kliens elérni?* Minél világosabb, pontosabb a kirajzolódó jövőkép, annál könnyebb annak megvalósítási módját keresni. A coach szerepe ebben a céltisztázási feladatban az, hogy minél inkább reális és teljesíthető, ugyanakkor kellően vonzó és kihívást jelentő, illetve az aktuális helyzetből érezhetően kimozdító célokat tűzzön a kliens maga elé. Ha esetleg a korábbi magatartás olyan jelentős előnyöket is magában hordott a kliens számára, melyekről nem tud/akar lemondani, akkor a kívánt cél definiálásakor ezzel is érdemes kalkulálni.

– *Milyen részeredmények jelezhetik majd, hogy jó úton halad a cél felé?* A coach segítségével tisztáznia kell a kliensnek magában, hogy miket tekint sikernek, részsikernek, mely mérföldkövek jelzik számára az előrehaladás mértékét és a megtett út, a befektetett energia visszaigazolását. Ezekre még az előtt érdemes kitérni, hogy a viselkedésváltozás irányába konkrét lépéseket tett volna a személy, mivel később, az adott részsikerek elérése vagy meghaladása után visszatekintve már könnyen devalválódhatnak azok az egyén számára, így motivációs erejüket is elvesztik.

– *Milyen cselekvést fog mutatni, konkrétan mit fog csinálni a felvázolt jövőkép megvalósítása érdekében?* Ez a kérdéstípus egyfelől a személyes felelősség tisztázását is szolgálja („Nekem kell lépéseket tennem a változás érdekében!"), másfelől pedig a környezet akadályozó, változásnak ellenálló hatásaival szembeni kitartást és eltökéltséget is erősíteni hivatott.

– *Milyen tapasztalatokra tett szert az adott viselkedés kipróbálásával?* A kliensnek a coaching folyamata során, az ülések között eltelt időszakban lehetősége van arra, hogy kipróbálja a kívánt magatartásformát és – annak sikereiről vagy éppen kudarcairól a következő ülés során beszámolva – a coach-tól bátorítást, támogatást vagy éppen konfrontatív kérdések formájában tisztább helyzetértelmezést kaphat.

– *Mivel tudna továbblépni az eddig megvalósított részeredményeken a cél elérése felé?* A coach a visszajelzések és az értelmezést segítő kérdései segítségével tovább mélyítheti, erősítheti a kliens által megtett sikeres lépéseket és segíthet feltárni a siker megőrzésének további aspektusait. Például ha sikerül megérteni, átlátni, hogy milyen szituációk vagy konkrét hatások azok, amelyek a korábbi, nem kívánt viselkedésre ösztönözhetik az egyént, akkor a kudarc bekövetkezésének (vagyis a visszaesés) esélye is csökkenthető.

Louis Cauffman és Insoo Kim Berg (2002) tanulmánya egy konkrét esettanulmányon keresztül érzékelteti, hogy miként terelheti a coach a klienseket egy olyan irányba, hogy végre arra fókuszáljanak, amit a jövőben jobban vagy másképp tudnának csinálni, és ami révén a kezdeti probléma is megoldódhat:

> Egy nagyobb családi vállalkozás tulajdonosa, aki hosszabb betegeskedési időszak után tért vissza a cégbe, megdöbbenve tapasztalta, hogy veje, aki szintén a vállalkozásban dolgozott, ez alatt az idő alatt kapva kapott az alkalmon, és sok területen átvette a cég irányítását. Mindeközben a vő viszont meg volt győződve arról, hogy a tulajdonos betegsége miatt az ő feladatává vált a cég működtetése. A konfliktus nem maradt kettejük problémája, kihatott a közvetlen családi környezetre éppúgy, mint a vállalkozás napi működésére az egymásnak sokszor ellentmondó vélemények, utasítások és ütközések révén.
>
> Ha a coach egy ilyen helyzetben csak arra keresné (pontosabban kerestetné) a választ a klienseivel, hogy miként alakult ki ez a helyzet és csak azon dolgoznának, hogy lépésről lépésre tisztázzák a félreértéseket, az könnyen oda vezethetne, hogy belevesznek a konfliktus kibogozhatatlan szálaiba, mindketten megpróbálják saját igazukról meggyőzni a coach-ot, és alapvetőn a kettejük megközelítésmódja közötti eltéréseket hangsúlyozzák, valójában annyira kiélezik a különbségeket, amennyire csak lehet.

1. Célszerűbb külön-külön mindkettejüknél az együttműködés irányába terelő kérdéseket alkalmazni, így például: *„Minek kell változnia ahhoz, hogy helyreálljon a rend és a békesség?"* Ez a kérdés jövő irányultságú, változásra fókuszáló és megoldást kereső jellege révén megkísérli a múltbeli szempontokról átváltani a figyelmet. Erre az egyik kliens azt a választ adta, hogy a vejének fel kellene hagynia az ő kirekesztésével, míg a másik pedig azt, hogy az apósának engednie kellene, hogy végezze a munkáját és nem pedig beleszólnia folyton.

2. Bár ezek a válaszok még nem túl hasznosak, de amikor továbblépve a coach azt kérdezi, hogy *„Mit tudna másként csinálni, hogy javítson ezen az áldatlan helyzeten?"* – ez tovább erősíti ezt az elmozdulásra törekvést. Az após azt felelte, hogy ő is úgy látja, nem mehetnek így tovább a dolgok, ezért talán megpróbál majd barátságosabb lenni, de ez nem jelenti azt, mintha részéről minden rendben volna. Ugyanerre a kérdésre a veje azt mondta, megkéri apósát, vegyen részt azokon a megbeszéléseken, amelyeket ő vezet a cégen belül, de úgy, hogy ne avatkozzon bele folyton. Ezekkel a válaszokkal már mindketten egy kissé nyitottabbá váltak valamilyen konstruktív irányú változásra.

3. A következő kérdés arra irányult, hogy: *„Mi lenne az a legkisebb jel, amiből azt fogja látni, hogy a dolgok jobban mennek?"* A kérdés jellege egy jövőbeli helyzetbe helyezi a résztvevőket és ezt a jövőbeli állapotot próbálja „definiáltatni" a kliensekkel. Az egyikük szerint az, hogy kevésbé fogja feszültnek, idegesnek érezni magát, amikor az apósa a közelében van, a másikuk szerint pedig abból fogja látni, hogy történt változás, ha nem érzi úgy folyton, hogy a veje mindenáron el akarja távolítani, ki akarja túrni a cégből.

4. Ezen a szálon tovább haladva a coach azt kérdezi: *„Mi lenne a reakciója erre, vagyis mit csinálna másképp, ha észrevenné ezt a bizonyos változást?"* A kérdés az előző folytatásaként a reakciók meghatározásával segít, hogy egyre valóságosabb, árnyaltabb, kidolgozottabb képet, reális alternatívát kapjanak magukban a változás révén előálló helyzetről, és ennek eredményeként egyre inkább változtatni igyekezzenek a másikkal kapcsolatos attitűdjükön. Az após hajlott arra, hogy megpróbáljon pozitívan viselkedni a vejével. Ezt a coach *konkrét viselkedések*re fordítva is megfogalmaztatta vele, ami úgy hangzott, hogy barátságosabb hangnemre fog váltani vele kapcsolatban, meghívja egy italra, hogy beszélgessenek, a munkatársak jelenlétében nyilvánosan is egyetértett vele (vagy olykor inkább csak hallgat, ha éppen nem értett vele egyet) és megpróbál olyan pozitívumokat kiemelni, amiket őszintén visszajelezhetett vejének, ha az valamit jól csinált. A vő hasonló módon ezekre a kérdésekre azt fogalmazta meg, hogy tervbe vette, hogy hetente tájékoztassa apósát a cégben történtekről, illetve hogy közösen nézzék át a megrendeléseket, valamint figyelembe veszi majd a javaslatait is.

Összességében – amint a példa is mutatja – az ilyen típusú irányító kérdésekkel sikerülhet elmozdulni a jövőbeli változás irányába és nem a probléma boncolgatásának szintjén fognak megragadni a felek a coaching során, hanem a megoldás irányába tett konkrét lépéseknek a realitás szintjére történő átültetése felé haladhatnak.

A coaching alaptípusai

A coaching témáját illetően igen széles keretek között mozoghat, így az üzleti életben megjelenő vezetésfejlesztéstől az egyéni életvezetési hatékonyság növeléséig sokféle szituációban alkalmazható. Leggyakrabban a coaching az aktuális munkahelyi közegen belül keresi a nehézségek gyökerét, pontosabban a megoldáshoz vezető utat, de sok esetben a magánéleti tapasztalatok felé is átvezethetnek ezek a szálak. Ilyen értelemben a cochingot tekinthetjük a foglalkozással kapcsolatos kérdések terápiájának, vagy a szakmai bánatokról és örömökről folytatott dialógus egyik formájának is (Schreyögg 2005). A munkahelyi szférában zajló coaching során a kliens egyfelől várja a munkavégzésével kapcsolatos sikereivel és kudarcaival kapcsolatos visszacsatolásokat, másfelől pedig igényt tart bizonyos korrekciós támogatásra is. De persze az emberek nem csak problémáik, nehézségeik miatt fordulnak a coachinghoz. Számos konstruktív tapasztalatot szerezve a munkájuk kapcsán, az önkiteljesítés és a továbbfejlődés iránti igényük felerősödése új megoldásmódok kidolgozására, kiaknázatlan potenciáljaik feltárására sarkallja őket – akár a szakmai életükben, akár a magánéletükben.

A *coaching területeit illetően* alapvetően három fő típussal és elnevezéssel találkozhatunk: az executive (vezetői) coaching, a bussiness (vállalati, szervezeti) coaching, valamint a life (életvezetési) coaching. Ezek a területek egymástól nem minden esetben elválaszthatók, bizonyos esetekben előfordulhatnak átfedések és kereszthatások is a területek között (Horváth 2004).

1. Az *executive* (vezetői) coaching a vezetői szerep munkahelyi aspektusaira fókuszál, így legfontosabb témái is az olyan vezetői készségek fejlesztését célozzák, mint a stratégiai tervezés, a problémamegoldás vagy a kommunikációs és interperszonális készségek fejlesztése.

2. A *bussiness* (vállalati, szervezeti) coaching ehhez képest annyiban tér el, hogy ennek keretében a vállalkozást érintő kérdésekre keres megoldást a coaching, hogy kliensként a cég tulajdonosait vagy a menedzsmentjét segítse a szervezet egészét érintő területeken. Ennek során fontos téma lehet a munkatársak fejlesztésétől kezdve a szervezet hatékony működését, termelékenységét akadályozó tényezőkig, vagy éppen az ügyfélszolgálat fejlesztéséig sok minden. Alapvető törekvés minden esetben, hogy a szervezet egészét érintő kérdésekben nyújtson segítséget.

3. A *life* (életvezetési) coaching a hatvanas években fejlődött ki New Yorkban. Ez képviseli a három közül a legszemélyesebb területeket, hiszen ebben olyan témák megoldásáról van szó, melyeknek célja az adott egyén életét – a saját felfogása szerinti értelemben – teljessé, kielégítővé és sikeressé tenni. Ebbe beleértendő az egyéni értékek és jövőkép tisztázása éppúgy, mint az életcélok megfogalmazása, kitűzése, valamint azok megvalósítása érdekében tett változások támogatása (Zeus–Skiffington 2000).

Az egészségfejlesztés szempontjából ebből a háromból döntően a life coachingra jut a legnagyobb feladat, hiszen ez a személyes egyéni életvezetés, az egyéni életterületeken megfogalmazódó vonzó jövőkép és azon belül az *egészséges életmódra törekvés* meg-

fogalmazását és megvalósítását célozza (Williams–Davis 2007). Ugyanakkor természetszerűleg szerepet kaphat mind a vezetői, mind pedig a vállalati, szervezeti coaching is például a *stressz-szint* alakulásában. Ahogy az egész ember egyben létezik, úgy nincs külön „munkavállaló kliens" és nincs csak „magánember kliens", hiszen a két életterület is egymással kölcsönhatásban áll. Még akkor is, ha a kitűzött cél alapvetően a feladatvégzéshez kapcsolódik, a cél elérésének lehetnek privát életbeli aspektusai is. És ugyanez igaz abból a szempontból is, hogy a coaching során elért célok legtöbbször pozitív hatással vannak nemcsak a munkaszférára, hanem a kliens magánéletére is.

A *coaching munkaformái* között döntően az egyéni jelleg az uralkodó, mivel ez olyan szintű bizalmi légkört tud teremteni, ami nagyban hozzájárul a coach és a kliens közti dialógus elmélyítéséhez. Emellett azonban létezik ún. *csoportcoaching* is, melyben azonos helyzetű személyek vesznek részt, így például hasonló munkakörben vagy szervezeti szinten lévőkkel együtt. Ez jellegéből fakadóan lényegesen alacsonyabb intimitási szintű, mint az egyéni coaching. Harmadik munkaformaként említhető a *team-coaching*, amiben egy adott intézmény vagy szervezeti egység tagjainak nyújtott csoportos beavatkozásról van szó. Ennek során – mivel erősen nehezített lehet a bizalmi szint fokozása – a magánjellegű, személyes információk megosztása legtöbbször korlátozott mértékű marad. A három coaching munkaforma között tehát döntően az intimitási szintben tapasztalható különbség, ami természetszerűleg kihat a coachingban zajló folyamatok alakulására, mélységére (Schreyögg 2005).

A *munkahelyi coaching* folyamatának sokszor kulcsfontosságú jellegzetessége, hogy maga a coach vagy a szervezet integráns részét képezi *(belső coach)*, vagy pedig attól független szereplőként, ideiglenesen jelenik meg *(külső coach)*. Mindkettőnek megvannak a maga előnyei és korlátozó tényezői. Míg a belső coach a szervezet egészének működéséről is eleve rendelkezik információkkal, így sok esetben előzetesen is látja azokat a cégen belüli erővonalakat, személyes kapcsolatokat, konfliktusokat, melyek meghatározó módon befolyásolhatják a coaching sikerességét. Másik oldalról viszont, mivel maga is integráns eleme ennek a szervezeti struktúrának, óhatatlanul aktív részese ennek a belső viszonyrendszernek. Így tehát nem bír olyan mértékű függetlenséggel, mint egy külső coach, aki friss szemmel tudja szemlélni a helyzeteket, ebből fakadóan pedig naiv és sokszor alapvető kérdéseket fogalmazhat meg a kliens felé, valamint sokkal inkább képes egy szubjektív érintettség nélküli állásfoglalásra, tárgyilagos reflektálásra. A vezetői coaching során számos esetben megfogalmazódik a cégvezetők részéről, hogy bizonyos kérdésekben a pozíciójukból fakadóan nem szívesen fordulnak saját kollégáikhoz, beosztottjaikhoz, így valójában nagyon kevés embertől kérhetnek segítséget, tanácsot. A *vezetői szerep* – mint azt korábban is láttuk – magában hordoz egyfajta „magányosságot" a sokszor bonyolult, komplex helyzetek, feladatok megoldását illetően, bezártságot, elszigeteltségérzést eredményezhet, melyből természetszerűleg nehéz a változás irányába elmozdulni. A coaching – és különösen, ha az egy külső coach segítségével zajlik – egy olyan bizalmas keretet és terepet jelenthet a vezető számára, amelyben megnyílhat, perspektívát válthat és egy új szemlélettel, megközelítéssel egy hatékonyabb működésmód irányába indulhat el (Horváth 2004).

A munkahelyi coaching létezésének és sikerének elengedhetetlen feltétele a szervezeti hozzáállás, a *vállalati kultúra* stílusa. A coaching munkamódját tekintve eredményközpontú és hatékony megoldások keresésére fókuszál, ami látszólag teljesen egybevág a szervezeti elvárásokban megfogalmazódó hasznosságelvvel. Mégis éppen a túlzott eredménycentrikusság, az azonnali változások elvárása és a szervezeti haszon kizárólagos maximalizálására törekvés az, ami ellehetetlenítheti nemcsak a coachingot, de minden egyéb személyes fejlesztési folyamatot is. „A coaching sikere szempontjából az a vállalati kultúra az ideális, amelyben az ügyfél-elégedettség, az együttműködés, a személyes fejlődés kiemelt jelentőségű értéket képvisel. És minden olyan kulturális környezet kedvezőtlen, amely kizárólag teljesítményorientált, számokon alapuló és rövid távú sikerekre orientált" (Gauser 2001, 8).

Tesztalkalmazások a coachingban

A tesztek alkalmazásáról a coach-nak minden esetben a konkrét probléma, az adott kliens és a kitűzött cél fényében kell döntenie. A coaching során alkalmazható tesztek széles köréből – a teljesség igénye nélkül – érdemes néhány alapvető mérési irányt külön is kiemelni. Ezek az eszközök mind egyéni szinten, például a vezetői coaching során, mind pedig csoportos szinten, a vállalati, szervezeti coachingban hasznosak lehetnek.

1. A *kommunikációs és viselkedési stílus* mérése, a DISC-kérdőívek az egyéni sajátságok közül azt a legkülső réteget hivatottak megcélozni, amely a viselkedéses megnyilvánulások alapját képezi. A Marston (1928) által kidolgozott DISC-modell nem kíván ennél többet elérni, így tehát nem személyiségvonásokat vagy személyiségtípusokat elemez, pusztán a viselkedést magát. Marston, aki egyébként az első hazugságdetektor megalkotója is volt, a hazugságvizsgálatok kapcsán igyekezett azonosítani az érzelmi és viselkedési stílusjellemzőket. Ezek a Dominancia (D – Dominance), a Befolyásolás (I – Influence), a Kitartás (S – Steadiness) és a Szabálytisztelet (C – Compliance). Ezen tiszta stílusok a legritkább esetben nyilvánulnak meg kizárólag önállóan, legtöbbször ezek keveredései hozzák létre az egyénre jellemző sajátos kommunikációs stílust, ami nyilvánvalóan kihat az interperszonális kapcsolatokra, a konfliktuskezelési sajátságokra éppúgy, mint a feladatmegoldási, problémakezelési stílusra is, vagy akár csoportos szinten a team működésére is.

2. A *személyiségvonások* átfogó mérése a Big Five megközelítésen alapulva számos bevált mérőeszköz révén valósítható meg (pl. Facet5, BFQ, NEO-PI-R). A személyiségmérés egyrészt rávilágíthat a megfelelő coachingstílus, illetve a coach-kliens illeszkedés kérdésére, de másik oldalról talán még fontosabb, hogy a kitűzött cél szempontjából láthatóvá tegye, hogy milyenek a kliens belső adottságai, potenciáljai. Az egyik igen gyakori coachingtéma, a stressz kezelés, emocionális érzékenység szempontjából például elengedhetetlen tudni – mind a coach-nak, mind a kliensnek –, hogy másokhoz viszonyítva milyen az egyéni stresszérzékenység, érzelmi labilitás szintje.

3. A *stressz és megküzdés* mérésére szintén igen sok specifikus módszer létezik, melyek részben önbeszámolós, részben pedig megfigyeléses eljárást alkalmazva értékelik az egyéni vagy akár a teljes szervezeti stressz szintjét, illetve az ehhez kapcsolódó megküzdési forrásokat. A hazai kutatások során gyakran alkalmazott önbeszámolós tesztek közül fontos szerepe lehet ebben a Pszichológiai Immunrendszer Kérdőívnek (Oláh 1996) vagy a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívnek (Rózsa és mtsai. 2006). A későbbiekben egy speciálisan a munkahelyi coaching szituációkban alkalmazott tesztről, a StressScan kérdőívről (Nowack 2000; 2008) annak részletesebb bemutatása kapcsán még lesz szó.

4. Az *értékek, motivációk* mérése a coachingban kulcsfontosságú, hiszen ezen keresztül térképezhető fel, hogy milyen belső mozgatórugókra, motivációkra lehet építeni a kitűzött coachingcél elérése érdekében. Ezen motivációs tényezők sok esetben a coachingfolyamat sikertényezőjét is jelentik, melyek alapvető hatást gyakorolnak a tényleges viselkedésváltozás bekövetkezésére, illetve fenntartására. A motivációk, illetve értékek a felszín alatt igen erős hatást fejtenek ki a cselekvés formálására, így ezek megfelelő kezelése, valamint mások értékeivel, motivációival való összeegyeztethetősége szintén fontos eleme ennek a kérdésnek.

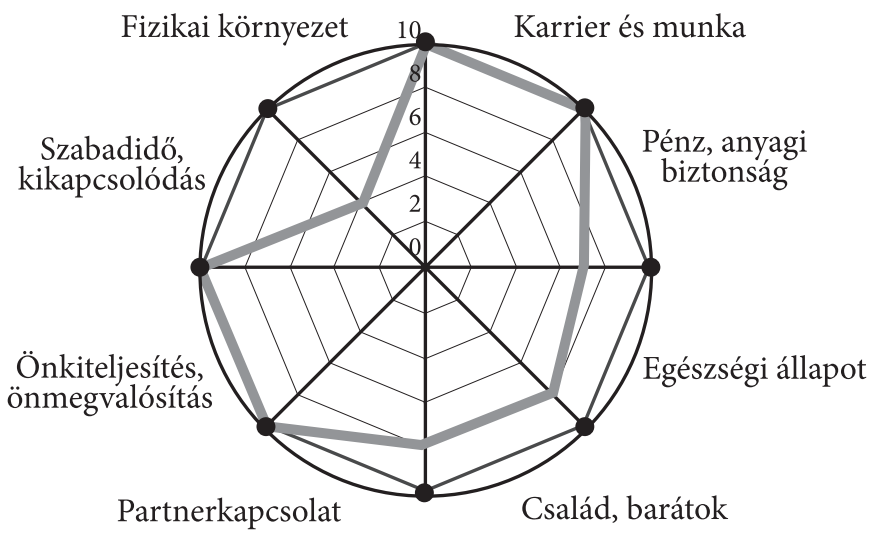
5. A *360 fokos felmérések* a viselkedéses jellemzők mérésére, visszamérésére szolgáló eszközként a legfontosabbnak ítélt kompetenciák mentén adnak visszajelzést a személyről. Mint arról a korábbiakban a visszajelzések fontossága kapcsán már volt szó, ez esetben egy olyan plusz információforrás épülhet be a coaching folyamatába, ami egyfajta külső tükörként segítheti a perspektívaváltást. A 360 fokos kérdőívek igen sokfélék lehetnek, gyakran testre szabottan, az adott szervezethez, annak speciális kompetenciaköréhez igazítva jelennek meg mind kérdéssorukat, mind mérési területeiket illetően. A felmérés sajátsága, hogy ennek során – az önkitöltős kérdőívek módszertanától eltérően – nem csupán az értékelt személy tölti ki a kérdőívet, hanem a munkavégzés kapcsán körülötte található releváns szereplők, így a felettese, a kollégái, a beosztottai is véleményt mondanak róla. Az ezek összesítéseként megjelenő adatokat a coach különféle elemzési, interpretálási módszerek segítségével értelmezi a klienssel együtt. A 360 fokos értékelés nem csupán a cégek, üzleti vállalkozások körében alkalmazott eszköz, hanem a közszféra területein is hasznos módszer. Hazai közigazgatási tapasztalatok még csak szórványosan állnak rendelkezésre, de például egy 2008–2009 között zajló program keretében, két lépcsőben egyrészt a minisztériumi vezetők, majd a következő évben pedig a központi közigazgatási szervek, kormányhivatalok vezetői is részt vettek egy átfogó 360 fokos felmérésben. Ennek során 500, illetve közel 800 vezető felmérése történt meg (Bokodi–Való 2009). Ez mindenképpen nagy előrelépést jelent egy addig a közigazgatáson belül egyáltalán nem használt módszer elterjedése terén. A felmérés során átlagosan egy vezetőt 10–10 személy (kolléga, beosztott, felettes) értékelt. Összesítve a több mint 10 000 tesztkitöltés eredményeit világosan láthatóvá vált, hogy a vezetők megítélésében a legproblémásabbnak értékelt területet a *stressztűrés, optimizmus* jelentette. Ez mind az egyén önmagáról adott válaszaiban, mind pedig a felettesek, a kollégák,

illetve a beosztottak értékelésében megjelent. Természetesen számtalan oka és következménye lehet ennek a szervezetek mindennapi működésében éppúgy, mint az egyéni jóllét, valamint az egészségügyi panaszok terén, de jól látható, hogy ezen információk alapján már célzott egyéni, illetve csoportos fejlesztési programok beindítására nyílhat lehetőség.

A COACHING TIPIKUS TÉMÁI AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZEMPONTJÁBÓL

A coaching problémafókusza

A coachingirodalomban sokszor hangoztatott szlogen, hogy *„a coaching nem probléma, hanem megoldásorientált folyamat”*. Nem szabad azonban elfeledkezni arról, hogy a problémák világos megértése és pontosítása elengedhetetlenül fontos a változás eléréséhez. *A coachingtémák specifikálásá*hoz alkalmazott technikák közül az egyik talán legtöbbet használt az ún. *életkerékmódszer* (Whitworth et al. 2011). Ennek során nyolc területet érintően kell a kliensnek a következő kérdésre válaszolnia: *„Gondolja végig az életét, hogy mi az, amivel elégedett és mivel nem!”*. Ezt követően pedig a nyolcosztatú keréken egy tízfokú skálán kell megjelölnie, hogy az egyes területeken mennyire érzi magát jelenleg elégedettnek.



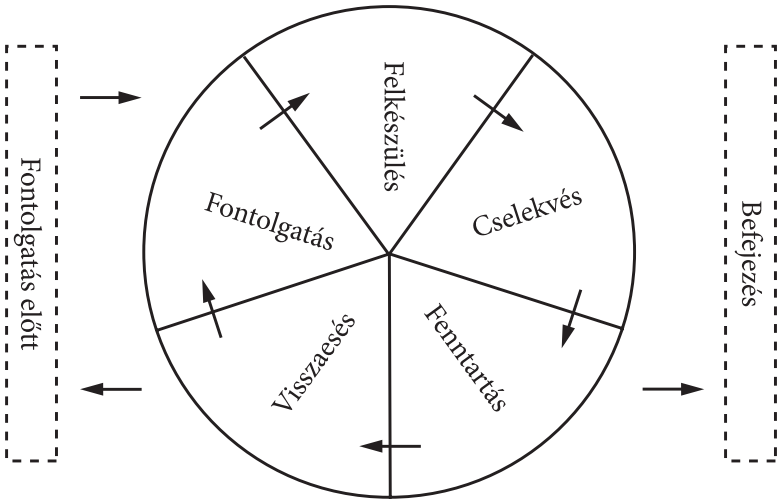
7. ábra. Az életkerékmódszer nyolc területének ábrázolása

A kapott értékek szemléletes módon tükrözik, hogy mely területek ugranak ki pozitív vagy negatív irányba a többi érték átlagából, és hogy maga az átlag mennyire mutat magas szintet az egyénnél. Az, hogy milyen szabályos kereket kapunk („mennyire lehetne simán haladni vele"), megmutatja, hogy mennyire kiegyensúlyozott az elégedettség mértéke a különféle életterületeken, illetve hol vannak olyan kritikus problémák, amelyek megoldásra várnak. Sokszor előfordul, hogy bizonyos problémákkal a kliens megtanul együtt élni és nem is tudatosítja, miként lehetne ezeken változtatni. A problémák feltérképezési fázisának egyik fontos szerepe a kliens számára az volna, hogy a tudatosság és megértés fokozása révén ki lehessen jelölni prioritást élvező életterületeket és a coachingban meg lehessen fogalmazni az ezekben elérendő célokat.

A problémafókuszálás lényeges elemét jelenti annak megállapítása, hogy milyen fázisban van a kliens a változás terén, illetve a változásra való előkészületben, hiszen ez döntően maghatározza a számára szükséges támogatás jellegét. A *Prochaska–DiClemente-féle modell* (1984), mely az egészségmagatartás területén végbemenő viselkedésváltozások forgatókönyveként is értelmezhető, a coaching megértése esetében is hasznos keretnek bizonyulhat. A kérdés, amire a modell választ keres, igen egyszerűen hangzik: *„Hogyan tudnak szándékosan megváltozni az emberek?"* A modell lényege szerint minden viselkedésváltozás maghatározott fázisokon, szakaszokon keresztül végighaladva éri el a célját *(8. ábra)*. A felvázolt körciklus a változás folyamatjellegét helyezi előtérbe a korábbi harminc-negyven évben szinte egyeduralkodónak számító cselekvéses paradigma helyett A viselkedésmódosítási programok megközelítése korábban abból indult ki, hogy a változás mindig csak a maga elsöprő ereje révén következhet be, és csupán akkor tekinthető megtörténtnek, ha az teljes egészében átveszi a korábbi működésmód helyét. Enélkül lényegében nem beszélhetünk semmiféle változásról (Prochaska et al. 2009). A változási ciklus új modellje értelmében viszont a változás nem egyetlen lépésben következik be, hanem egy folyamat mentén zajlik, melyben szigorú lépésenkénti sorrend szerint követik egymást a fázisok. A ciklusba bármelyik fázisnál be lehet lépni, de az előrehaladás során az egyes szakaszokat átugrani nem lehet (legalábbis „büntetlenül" nem). A ciklus lépései tartalmilag két részre bonthatók: az első három jellemzően *gondolkodással kapcsolatos* (kognitív/affektív) stádiumokat tartalmaz, míg a továbbiak inkább *viselkedésközpontúak*.

1. *fontolgatás előtti szakasz (precontemplation)*
2. *fontolgatás (contemplation)*
3. *felkészülés (preparation)*
4. cselekvés (action)
5. fenntartás (maintenance)

6a. befejezés, változásrögzülés (termination)
6b. visszaesés (relapsus)



9. ábra. A változás folyamatmodellje Prochaska, Norcross és DiClemente (2009) alapján

A modell nagy előnye, hogy az egészségmagatartás területén végbemenő viselkedésváltozások terén oly jellemző visszaesési fázis mikéntjére is rálátást biztosít. Ez a coach és a kliens számára egyaránt felkészülési lehetőséget nyújt a kudarcélményként megélt holtpontok vonatkozásában, így nagyrészt elkerülhető a relapszus miatti demoralizálódási hatás.

Mivel a coaching egészségpszichológiai szempontból általában jól körülhatárolt területekre fókuszál, ezért érdemes néhány tipikus témát – mint a munka és a magánélet viszonyát, a konfliktuskezelés témáját, illetve a stresszkezelés területét – közelebbről is megvizsgálni.

MUNKA ÉS MAGÁNÉLET

A munka és a magánélet egyensúlya (work – life balance: WLB), vagyis a munka hosszú távú túlsúlyba kerülése mindkét oldalról problémát jelenthet: nemcsak a magánélet háttérbe szorulását, hanem a túlhajtottság, illetve demotiváltság révén a munkavégzés terén is alacsonyabb nívót eredményezhet. Némileg más a helyzet akkor, ha a munkavégzés túlsúlya erős belső motivációs állapotként jelenik meg (pl. workaholic), de a hosszú távon fennálló egyensúlyhiány előbb-utóbb itt is problémaként jelentkezik. „A *vezetők* sokkal inkább dolgoznak, mintsem élnek. A stresszhatások, a zátonyra futott házasságok, az elhanyagolt gyerekek, a romló egészségi állapot ma már általános jelenségnek tekinthető” (Whitmore 2008, 12). Vezetői pozícióban ennek

a problémának a coachingban való megjelenését általában hosszabb latencia, elszánás előtti töprengési időszak előzi meg (lásd Prochaska–DiClemente-féle modell), mivel a nagyfokú munkavégzésre való hajlandóságot az egyén közvetlen környezete és önmaga is szociálpozitív aspektusként értékeli.

Munkamánia, munkafüggés (workaholic): a munka-magánélet egyensúly felborulásának szélsőséges helyzetében lévő személyeket jellegzetes viselkedési és kognitív stílus jellemzi. Egyfelől *perfekcionisták*, akik minden körülmények között, szinte kényszeres módon törekednek a tökéletességre, miközben úgy gondolják, hogy csak ők tudják a legjobban elvégezni az adott feladatot. Ezen két ok eredőjeként *erejükön felüli* munkamennyiséget vállalnak és halmoznak fel maguk körül. Bár mindebből úgy tűnhet, hogy ők az ideális munkaerő megtestesítői, valójában a munkamániások gyakran több kárt okoznak a cégnek, szervezetnek hosszú távon, mint amennyi hasznot időlegesen hoznak. Mivel alapvetően a munkára fókuszálnak és a feladatvégzés terén önmagukat gondolják a legjobbnak, ezért másokat sem igen vonnak be a munkába, a döntésekbe. Perfekcionizmusukból fakadóan elsősorban a *hibák elkerülésére koncentrálnak* és görcsösen törekednek a maximális teljesítmény elérésére, a kontroll mindenáron való fenntartására. Rosszul tűrik a *bizonytalanság*ot és minden kihagyott percet időveszteségként élnek meg. Sosincs szabadidejük, *sohasem lazítanak*. Szinte egyáltalán nem jellemző rájuk a csapatszellem, és sem munkatársként, sem vezetőként, sem pedig a magánéletükben nem fordítanak igazán figyelmet az emberi kapcsolatokra. Vezetői pozícióban beosztottaiktól *irreálisan sokat várnak el*, kevéssé vannak tekintettel a személyes, magánjellegű problémákra, ezeket inkább kifogásként hajlamosak kezelni. Mindezek következményeként a munkafüggők közül sokan válnak magányossá, és a lelki problémák vagy éppen a belső üresség érzésének megszüntetésére – a kontroll fenntartása érdekében – ugyancsak a munkába menekülnek. Hosszú távú hatása ennek a fizikai és szellemi kimerültség, szorongásos panaszok, pánikroham, depresszió megjelenése lehet, illetve ezek mellett vagy helyett a testi tünetek manifesztálódása. A munkamániás személy coachingba kerülése gyakran csak a funkcióromlás fázisában történik meg, amikor már észrevehetően csökken a teljesítménye, romlik a terhelhetősége. Eddig a pontig nem is szívesen áldoz időt és energiát a munkán kívül szinte semmire. Gyakran megfigyelhető az a jellegzetes helyzet, hogy miközben egy munkamániás személy környezete problémának tekinti a munka-magánélet egyensúly teljes felborulását, addig maga a személy sokszor értetlenül és elutasítóan tekint erre a felvetésre. Nem érti és nem is igazán akar foglalkozni azzal, hogy mások miért gondolják megváltoztatandónak, hogy munkával tölti minden idejét, miközben háttérbe szorítja baráti, családi kapcsolatait és emellett saját fizikai, egészségi állapotával sem törődik. Coachingba tehát legtöbbször nem önként jön, hanem „küldik". A kliensben változásra való motiváció ilyenkor alig van jelen, hacsak a környezet ezen „nyaggatásainak" kiiktatását nem tekintjük annak.

A változás folyamatmodellje *(8. ábra)* erre a helyzetre is jól alkalmazható.

1. Első lépésnek tulajdonképpen a problémahelyzetből való elmozdulást, a változás elindítását tekinthetjük. Ez a *fontolgatás előtti* időszak, melyben se problémafelismerés, sem pedig változási szándék nincs jelen a személyben. A coach feladata ebben

a stádiumban, hogy a kliens tudatosságát növelve reálisabb, árnyaltabb helyzetfelismerést alakítson ki, melyben érthetővé válnak a környezet jelzései, reakciói (aggodalmai, frusztrációi) a fennálló helyzettel kapcsolatban.

2. Ezt követi a változás kezdeti lépésének tekinthető tépelődési, *fontolgatási* (kontemplációs) fázis. Ebben az állapotban a kliens már felismeri a problémát, vagyis érzi a változás szükségességét, de még csupán mérlegeli a pro és kontra érveket, igazi aktív lépéseket a cél érdekében még nem tesz. A munka és magánélet viszonyában ennek a fázisnak az előfordulása meglehetősen gyakori jelenség. Itt válik világossá az egyén számára, hogy tagadhatatlanul nehéz és számára veszélyes vagy káros helyzetben van. Ez egy ambivalens szakasz, melyben a változás és a változatlanság árának és előnyeinek mérlegelése zajlik az egyénen belül. Ebben a fázisban a coach egyik legfontosabb feladta, hogy az addigi egyensúly felborulását kihasználva tisztázza a változáshoz vezető okokat (a diszkrepancia kialakítása és kimondatása), valamint hogy a jelenlegi viselkedés megváltoztatására való képességbe vetett hitet felerősítse a kliensben (Miller–Rollnick 2002). A coach célja, hogy olyan aspektusokat is a figyelmi fókuszba emeljen, melyeket addig a kliens nem tartott lényegesnek vagy fontosnak, viszont a változás irányába mutatnak (vagy pedig a változatlanság negatív oldalát erősítik). Ha sikerül ebbe az irányba kibillenteni az egyént, azzal egy olyan kognitív disszonancia jön létre a kliensben, mely sajátos belső késztetésként a változás irányába lendíti tovább. A munka és a magánélet egyensúlya kapcsán az értéktudatosító, tisztázó kérdések lehetnek azok, melyek ráerősíthetnek erre a folyamatra:

- *Vannak-e az életében a munkahelyi feladatok miatt elhalasztott, későbbi időpontra vagy későbbi életciklusra áttolt vágyai, céljai?*
- *Mi az, amiről úgy érzi, hogy már (szinte) végleg le kellett mondania a munkavégzés, karrier miatt?*
- *Mi az előnye, miért jó, illetve mi a hátránya, miben akadályoz ez az aktuális helyzet?*

3. A változási modell *előkészületi* fázisa során a kliens folyamatosan átértékeli az önmagához és a problémához való viszonyát, a felmerülő alternatívák mérlegelése révén pedig keresi a számára legmegfelelőbb cselekvési lehetőségeket. Ebben a fázisban kisebb viselkedési változtatásokat már esetleg meg is valósíthat a kliens, de még némi ambivalencia is jellemzi. A munka és a magánélet egyensúly megoldása terén egy vezető számára az egyik lehetőség, hogy alacsonyabb pozícióba fokoztatja le magát („downshifting"), hogy ezzel tehermentesítse magát a munkahelyén a magánéleti szerepek bővítése érdekében. A coach feladata ilyenkor, hogy segítse a klienst a számára valóban legmegfelelőbb cselekvési alternatíva kiválasztásában, hiszen ennek a fázisnak az eredményeként jut el a személy a döntéshozatalig, mely azután átvezet majd a megvalósítás fázisába.

4. A *cselekvés fázisa* a viselkedés megváltozásának, pontosabban a változással összefüggő új viselkedésforma bevezetésének a stádiuma. Ebben a coach feladata támogatni a klienst, hogy tegyen tényleges lépéseket a változás irányába. Nyilvánvalóan csak akkor érdemes ebbe a fázisba lépni, ha a korábbi fázisok betöltötték funkciójukat. A kliensnek a tudatosság elmélyítésével, illetve az újonnan kialakított készségekkel felfegyverkezve

lehet a lehető legnagyobb esélye a sikerre (Prochaska et al. 2009). Ez talán az egész változási folyamat leglátványosabb szakasza, különösen a külső szemlélők számára, hiszen bekövetkezik egy egyértelmű és jól látható fordulat a viselkedés szintjén. Éppen ebből adódik, hogy ez a fordulat jár a legtöbb szociális visszajelzéssel a környezet részéről. Ezek általában pozitív megerősítést jelentenek, de előfordulhatnak negatív visszajelzések is, melyek a korábbi állapot fenntartása felé löknék vissza a klienst. Fontos tudni – kliensnek, coach-nak egyaránt –, hogy a viselkedési szintű változás még nem feltétlenül jelent minden területre érvényes és végleges módosulást – még ha ez a külső szemlélőnek, vagy akár magának az egyénnek nem is világos. Hiba és gyakran a későbbi kudarc egyik fő oka, ha nem számolnak ezzel a ténnyel. Ebben a fázisban szükséges a legtöbb elkötelezettség és kitartás. A viselkedésváltozás bekövetkezése tulajdonképpen egy egyszeri energiabefektetést igényel, viszont ennek fenntartása folyamatos terhelést jelenthet – legalábbis kezdetben.

5. A *fenntartás* fázisa a viselkedés megváltozásával kapcsolatos nyereségek megszilárdításáról és a visszaesések megelőzéséről szól. A coach célja ebben a stádiumban, hogy tudatosítsa és erősítse a kliensben az addig elért eredményeket, és segítse azon stratégiák azonosítását és bevezetését, melyek megelőzik a visszaesést. A munka és a magánélet kiegyensúlyozatlansága terén például egy munkamániás kliens, annak ellenére, hogy látványos lépésként alacsonyabb pozícióba fokoztatta le magát, hogy az elhanyagolt privát életére több időt és energiát fordíthasson, arról számolhat be a coaching során, hogy a hirtelen megnőtt szabadidejében azon gondolkodik, nem kellene-e mégis inkább hasznos feladatokkal és a munkahelyén befejezetlenül hagyott teendőivel foglalkoznia. A coach feladata ilyenkor, hogy felidézze, pontosabban felidéztesse a kliensben, milyen előnyökkel járt számára ez a változás, miként sikerült minimálisra csökkentenie a korábbi kínzó tüneteit (pl. pánikroham). Mindeközben azt is tudatosítania kell, hogy a kezdeti – bár lehet, hogy jelentős – lépések megtételével még korántsem ért célba a változás folyamatában és további erőfeszítések megtételére van szükség, ha nem akar a korábbi állapotba visszacsúszni.

6. A *visszaesés* fázisát minden esetben kudarcként élik meg a kliensek, mivel az demotiváló és demoralizáló (akár bűntudattal is terhes) érzésként jelenik meg bennük. A coach feladata ebben a szituációban, hogy segítsen megbirkózni ezzel és minél előbb eljuttassa a klienst oda, hogy újrakezdje a fontolgatást, az előkészületet, illetve a cselekvést, anélkül, hogy „beragadna" valamelyik stádiumba, vagy végleg lemondana a cél eléréséről. Ahogy a változás folyamatmodellje is azt hangsúlyozza, hogy maga a változás nem egyik pillanatról a másikra következik be, hanem meghatározott fázisok egymásra épülésével jön létre, ugyanígy a visszaesést sem szabad dichotóm jellegűnek beállítani. Érdemes megkülönböztetni egymástól az időleges *megcsúszás*t, *botlás*t („lapse") és a teljes kezdeti állapotba való visszaesést („relapse"). Ebben az enyhébb megcsúszás értelmében használva a visszaesés fogalmát nem kell hogy kudarcot lássunk mindebben, inkább csupán egy átmeneti fázisként célszerű értelmezni, mely a változás sokszor szükségszerű velejárója (Marlatt–Gordon 1980). A visszaesés jelenségének hátterében – az alkohol vagy drogfüggőség esetében tapasztalt tendenciák alapján általánosítva – felerészben olyan típusú

hatások érhetők tetten, mint amilyen a negatív emocionális állapotok megjelenése (pl. frusztráció, düh, szorongás, depresszió, unalom), másrészről pedig az interperszonális konfliktusok kialakulása (pl. párkapcsolatban, illetve baráti kapcsolat terén, vagy a munkavállaló-munkaadó közötti kapcsolat zavara miatt) (Marlatt–Gordon 1985). De ugyanígy a munkahelyi közegben célként kitűzött viselkedésmódosítások esetén sem feltétlenül követelmény az azonnali és teljes mértékű változás – abba bele kell/kellene férnie kisebb-nagyobb botlásoknak, bukásoknak és újrakezdéseknek is. Ez minden tapasztalati tanulási folyamat része. Ráadásul az ezekkel való megküzdésnek a későbbiekben másodlagosan még énhatékonyság-fokozó aspektusa is lehet, ami pedig a coaching során további felhasználható erőforrássá válhat.

A cselekvésváltozást definíciószerűen akkor ítélhetjük *befejezett*nek, véglegesnek, ha a változás rögzült és már nem tekinthető reálisnak a régi viselkedési módhoz való visszatérés és különösebb erőfeszítést sem igényel az egyéntől a megváltozott cselekvésforma fenntartása.

KONFLIKTUSMENEDZSMENT

A munkahelyi közegben a *konfliktusmentesség* nem cél. A vállalatok, szervezetek szempontjából maguk a problémák jelentik az „élet motorját", sőt egyes vélemények odáig mennek, hogy a szervezetek tulajdonképpen a problémák megoldása céljából léteznek – és anélkül pedig egyszerűen életképtelenek lennének (Fatzer 2005).

A *konfliktusok köre* alapján a munkahelyi konfliktusok alapvetően két területre oszlanak: egyrészt interperszonális konfliktusokkal (pl. munkavállaló-munkaadó, beosztott-vezető viszonya, kollégák közötti viszony stb.), másrészt munkával, munkavégzéssel kapcsolatos konfliktusokkal (pl. szerepkonfliktussal) kell megküzdeni. Ezen belül – Greenhaus és Beutell (1985) felosztása szerint – három specifikus *konfliktustípus* különíthető el: időnyomás miatti, túlterheltség-feszültség miatti, viselkedésmód miatti.

A *szerepkonfliktusok* az egyén által betöltött magánéleti vagy munkahelyi stb. szerepek által támasztott elvárásoknak való megfelelésből fakadnak. A különféle személyes szerepek közötti ellentmondások, illetve a szerepek tisztázatlansága témája és akadályozó tényezője egyaránt lehet a változás megvalósításának. Az egészségfejlesztési célú coaching – például egy testsúlycsökkentési program – sikerét nagymértékben befolyásolhatja, hogy a kitűzött cél mennyiben illeszthető össze a meglévő szerepelvárásokkal, illetve mennyiben módosíthatók ezek a cél érdekében. A testsúlykontroll kapcsán a kliensnek az a törekvése, hogy több figyelmet fordítson testsúlyának optimális szinten tartására ellentétben állhat bizonyos szerepelvárásokkal. A munkahelyi környezet oldaláról például a munkaköréből, felettesi elvárásból fakadó leterheltségi szint lehet komoly akadályozó tényező, ami csak gyorsétkezdékben való ebédre ad időt. De ugyanígy a családi környezetben a családtagok részéről

előforduló káros étkezési szokások fennmaradó rutinja szintén gátló tényezőt jelenthet a kitűzött céllal szemben. „Egy szerep sohasem izolált, hanem mindig komplementer vagy korrelatív (szülő-gyerek, főnök-beosztott, kolléga-kolléga, férj-feleség) viszonylatában érvényesül" (Eck 2005). Tehát a szerepek közti dinamika megértése és tudatosítása kulcsfontosságú a szerepkonfliktusok megoldásában és a coaching céljaként megfogalmazott konkrét viselkedésváltozás elérésében. A *szerepanalízis* abban nyújthat segítséget, hogy az egyén által betöltött szerepek kapcsán tisztázhatókká váljanak a fennálló követelmények, nehézségek, források és eredmények. Mivel a szerepek természetszerűleg változhatnak, hiszen a megváltozott helyzetek megváltozott elvárásokat és szerepformálásokat igényelhetnek, ezért a coaching során a szerepek átdefiniálása érdekében meg kell találni a lehetséges beavatkozási pontokat. A szerepcoaching abban támogatja az egyént, hogy a szerepét megformálva egyaránt figyelembe vegye a fennálló deficiteket, akadályokat és ezzel együtt pedig elmélyítse a szerepekkel kapcsolatos tudatosságát, valamint a változás érdekében kidolgozott megoldást átvigye, megvalósítsa a gyakorlati életben is (Eck 2005).

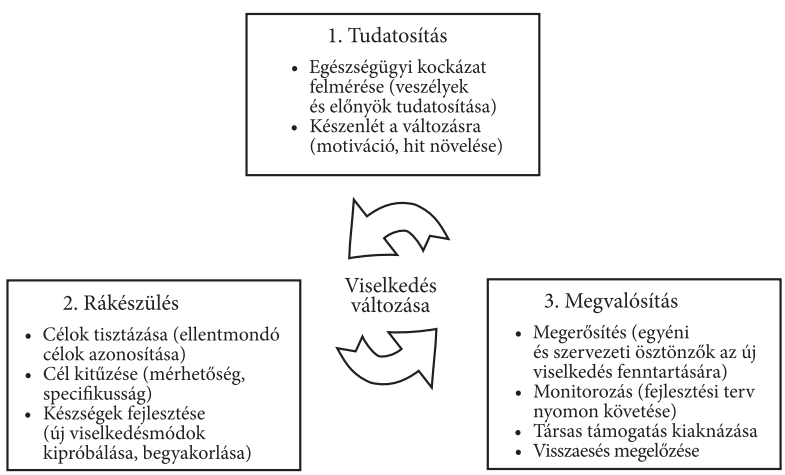
STRESSZMENEDZSMENT

„Irreálisnak tekinthető, hogy egy teljesen stresszormentes munkakörnyezetet létre lehetne hozni. Az embereknek mindig meg kell majd állniuk a helyüket" (Antonovsky 1987).

A munkahelyi környezetben megvalósuló stresszmendzsment kapcsán háromféle megközelítéssel találkozhatunk. A leggyakoribb, legáltalánosabb a meglévő stresszproblémákkal küzdő munkavállalók számára kíván kezelési módot nyújtani különféle egészségfejlesztő programok révén. Ez a már meglévő egészségügyi problémák kezelésére hivatott, egyértelműen reaktív megközelítést jelent, mivel nem tesz erőfeszítéseket a munkával vagy a munkahellyel összefüggő aktuális stressztényezők azonosítására. Klinikai terminológiával élve ezt *harmadlagos prevenciós* megelőzésnek tekinthetjük. Ezzel szemben, az *elsődleges prevenció* célja az, hogy feltárja és csökkentse a pillanatnyi stresszforrásokat – akár munkával kapcsolatos, akár munkán kívüli hatásról van szó. Ebben tehát a stresszteli munkavégzési hatások eliminálásán, vagyis a stresszproblémák kialakulásának megelőzésén van a hangsúly. Az elsődleges, illetve harmadlagos prevenció között helyezkedik el a *másodlagos stressz-prevenció*, amely a stressz káros hatását egy viszonylag korai stádiumban próbálja csökkenteni annak érdekében, hogy azok ne vezessenek súlyosabb egészségügyi következményekhez. Köznapi elnevezésben ezt a megközelítésmódot tekintjük stresszkezelésnek. Az ilyen jellegű programok jellemzője, hogy egyénorientált módon igyekeznek kifejleszteni, megtanítani a munkavállalóknak azokat a sajátos technikákat, melyek révén csökkenthetővé válhatnak a stresszel összefüggő élettani és pszichológiai problémák. A legismertebb stresszkezelési módszerek közé tartozik a relaxáció, a biofeedback, a meditáció és a kognitív-viselkedésterápiás megközelítésre épülő tréning.

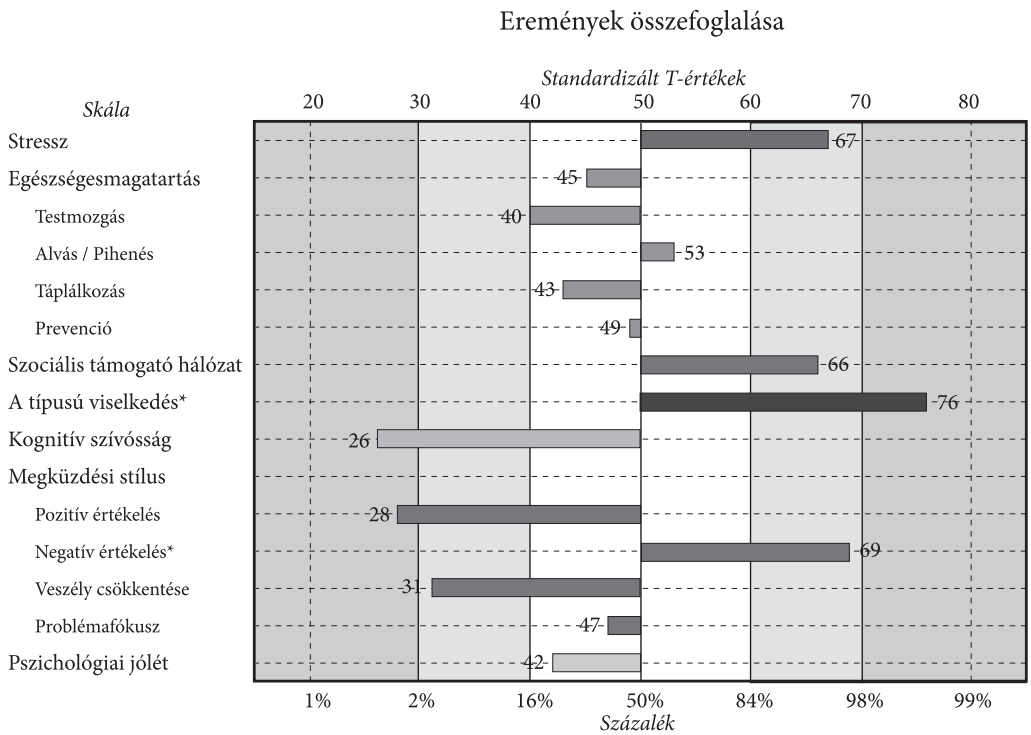
A stresszkezelés kapcsán érdemes megfontolni a szervezeti reakciómódok vagy *szervezeti tanulási típusok* közötti különbséget. Az ún. *egyhurkos* (single-loop) tanulás során a szervezet egy kritikus érték elérése esetén aktivál egy ún. visszaállító mechanizmust, míg a *kéthurkos* (double-loop) tanulás esetén magának a kritikus értéknek a finomhangolására is képes a szervezet (Argyris 1977). A stressz területén ez a különbségtétel abban ragadható meg, hogy a cég vagy szervezet reakciója kizárólag az extrém stressz-szint esetén beinduló „tűzoltásban" merül-e ki, vagy pedig a stresszparaméterek kontrollálása révén magának a stressz-szintnek az optimális értéken tartásával is képes foglalkozni. Ez utóbbi esetén nemcsak vészhelyzetben várható reagálás a szervezet részéről, hanem „preventív" módon felkészítik a szervezetben dolgozókat a stressz kezelését segítő tréningek, coachingok révén, és ezzel mintegy optimális mederben tartják a stressz szintjének alakulását.

Spence, Cavanagh és Grant (2008) empirikus vizsgálatai szerint a stresszkezelési célok elérése egy nyolchetes folyamat eredményét figyelembe véve szignifikánsan nagyobb arányban valósulhat meg *egészség-coaching* típusú megközelítés alkalmazása révén, mint az *edukatív*, direktív információátadás során. Ugyanakkor azt is látni kell, hogy egyáltalán nem könnyű a munkahelyi stresszkezelési eljárások hatékonyságát vizsgálni. A klinikai stresszkezelés során legtöbbször magas vérnyomás, magas szorongásszint, vagy akár maradandó károsodást okozó izomfeszültség kezelése zajlik, míg a munkahelyi környezetben a résztvevők többsége csupán szubklinikai stressztüneteket mutat. Ebből adódóan nehezebb kimutatni a változást, például a szorongás „normál" szintre való csökkentését. Részben ennek tudható be, hogy több metaanalízisben – Murphy (1996) 64 tanulmányt, Van der Klink és munkatársai (2001) 48 tanulmányt vizsgáltak – sok stresszkezelési eljárással kapcsolatos vizsgálatnál nem sikerül kimutatni statisztikailag szignifikáns hatást a fiziológiai és pszichológiai reakciók terén. A stresszkezelés során a coachingban zajló egészségfejlesztési fázisok között az egyik legfontosabb lépést a stressz-források és a megküzdési potenciálok feltérképezése, tudatosítása jelenti *(9. ábra)*.



9. ábra. Az egészségfejlesztés fázisai a coaching során (Nowack 2008)

Ebben jelenthet segítséget a *StressScan-teszt* (Greene–Nowack 1995), ami éppen azokat a jellemzőket hivatott azonosítani, amelyek megvédik az egyént a stressztől, illetve amelyek stressz-betegség kialakulásához vezethetnek. A teszt az alábbi 15 pszichoszociális kockázati faktor mentén ad képet az egyéni stresszállapotról: Általános stressz-szint / Egészségmagatartás (Testmozgás, Alvás-pihenés, Táplálkozás, Prevenció) / Szociális támogató hálózat / A típusú viselkedés / Kognitív szívósság / Megküzdési stílus (Pozitív értékelés, Negatív értékelés, Veszélyminimalizálás, Problémafókusz) / Pszichológiai jóllét *(10. ábra)*. A teszt ezen skálákon kívül torzítást és inkonzisztens válaszadást mérő skálát is tartalmaz. A standard norma 1111 fős mintán alapszik, melyben különböző munkakörnyezetben dolgozó, 20–68 év közötti átlagéletkorú személyek eredményei szerepelnek (Nowack 2000; 2008).



* Itt a magas érték egészségügyi rizikófaktort jelöl, a többi skálán ezt az alacsony értékek jelölik.

10. ábra. A StressScan-teszt profillapja (Nowack 2008)

Mint a legtöbb internetalapú, online teszt esetén (Nagybányai Nagy 2006), itt is egy háttérben működő számítógépes szakértői rendszer képes a tesztpontkiszámítástól azok értelmezéséig, szöveges és grafikus riportok elkészítéséig a legkülönfélébb alkalmazási és megoldási javaslatok generálásáig gyors és hatékony segítséget nyújtani a coach és a kliens számára. A teszt validitását számos keresztmetszeti és longitudinális kutatás vizsgálta, például az immunválasz, a kiégés, a depresszió, bizonyos testi betegségek,

a szorongás, a munkahelyi eredményesség és hiányzások gyakoriságának szempontjából (Beasley et al. 2003; Greene–Nowack 1995; Nowack 2000; Nowack–Pentkowski 1994; Sharpley–Yardley 1999).

A StressScan nemcsak az executive (vezetői) coaching, hanem a bussiness (vállalati, szervezeti) coaching, valamint a life (életvezetési) coaching területén is hasznos eszköznek bizonyulhat. Gyakori tapasztalat, hogy az egyéni munkahelyi stressz szétterjedhet a teljes vállalatban, szervezetben, illetve átszivároghat a magánéleti kapcsolatokra is – mindkét esetben gyengítve az egyén szociális támogató hátterét. De ugyanígy visszafelé ható utakat is láthatunk, amikor a magánéleti stresszhatások csapódnak le bizonyos munkahelyi helyzetekben, például munkatársak közötti konfliktusok formájában.

A cselekvés: az akcióterv mint az egészségfejlesztés megvalósítási szakasza

A változás folyamatmodelljében gondolkodva tulajdonképpen az előkészületi fázis részét képezi a coaching akcióterve, vagyis a cselekvési terv kidolgozása. Ennek a tervnek a kidolgozottsága a cselekvési fázisba, majd pedig a fenntartás fázisába való átmenet során válik kulcsfontosságúvá. Az akcióterv felépítését tekintve hat alapelemre bontható, melyek egy-egy fókuszpontot jelölnek ki: ezek a célnak, a kívánt eredménynek, a cselekvési lépéseknek, a határidőknek, a mérföldköveknek és az akadályoknak az azonosítására összpontosítnak.

I. *Cél:* Olyan világosan és egyértelműen megfogalmazott, reálisan nézve teljesíthető, megvalósítható célt kell rögzíteni, mely az egyén számára – a korábbi változási szakaszok eredményeképp – kellő vonzerővel bír. Akkor igazán hatékony egy cél – mind az elérése, mind az oda vezető út szempontjából –, ha autentikus az egyén számára. Ez azt jelenti, hogy a kliens a célt sajátjának kell tekintse, különben csak mások céljait próbálná megvalósítani. A kliens számára azok a célok lesznek a legmotiválóbbak, amelyeket egyfelől lelkesítőnek érez, de ezt némi félelemmel vegyes érzések is kísérik a kihívást jelentő cél miatt. A túl könnyűnek ítélt célok, illetve az elérhetetlennek vélt célok olyan kevéssé motiválóak, hogy azok megvalósításába bele sem kezd a személy.

A célok meghatározása érdekében a coach olyan típusú kérdéseket tesz fel a kliensnek, melyek révén a problémaszintről megtörténhet az elmozdulás a megoldáskeresés szintjére. Amennyiben túlzottan átfogó, nehezen megragadható célok fogalmazódnak meg a kliens részéről, akkor számítani kell arra is, hogy ezek magasabb szintű szorongással, sikertelenség esetén pedig komolyabb elkeseredéssel, kudarcélménnyel járhatnak a kliens oldaláról. Hasznos coachingtechnika ezen a terepen az ún. *SMART-módszer*, illetve a magyar nyelvhez jobban illeszkedő nevén *PRIMA-módszer*. Ezzel a coach és a kliens a kitűzendő cél öt fontos kritériumnak való megfelelését ellenőrizheti, vagyis a specifikusságát (Specific), a mérhetőségét (Measurable), az elérhetőségét

(Appropriate), releváns jellegét (Relevant) és az időhöz kötöttségét (Time-bound). Más szavakkal akkor „jó" egy cél, ha P – pontosan meghatározott, R – reális, I – időben behatárolt, M – mérhető, A – attraktív célokhoz kötődő (vagyis PRIMA). A jó cél további kritériuma, hogy lehetőség szerint pozitív megfogalmazású (még akkor is, ha valamilyen viselkedés elhagyására irányul, mint például a dohányzásról való leszokás). Ez két részről is fontos: egyrészt valamilyen vágyott állapotot fogalmaz meg, másrészt pedig ennek a kliens által kontrollálhatónak, befolyásolhatónak kell lennie. Ha ez a két kritérium nem teljesül egy időben, akkor vagy arról van szó, hogy a kliens teljesíthetetlen vágyálmokat kerget, vagy pedig nem képes, esetleg nem mer motiváló, inspiratív jövőképet felvázolni magának.

II. *Kívánt eredmény:* Meg kell határozni, hogy az elérendőnek tekintett cél révén az egyén konkrétan mit is fog elérni, pontosabban ez milyen észrevehető változásokkal fog járni – akár a maga számára, akár a környezete számára. A coaching során erre a célra alkalmazott egyszerű, de nagyon hasznos technikák egyike az ún. *„csodakérdés"* (Cauffman–Berg 2002): „Tegyük fel, hogy egyik éjszaka, miközben alszik, ez a kitűzött célja megvalósul. Felébred, de nem is tud róla, hogy megtörtént a csoda. Mi lesz az első dolog, amiből észreveszi, hogy valóra vált a célja? És mi lesz a következő dolog? És a környezete miből fogja észrevenni?" Ezzel a kérdéssorral a coach tulajdonképpen megfogalmaztatja, konkretizáltatja a klienssel az ideális jövőt és kizökkenti a jelenlegi, megszokott és sokszor megtapadt gondolkodási keretéből. Azzal, hogy új perspektívába helyezve képes szemlélni a célt az egyén, már reálisabbnak, elérhetőbbnek, megfoghatóbbnak érzi azt, és mindez pedig inspirálóan, motiválóan hathat rá.

III. *Cselevési lépések:* Ez a fókuszpont segít összesíteni minden olyan konkrét magatartásformát, cselekvési elemet, aminek megvalósítása közelebb viszi az egyént a kitűzött cél eléréséhez. Munkahelyi egészségfejlesztésben ideértendők a munkavégzéssel kapcsolatos változtatások, az új továbbképzési és tanulási lehetőségek, az egyéni magatartásformák megváltoztatása, a bevezetendő tevékenységekkel vagy éppen az elhagyandó viselkedésformákkal együtt.

IV. *Határidők:* A cselekvési terv minimálisan a terv megvalósításának kezdeti időpontját, annak várható befejezését, megvalósulási időpontját kell hogy rögzítse, de ezen belül még az akcióterv egyes részfázisaihoz is érdemes határidőket rendelni. Fontos, hogy ezek a dátumok kellően sürgetők, de ugyanakkor megvalósíthatóak és reálisak legyenek az egyén szempontjából.

V. *Mérföldkövek:* a cél elérésének folyamata során bizonyos részeredmények, megfigyelhető változások egyértelműen jelzik az egyén (illetve környezete) számára, hogy beindult a változás és történt előrehaladás ezen az úton. Ezek előzetes számbavétele egyfelől segít áttekinteni a kliens előtt álló időszakot és segít „vizualizálni", hogy mik azok a pontok az akcióterv megvalósítása során, amiket ha már most elértnek tekinthetne, sikerként értékelne. Másfelől ezen részcélok a cselekvési terv megvalósítása és a cselekvés fenntartás során a későbbiekben olyan megerősítő mérföldkövei lehetnek a megtett útnak, amelyek mint elért eredmények motiváló erőként segítik a kitartó továbbhaladást.

VI. *Akadályok:* A kliens előtt álló út során felmerülő gátló tényezők, akadályok számbavétele hasonló célt szolgál, mint a mérföldkövek áttekintése. Annyiban más és több, hogy módot teremt egy előzetes felkészülésre és megoldási opciók, stratégiák kifejlesztésére ösztönöz. Ilyen típusú gátló tényezőként leggyakrabban az idő, az erőforrások, illetve mások támogatásának hiánya merül fel. Amíg ezen reális akadályokkal szemben nem érzi felkészültnek magát a személy, addig valószínűleg a cselekvés és a fenntartás fázisaiban sem fog tudni eredményesen megbirkózni a nehézségekkel.

Változás – Motiváció

A coaching sikerességének egyik Achilles-pontját a motiváció jelenti. Számos coachingkudarc hátterében motivációs problémák, illetve motivációval kapcsolatos kérdések húzódnak meg. Gyakori megközelítés – különösen a laikusak oldaláról –, hogy a változás kudarcáért magát a személyt teszik felelőssé, mivel az nem rendelkezik (vagy rendelkezett) kellő akaraterővel, motivációval. A kép ennél azonban komplexebb. Sok esetben a viselkedésmódosítási módszer, folyamat nem megfelelő, vagy a személy helyzetéhez nem illeszkedő, és ebből fakadóan áll elő vagy marad fenn egyfajta motivációs hiányállapot. Miller és Rollnick (2002) a motivációval kapcsolatban arra hívja fel a figyelmet, hogy azt nem célszerű fekete-fehér módon kezelni, ami vagy van, vagy nincs. A motivációt olyan állapotnak kell tekinteni, ami lehet, hogy éppen nincs, lehet, hogy kialakulóban van, vagy éppen elmúlóban, tehát időről időre és helyzetről helyzetre fluktuálhat. A változáshoz szükséges motiváció érzelmi töltete mellett (pl. erős vágy a cél elérésére) *kognitív tényezők* is fontos szerepet kapnak. Az, hogy az adott személy mennyire *gondolja fontosnak* az elérendő célt, illetve mennyire *hisz* abban, hogy sikerülhet elérnie, két olyan tényező, melyek alapjaiban meghatározhatják a motiváció aktuális erősségét. Mivel ezek összeszorzódó komponensek, így világos, hogy bármelyik hiánya egész egyszerűen demotivációs állapotot idéz elő az egyénben (Grant–Cavanagh 2007).

A motiváció – pontosabban annak hiánya vagy gyengesége – a probléma felismerésétől a megoldás iránti elköteleződésig és a változás gyakorlati életben történő megvalósításáig – számos ponton elakaszthatja a coachingfolyamatot. A motiváció kapcsán megfogalmazódó kérdések egyike, hogy a kliens *készen áll-e a változásra*. A sikeres coaching fontos alappillére, hogy a kliens elfogadja a változtatás *lehetőség*ét. Ha a változás szükségességének érzése nem társul kellő motivációval és készenléttel, akkor bizonyosan kudarchoz vezet a coaching.

Motivációs szempontból, tapasztalati alapon, nagyjából három fő csoportba lehet a klienseket sorolni: a látogatók, a panaszosok és az együttműködők.

A. *Látogatók:* Azokat a személyeket nevezzük így, akik a coaching folyamatának legelső, kezdeti fázisán nem jutnak túl. Jellemzőjük, hogy nem mutatnak fel semmilyen személyes problémát, sem pedig elérendő célt. Alapvetően a Prochaska–DiClemente-féle modell töprengés előtti fázisában vannak és maradnak. Ez a típus a coachingban nem

jelenik meg gyakran. Az, hogy az egyén nem lát megoldandó problémát, természetesen nem feltétlenül jelenti azt, hogy nincsen probléma. Elképzelhető, hogy a környezetük nagyon is világosan érzékeli, sőt jelzi is ezt az egyénnek, ami például egy 360 fokos visszajelzés eredményeiben világosan tükröződhet. Ilyen esetben nincs valós motiváció a változásra, sőt inkább ellenállás tapasztalható. Az ilyen típusú kliens inkább csak valamiféle érdeklődés, esetleg valamilyen rosszul értelmezett kötelességtudat, vagy a környezetük kényszerítő nyomása miatt terelődik a coaching felé. A coach teendői – ha hosszútávon is ez jellemzi a klienst – meglehetősen korlátosak ebben az esetben, mindössze azt tudja a személy felé kommunikálni: *„Jó hogy itt volt, jöjjön máskor is…”*.

B. *Panaszosok:* Az ilyen kliensek – akik az előző csoporttól eltérőn jóval gyakrabban jelennek meg valamilyen coaching közelében – kifejezett problématudattal jellemezhetők, azonban minden megoldási törekvés nélkül. Nem pusztán arról van szó, hogy nem találtak (még) megoldást az aktuális helyzetükre, problémájukra, hiszen ez a coachingon részt vevők nagy többségénél így van, hanem arról, hogy nem is tesznek semmit ennek érdekében, illetve kifejezetten elhárítanak minden megoldás keresésére való együttműködést (ebben hasonlítanak a Látogató típusú kliensekre). Gyakran elhangzó mondat esetükben: „úgysincs mit tenni”, „ezen nem lehet változtatni”. Sok esetben tetten érhető az ilyen szavak mögött, hogy a kliens valójában azt várja, mások tegyenek valamit a helyzet megváltoztatása érdekében, amiben persze a megoldás iránti személyes felelősségvállalásának elutasítása is felismerhető.

C. *Együttműködők:* Az „ideális” coachingkliens motiváltsága nem szűkül be egyetlen területre, hanem jelen van a probléma tudatosításakor éppúgy, mint a megoldáskereséskor, illetve annak megvalósítási, gyakorlási szakaszában. Egyszóval kitart a coaching során.

Prochaska és munkatársai (2009) megfogalmazása szerint minden változás önerőből történik, a terápia pedig nem más, mint szakember által kísért önváltoztatás. És ez igaz a coachingra is. „A coach nem vállalhatja magára a személyes *fejlődés felelősségét*, ő ugyanis nem tud változni az ügyfele helyett. Az azonban tanácsadói felelősség, hogy ezt világosan értésére adja az ügyfélnek, és ne lépjen tovább, amíg legalább az együttműködési és fejlődési szándékot nem tapasztalja meg ügyfelénél” (Erős–Bents 2002). Ugyanúgy, ahogy az életben bekövetkező *bármilyen változás* – pl. betegség, életciklusok közötti váltás, munkahelyváltás – okozhat nehézséget az egyén számára, a coaching okozta változás, cselekvésmódosítás is jelenthet éppen ilyen diszkomfortot. Vagyis minden új bevezetendő viselkedés kellemetlen, szokatlan, idegen lehet – legalábbis a változás kezdeti szakaszában –, amitől persze kevéssé hat motiválóan az egyénre (Nowack 2008). A motiváció kapcsán természetesen a coach sem várhatja azt a klienstől, hogy a teljes coachingfolyamat alatt mindig ugyanolyan szintű motiváltság legyen rá jellemző. A coach szerepe abban van, hogy nyújtson átlendítő, átvezető alternatívát, ott és amikor a kliens motivációja visszaesik, megroppan. Ideális esetben a coach-nak előre kell látnia, illetve bizonyos észlelhető jelek alapján idejekorán közbe kell lépnie, hogy megelőzze a motivációs apály bekövetkezését és fenntartsa a fejlődés folytonosságát.

ÖSSZEFOGLALÁS

A coaching, mint egészségfejlesztési lehetőség, egyre több szervezet és egyre több munkavégző személy számára jelent olyan fejlesztési alternatívát, mely egyénre szabottan, a specifikus problémák megoldására fókuszálva és alapvetően gyakorlatorientált módon segíti a változási célok elérését. A coaching nemcsak a munkahelyi keretekre korlátozódik, a privát élet területein éppúgy jelenthet segítséget egy magasabb egészségminőségi szint elérésében. Mire eljut egy coachingfolyamat elindításáig valaki, általában számos kudarcba fulladt kísérlet van a háta mögött, mivel sokszor éppen a múltbeli problémák boncolgatásában elveszve nem tudta a kitűzött változást elérni, megvalósítani, beépíteni saját életébe. Természetesen a coaching sem valamiféle új hóbort vagy csodaszer szeretne lenni, hiszen számos akadályozó tényezővel kell szembenézni itt is, a motiváció hiányától kezdve a viselkedés fenntartásának nehézségéig. A coaching „mindössze" egy új megoldásközpontú szemléletet hozhat az egészségfejlesztési programok megvalósításában.

IRODALOMJEGYZÉK

Ádám, S. és mtsai. (2009): A munkahelyi elégedetlenség magas prevalenciája orvosnők körében: a munkahelyi és családi szerepek közötti konfliktus mint lehetséges rizikótényező. *Orvosi Hetilap,* 150(31). 1451–1456.

Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco, CA US.

Argyris, C. (1977): Double loop learning in organizations. *Harvard Business Review,* (Sept/Oct).

Beasley, M. et al. (2003): Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and individual differences,* 34(1). 77–95.

Bokodi M. – Való A. (2009): *Az új típusú közigazgatási teljesítményértékelés első három éve. Korszerű emberi erőforrás-gazdálkodás a közigazgatásban.* Complex Kiadó, Budapest.

Cauffman, L. – Berg, I. K. (2002): Solution Focused Corporate Coaching. *Lernende Organisation. Zeitschrift fur systemishes Management und Organisation.,* 5(Jan/Febr).

Cooper, C. L. – Davidson, M. (1987): Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments. In: R. Kalimo, M. et al. (eds): *Psychosocial factors at work and their relation to health.* World Health Organization (WHO), Geneva. 99–111.

D'Houtaud, A. – Field, M. G. (1984): The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health & Illness,* 6(1). 30–60.

Eck, C. E. (2005): A szerepcoaching mint szupervízió. In: Bagdy E. – Wiesner E. (eds): *Szupervízió: Egyén-csoport-szervezet. Supervisio Hungarica Füzetek, Tanulmányok a szupervízió köréből, IV.* Print-X-Budavár Kiadó, Budapest.

Erős I. – Bents R. (2002): Személyes vezetői tanácsadás (coaching), a korszerű vezetői támogatás. In: Kandikó, J. és mtsai. (eds): *A kft. vezető kézikönyve. Napi gyakorlat, működtetés, ügyvezetés, stratégiai irányítás.* RAABE Kiadó, Budapest.

Evans, B. et al. (2011): *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. SAGE Publications, London.

Ewles, L. – Simnett, I. (1999): *Egészségfejlesztés gyakorlati útmutató*. Medicina Kiadó, Budapest.

Fatzer, G. (2005): A tanulni képes szervezet. In: Bagdy E. – Wiesner E. (eds): *Szupervízió: Egyén-csoport-szervezet. Supervisio Hungarica Füzetek, Tanulmányok a szupervízió köréből, IV.* Print-X-Budavár Kiadó, Budapest.

Gallwey, W. T. (1974): *The inner game of tennis.* Random House, New York.

Gauser, K. (2001): *A coaching mint a vezetők mentális támogatásának új formája.* Szakdolgozat. Mentálhigiénikus másoddiplomás szakképzés. Debreceni Kossuth Lajos Tudományegyetem, Debrecen.

Glaser, E. M. (1958): Psychological consultation with executives: A clinical approach. *American Psychologist,* 13(8). 486.

Grant, A. (2001): *Towards a Psychology of Coaching: The Impact of Coaching on Metacognition, Mental Health and Goal Attainment.* School of Psychology, University of Sydney, Sydney, Australia.

Grant, A. – Cavanagh, M. (2007): Evidence-based coaching: Flourishing or languishing? *Australian Psychologist,* 42(4). 239–254.

Greene, R. L. – Nowack, K. M. (1995): Hassles, hardiness and absenteeism: Results of a 3-year longitudinal study. *Work & Stress,* 9(4). 448–462.

Greenhaus, J. H. – Beutell, N. J. (1985): Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management review,* 76–88.

Győrffy Z. – Ádám S. (2004): Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle,* 3. 107–127.

Horváth T. (2004): Helyzetkép a magyarországi coachingról. *Pszichoterápia,* XIII. (Aug).

Kaila, H. L. (2005): *Human Resource Management* (Vol. 2. Vol.). Kalpaz Publications, Delhi.

Kiss A. (2007): Mire jó a coaching az üzleti életben? In: Kandikó J. és mtsai. (szerk.): *A kft. vezető kézikönyve. Napi gyakorlat, működtetés, ügyvezetés, stratégiai irányítás.* RAABE Kiadó, Budapest.

Kopp M. et al. (2007): Chronic Stress and Social Changes. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 1113(1). 325–338.

Landsberg, M. (2010): *The Tao of Coaching: Boost Your Effectiveness at Work by Inspiring and Developing Those Around You*. Profile Books, London.

Levi, L. – Levi, I. (2000): *Guidance on work-related stress: Spice of life or kiss of death?* Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Marlatt, G. A. – Gordon, J. R. (1980): Determinants of relapse: implications for the maintenance of havior change. In: Davidson, P. O. – Davidson, S. M. (eds): *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. Brunner/Mazel, New York.

Marlatt, G. A. – Gordon, J. R. (1985): *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in The Treatment of Addictive Behaviors.*

Marston, W. M. (1928): *Emotions of normal people*. K. Paul, Trench, Trubner & Co. Ltd., New York.

Mérő L. (2007): Maga itt a tánctanár? (Tanácsadás). *Magyar Narancs,* XIX. (22).

Miller, W. R. – Rollnick, S. (2002): *Motivational interviewing: preparing people for change* (Vol. 2 ed). The Guilford Press, New York.

Murphy, L. R. (1996): Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*.

Nagybányai Nagy O. (2006): Online tesztelés. In: Rózsa S. és mtsai. (eds): *A pszichológiai mérés alapjai: Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás.* Bölcsész Konzorcium, Budapest.

Naidoo, J. – Wills, J. (1999): *Egészségmegőrzés. Gyakorlati alapok*. Medicina, Budapest.

Nowack, K. M. (2000): Occupational stress management: Effective or not? In: Schnall, K. B. P. et al. (ed.): *Occupational Medicine: State of the Art Reviews.* Hanley and Belfus, Inc., Philadelphia. Vol. 15. 231–233.

Nowack, K. M. (2008): Coaching for Stress: StressScan. In: Passmore, J. (ed.): *Psychometrics in coaching: using psychological and psychometric tools for development*. Kogan Page Ltd., London.

Nowack, K. M. – Pentkowski, A. M. (1994): Lifestyle habits, substance use and predictors of job burnout in professional working women. *Work & Stress,* 8(1). 19–35.

Oláh A. (1996): *A megküzdés személyiségtényezői: a pszichológiai immunrendszer és mérésének módszerei.* (Kézirat). ELTE.

Pálfi F. (2006): „Amikor már kihűlt a láng" – A kiégés vizsgálata ápolók körében. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME),* IV/10. 31–35.

Pencak, M. (1991): Workplace health promotion programs. An overview. *The Nursing clinics of North America,* 26(1). 233–240.

Prochaska, J. O. – DiClemente, C. C. (1984): *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy.* Dow Jones-Irwin, Homewood.

Prochaska, J. O. et al. (2009): *Valódi újrakezdés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá formálására.* Ursus Libris, Budapest.

Quick, J. C. (1999): Occupational health psychology: The convergence of health and clinical psychology with public health and preventive medicine in an organizational context. *Professional Psychology: Research and Practice,* 30(2). 123.

Rózsa S. és mtsai. (2006): Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. [10.1556/Mental.6.2005.4.2]. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 6(4). 275–294.

Schreyögg, A. (2005): A coaching potenciális funkciói. In: Bagdy E. – Wiesner, E. (eds): *Szupervízió: Egyén-csoport-szervezet. Supervisio Hungarica Füzetek, Tanulmányok a szupervízió köréből IV.* Print-X-Budavár Kiadó, Budapest.

Segal, L. (1995): Issues in the economic evaluation of health promotion in the workplace. *Centre for Health Program Evaluation, Research Report,* Health Economics Unit, Monash University, Melbourne, Australia. (Vol. 3).

Sharpley, C. F. – Yardley, P. (1999): The Relationship Between Cognitive Hardiness, Explanatory Style, and Depression-Happiness in Post-Retirement Men and Women. *Australian Psychologist,* 34(3). 198–203.

Shirom, A. (2003): The effects of work stress on health. *The Handbook of Work and Health Psychology,* 63–82.

Spence, G. B. et al. (2008): The integration of mindfulness training and health coaching: an exploratory study. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice,* 1(2). 145–163.

Staw, B. M. (1986): Organizational psychology and the pursuit of the happy/productive worker. *California Management Review,* 28(4). 40–53.

Stober, D. R. – Grant, A. M. (2006): *Evidence based coaching handbook: putting best practices to work for your clients*. John Wiley & Sons.

Van der Klink, J. et al. (2001): The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health,* 91(2). 270.

Vogelauer, W. (2002): *A coaching módszertani ABC-je: a sikeres tanácsadó gyakorlati kézikönyve*. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó, Budapest.

Whitmore, J. (2008): *Coaching a csúcsteljesítményért. A jobb teljesítményre való ösztönzés.* Z-Press Kiadó, Budapest.

Whitworth, L. et al. (2011): *Co-Active Coaching: Changing Business, Transforming Lives*. Nicholas Brealey Publishing, London.

Williams, P. – Davis, D. C. (2007): *Therapist as life coach: an introduction for counselors and other helping professionals*. W.W. Norton & Co., New York.

Zeus, P. – Skiffington, S. (2000): *The complete guide to coaching at work*. McGraw-Hill, Roseville, Australia.

Dúll Andrea[1]

KÖRNYEZET–PSZICHOLÓGIA–EGÉSZSÉG

„A BETEGSÉG A SZERVEZETÜNK ÉS A KÖRNYEZETÜNK KÖZÖTTI DISZHARMÓNIA KIFEJEZŐDÉSE"

Szent-Györgyi Albert szavai kifejezik, hogy a betegségek forrása az ember és környezete közötti össze nem illés. A mérgező anyagok, a nem megfelelő táplálkozás, a környezetszennyezés testi betegítő hatásairól a mindennapokban is sok szó esik, és számos közérthető szakkönyv (pl. Tompa 1996) is megjelent a témában. A környezet pszichológiai károsító hatásaira Selye János (1976) stresszelmélete óta gyakran hivatkozunk: jól tudjuk, hogy a túl intenzív zajhatás vagy az egyéb stresszkeltő környezeti hatások – ha nincs mód megküzdeni velük – megbetegítenek. A testi-lelki egészséggel kapcsolatban is gyakran említésre kerülnek az egészséges környezeti hatások a táplálkozás vagy a pihenés-gyógyulás kapcsán. Akár betegségről, akár egészségről van szó, a pszichológiai megközelítésekben a „környezet" gyakran valamiféle egységes, homogén hatásrendszerként van jelen, aminek pusztán a hatásait kell megértenünk. Így a környezet lélektani szerepét az egészség megőrzésében vagy visszanyerésében nem szokás részletesen elemezni, vagy ha igen, akkor a gondolatok gyakran nem mennek túl a köznapi tudás szintjén: mindenki „tudja", hogy egy betegnek nyugodt, pihentető környezetre van szüksége, vagy hogy a természetben könnyebb kipihenni magunkat.

Ez a nézet az utóbbi évtizedekben jelentősen árnyalódott: „Húsz éve a környezeti egészség tanulmányozása szinte kizárólag a kémiai mérgező anyagok és a rák, illetve egyéb betegségek kapcsolatára összpontosított. A környezeti egészség fogalma ma sokkal szélesebb, és a kutatók vizsgálják a fizikai és a társas környezet humán egészségre gyakorolt hatását" (Srinivasen et al. 2003, 1446). Ennek fényében a környezeti egészség akkor érthető meg, ha az emberi egészséget, betegségeket és sérüléseket együtt vizsgáljuk az őket okozó vagy velük összefüggő környezeti faktorokkal, ami nemcsak a különböző

[1] A szerző 2009–2012 között az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíjában részesül.

kémiai, fizikai és biológiai tényezők közvetlen károsító hatásának tanulmányozását jelenti, hanem a szélesebb értelemben vett fizikai és társas környezet (pl. lakásfeltételek, városfejlődés, közlekedés stb.) egészségre gyakorolt hatásainak megértését is (Healthy people 2010).

Felmerül a kérdés: hogyan értelmezhető pszichológiailag a környezet és az egészség-betegség viszonya?

Harold M. Proshansky, a City University of New York szociálpszichológus kutatója az 1960-as évek elején egy kutatási felkérést kapott egy New York-i kórháztól. A feladat a pszichiátriai osztály átalakítása volt úgy, hogy „terápiás atmoszférája" legyen. Átgondolva a kutatási problémát, Proshansky rájött, hogy a feladat számos kérdést vet fel a pszichológiának a környezethez való viszonyával kapcsolatban, és – egyáltalán nem mellesleg – ezáltal magának a pszichológiának a természetével kapcsolatban is. Világossá vált számára, hogy a felkérésben két előfeltevés rejlik: 1. a pszichológusok és más társadalomtudósok értik a fizikai környezet szerepét az összetett társas interakciók mediálásában, sőt; 2. a terápiás atmoszféra fogalmán keresztül képesek operacionalizálni a hatásokat és a gyakorlatba is át tudják ültetni ezeket (Proshansky et al. 1970a). Proshansky szembesült azzal, hogy ezek az előfeltevések nem igazak: a pszichológusok valójában nem tudják – nem tudhatják –, hogy ténylegesen milyen a terápiásan hatékony, gyógyító tér – ugyanis abban az időben magának a környezetnek sem volt adekvát pszichológiai definíciója vagy pláne elmélete. Pedig ezek jelentik a kiinduló alapot ahhoz, hogy a környezeten keresztül a betegek gyógyulását segítő hatást lehessen gyakorolni a viselkedésre és a társas interakciókra: „Annak az elvnek a megvalósításához például, hogy a pszichiátriai páciens környezetének »melegnek«, »barátságosnak« és »megnyugtatónak« kell lennie, értenünk kellene, hogy a fizikai környezet milyen viszonylatban van a többi – pszichológiai és társas – emberi környezettel" (Proshansky et al. 1970a, 27). Proshanky később részletesebben is bemutatásra kerülő kórházvizsgálatai hívták életre az 1960–70-es években a környezetpszichológiát, amely az ember-környezet kölcsönhatás szisztematikus, pszichológiai eszközökkel történő feltárását és alkalmazását tűzte ki célul (lásd Dúll 2009).

A környezet és a betegség-egészség kapcsolatának tudományos lélektani vizsgálatát számos társadalomtudományi kutatás előzte meg, amelyekkel kapcsolatban egyetértünk Halpern (1995) találó összegző jellemzésével: ezeket a vizsgálatokat komoly erőfeszítések, ám kis előrehaladás jellemezte. Számos izgalmas kérdést feszegető, de rengeteg módszertani problémával küszködő kutatás folyt, amelyek újszerű, viszont nehezen értelmezhető eredményeket hoztak. Viszonylag nagyszámú, elsősorban betegségcentrikus, kevéssé specifikus modell született ezekből. Részben ezeknek a korai kutatásoknak a bizonytalanságából eredeztethető, hogy az elméleti és alkalmazott pszichológiai területek szemléletébe és módszertani repertoárjába lassan épül

be szerves értelmezési és vizsgálódási keretként a környezet-ember kapcsolat (Dúll 2009), annak ellenére, hogy az egészség és betegség biopszichoszociális értékelési rendszerében a biológiai és a személyes tényezők mellett önálló szempontrendszerként a környezeti tényezőket is fel kell tárni (lásd Urbán 2011). Az alábbiakban a korai és mai társadalomtudományi vizsgálatokat a környezetpszichológiai kutatások eredményeivel összefűzve tekintjük át.

Betegségföldrajz: a problémák téri leképeződése

A környezet és a betegség-egészség kapcsolatának tudományos kutatása a mentális megbetegedések földrajzi megoszlásának vizsgálatával vette kezdetét. A pszichiátriai geográfia úttörői, Faris és Dunham (1939, idézi Halpern 1995) arra figyeltek fel, hogy Chicagóban a szkizofréniával kezelt páciensek lakásai nem szétszórtan helyezkedtek el, hanem ezek az emberek jellemzően nagyobb arányban laktak a hátrányosabb társadalmi státuszú belsővárosi területeken, és alig néhányan éltek a külvárosban. Ennek a megfigyelésnek a nyomán igyekeztek feltérképezni *(szó szerint!)* az elmebetegségek földrajzi megoszlását. A szkizofrénia nagyobb belvárosi sűrűségére Faris és Dunham eredeti magyarázata az volt, hogy a városközpontokban a lakások izoláltsága és a túlterhelt városi élet (vö. Milgram 1970/1980) vezetett a lakók társas és mentális dezorganizációjához. Megközelítésükben tehát a környezeti hatás egyértelműen okként szerepelt. Az egyirányú környezeti determinációt már az 1970–80-as évek orvosi földrajzi kutatásai sem támasztottak alá, a környezetpszichológiai vizsgálatok (pl. Franck 1984) pedig egyértelműen cáfolták. A hetvenes években a pszichiátriai megbetegedések mintázott téri lokalizációjára jobb magyarázatnak tűnt a társas sodródás elképzelés (Halpern 1995): eszerint a komoly mentális problémákkal küzdő egyének az egészséges embereknél nehezebben képesek társas kapcsolatok fenntartására és a hagyományosan elvárt munkavégzésre, így egyre inkább a város olcsóbb és névtelenebb részeire sodródnak, mivel itt tudnak lakáshoz jutni. A differenciáltabb, kevésbé mechanikusan környezetelvű vizsgálatok kimutatták, hogy valóban vannak összefüggések a téri elhelyezkedés és a mentális-szociális problémák között (Taylor 1987; Smyth 2008): a pszichológiai-pszichiátriai betegségek, a szegénység, a bűnözés vagy az öngyilkosság térben meglehetősen jól lokalizálható. Azonban a problémák téri eloszlása és ennek változása csak összetett, téri-földrajzi és pszichológiai-szociológiai ismereteket szintetizáló tudásra építve magyarázható, és a jelenség bonyolultsága miatt nagyon nehéz kauzális, etiológiai következtetéseket levonni: „a betegség a hordozó, a környezet és a jelentős etiológiai tényezők rendkívül speciális kombinációja eredményeképpen kezdődik" (Duhl 1963, 9). Így a modern orvosi geográfusok manapság gyakrabban foglalkoznak például az egészségügyi szolgáltatások és ezek igénybevételének téri megoszlásával (Smyth 2005).

„ÚJ VÁROSRÉSZ"-KUTATÁSOK ÉS KÖRNYEZETPSZICHOLÓGIA: A LAKÓHELYVÁLTÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI AZ EGÉSZSÉGGEL-BETEGSÉGGEL

A 1930-as évek végén Taylor (1938, idézi Halpern 1995) kimutatta az ún. külvárosi neurózis jelenségét. Azt találta, hogy az új lakónegyedekbe költözött lakók – elsősorban a nők – fokozott mértékben neurotikusok, amit nem a populáció sajátosságai, hanem sokkal inkább a hely tulajdonságai magyaráznak, például a környék ismeretlensége, a munkahely távolságának növekedése, a családi kapcsolatok lazulása, az egyéb szociális kapcsolatrendszerek nehéz fenntarthatósága és az általános izoláció. A Taylor-tanulmány ötven évig tartó vitát nyitott meg (Halpern 1995), amit részben a jóval későbbi, alább bemutatásra kerülő, költözéssel kapcsolatos környezetpszichológiai vizsgálatok (pl. Stokols et al. 1983) oldottak fel, és a kutatást a környezettől az ember felé mutató kauzalitás irányából az ember-környezet kölcsönkapcsolat, tranzakció (Altman–Rogoff 1987; vö. Dúll 2009) vizsgálata felé terelték.

Az ötvenes években a költözés-lakóhelyváltoztatás problémát továbbra is több társadalomkutatás is vizsgálta (áttekinti Halpern 1995) azzal a viszonylag egységes eredménnyel, hogy az új lakónegyedekbe költözők jelentős része küzd megromlott mentális egészséggel és elégedetlen a jelenlegi lakhelyével. Ezt az enyhe, ám hosszú távú kedvezőtlen hatást mindig elsősorban nők esetében lehetett kimutatni. A magyarázatkeresés során a kutatók számára egyre világosabbá vált, hogy az összefüggés nehezen értelmezhető kauzálisan, többek között a számos, egyre jobban körvonalazódó módszertani nehézség miatt (pl. a populációválasztás problémái: ki és miért keres új lakást; mennyire és pontosan miben térnek el az összehasonlított területek stb.). Számos kutatás mutatta ki ugyanakkor, hogy az új lakásba, új városrészekbe való költözés a lakóknál együtt járt az önbecsülés fokozódásával és a magánélet jobb szabályozásának élményével (Gans 1957/1979). Az árnyalódó eredmények egyrészt felhívták a figyelmet arra, hogy egy összetett környezeti esemény, pl. az új lakásba költözés, sokféle pszichológiai változással jár együtt, másrészt körvonalazódni kezdett az ember-környezet kapcsolat árnyaltabb felfogása: „Minden környezetnek megvannak zavart kiváltó, de az egyént támogató jellegzetességei is, s feltehetőleg nem létezik egyetlen olyan környezet sem, amely csakis és kizárólag zavart kiváltó vagy maradéktalanul támogató jellegű lenne. Akadnak azonban olyan környezetek, amelyekben a zavart kiváltó tényezők túltengenek a támogató tényezők rovására. […] Így tudjuk például, hogy a koncentrációs táborok, börtönök, sőt még a hagyományos elmegyógyintézetek és szociális otthonok is ilyen természetűek. [Ám sokszor] az, ami a külső szemlélő számára deviáns magatartásformának tűnik, esetleg a környezettel való megbirkózás ésszerű módja " (Gans 1957/1979, 453, 456, 458 – beszúrások: D. A.).

A társadalomkutatások eredményei hatására a környezetpszichológia korai időszakában a terület képviselői között is viszonylagos egyetértés mutatkozott abban a tekintetben, hogy a költözés meglehetősen traumatizáló hatású (lásd Horvát és mtsai. 2006;

Dúll 2009), mivel a lakóhelyváltozás megzavarja a pszichológiai integritást, ami fiziológiai tünetekhez (pl. koronáriamegbetegedésekhez, Stokols et al. 1983) vezet. Elsősorban a nagy lakóhelyi mobilitással jellemezhető társadalmak (pl. Egyesült Államok) lakosainak vizsgálata nyomán kérdőjeleződött meg, hogy a magas lakóhelyi mobilitás törvényszerűen ártalmas volna. Stokols és munkatársai (Stokols–Shumaker 1981; Stokols et al. 1983) a mobilitás és az egészség összefüggésének kontextuális elemzése során arra jutottak, hogy a lakóhelyváltás nem feltétlenül vezet negatív pszichológiai-egészségügyi következményekhez. Sőt, úgy tűnt, hogy Gans fentebb idézett megállapítása igaz lehet: a költözködés sok esetben a felgyorsult életritmushoz való hatékony alkalmazkodásként értelmezhető, és a lakóhelyi mobilitás vs. stabilitás kumulatív hatását a jóllétre és az egészségi állapotra elsősorban a személy-környezet illeszkedés (lásd később) aktuális mértéke befolyásolja. A költözés hatásai erősen összefüggenek a személynek az új lakótér minőségéről, illetve annak elvárt viselkedési kongruenciájáról alkotott képzeteivel, vágyaival (például, hogy az új terek mennyire támogatják majd személyes céljait, tevékenységeit), illetve egyéb pszichológiai tényezők (például a költözés előreláthatósága, kívánatos vagy nemkívánatos volta stb.) is jelentős szerepet játszanak a költözés egészségre káros hatásainak tompításában. A vizsgálatok szerint azok a lakóhely-változtatások hatottak károsan az egyén közérzetére, amelyek alacsony kongruenciát mutattak a fontos életterek és a viselkedés között: tehát a költözés hatásai nemcsak az azt megelőző helyzet jellemzőitől (pl. lakás tulajdonságai, szomszédok) függnek, hanem olyan tényezőktől is, mint például a személy kötődése előző lakhelyeihez, hajlama új környezetek felderítésére, és a hit azzal kapcsolatban, hogy a kívánatos jövőbeli környezeti lehetőségek elérhetőek-e vagy nem.

A környezetpszichológiai költözéstanulmányok több tanulságot is hordoztak: 1. a személy-környezet illeszkedés megteremtésének folyamatában az ember erős pszichológiai kötelékeket, helykötődést (vö. Dúll 2002) fejleszt ki a tartósan használt helyekhez (ennek legfontosabb példája az otthon, Dúll 1995), és ugyanez a mechanizmus az alapja annak a viszonyulásnak, ami azokra a környezetekre (kórház, kollégium, munkahely stb.) vonatkozóan fejlődik ki a használóban, amelyekben viszonylag hosszabb ideig, de ideiglenes jelleggel tartózkodik, akár általa nem választott módon (pl. börtön). 2. Nem kielégítő illeszkedés esetén a lakóhely-változtatás megküzdési lehetőséget jelent az össze nem illéssel. Mindez plauzibilis értelmezési keretnek bizonyult olyan helyváltások, illetve -veszteségek esetében is, mint a migráció vagy a hajléktalanság (vö. Dúll 2009).

Lakókörnyezet, egészség, betegség

Számos környezetpszichológiai kutatás támasztja alá, hogy az ember számára kitüntetett jelentőségű az otthoni környezet (lásd Dúll 2009) általában is, és témánk, az egészségbetegség szempontjából is. Akár az antropológiai lakásszükségletből (Malinowski), akár a filozófiai „valahol lakozás" (Heidegger) igényéből, akár az evolúciós territorialitás szükségletből indulunk ki, mindenképp tény, hogy az emberekben a térhasználat során

lélektani tulajdonlás és kötődés fejlődik ki a környezetek iránt, amely sok tekintetben rokonságot mutat a humán kötődéssel (Altman–Low, 1992; lásd Dúll 2009). Ennek legfontosabb terepe az otthon. Az otthon környezetpszichológiai értelemben többet jelent, mint a „lakás" vagy a „ház", ugyanis lényege az érzelmileg megalapozott, jelentésteli kapcsolat az ember és lakhelye között (Lawrence 1987), bejósolható, biztonságos hely, ahol a személy kontrollt érez környezete felett, és helyesen orientálódik térben-időben. A témát máshol részletesen kifejtettük (Dúll 2009), itt csak néhány fontosabb egészség-betegség vonatkozást emelünk ki.

Az otthoni környezet közvetlen és közvetett lélektani kapcsolatban van az egészséggel és a betegségekkel. Az otthon mint fizikai, épített tér direkt környezeti hatásokat is gyakorolhat – ezt elsősorban az olyan megbetegedésekben érhetjük tetten, mint pl. az ún. Beteg Épület Szindróma (Sick Building Syndrome, SBS), amikor neurotoxikus megbetegedések és egyéb tünetek (szemirritáció, köhögés, orrfolyás és -vérzés, láz, légzési nehézség, fejfájás, száraz, viszkető bőr, kiütések, letargia) jöhetnek létre (Finnegan et al. 1984). Ez a hatás természetesen nem otthonspecifikus, más épített környezetekben (pl. munkahely) is kialakulhat (Bauer et al. 1992; Ryan–Morrow 1992). Praktikus okokból a munkahelyi SBS-t vizsgálták leginkább. Okaként eleinte az épületekben használt anyagokat (pl. ragasztók), berendezéseket (pl. légkondicionáló), ambiens környezeti tényezőket (lásd alább – por, fény, hang, vibráció, hőmérsékleti jellemzők) azonosították. Ám hamar kiderült, hogy többnyire olyan mozzanatok is állnak a háttérben, mint az ergonómiailag nem megfelelő kialakítás, a zsúfoltság, elégedetlenség a munkával, feszültség, nem megfelelő munkahelyi légkör, és nem mellesleg bizonyos jellemzők (nem, atópiás hajlam, munkahelyi stresszre való fogékonyság) hajlamosító tényezőknek tekinthetők (Apter et al. 1994). Világossá vált tehát, hogy ebben az esetben is ember és környezet kölcsönhatásáról van szó. Az SBS-t ma már egyértelműen stresszbetegségként tartjuk számon (Ooi–Goh 1997).

A környezetpszichológia a még inkább közvetett, lélektani egészség-környezet összefüggéseket is keresi, és alapvető állásfoglalása szerint mindenféle viselkedés, így az egészség- és betegségmagatartás is, „a szélesebb környezeti hatásokkal és kényszerekkel való kölcsönkapcsolatokon belül" érthető meg (Winett 1985, 148). Ennek a kölcsönkapcsolatnak, tranzakciónak a folyamatában kezd kialakulni gyermekkorban az emberi környezeti kompetencia – az emberek képessége arra, hogy hatékonyan és előrevivő módon bánjanak közvetlen környezetükkel (Pedersen 1999). A környezeti kompetencia alapja, hogy az emberek pozíciója a környezetekben nem véletlenszerű (Proshansky et al. 1970a), céljaik, állapotaik, tulajdonságaik és a környezet jellemzőit kölcsönhatásukban, tudatos és nem tudatos módon figyelembe véve pozicionálják magukat a térben. Az emberi környezeti kompetencia összetevői (Steele 1980; Pedersen 1999): 1. perceptuális komponens: a környezet lényeges jellemzőinek azonosítása, kiemelése, fontossági sorrendbe rendezése; 2. kognitív komponens: az észlelés során kiemelt tulajdonságok értelmezése, az így jelentéstelivé vált jellemzők tárolása, szervezése és visszaidézése, azaz a környezeti tudás (pl. kognitív térkép), és a saját környezeti lét tudatossága; 3 affektív

komponens: a környezet jellemzőinek pozitív-negatív érzelmi és motivációs értékelése (pl. kíváncsiság, az „elveszve lenni" élménye, megérkezésélmény), ezek viselkedéses kifejeződése (pl. megközelítés-elkerülés, praktikus készségek), és az összetevők között közvetítő személyes diszpozíciók (személyiségjellemzők, elvárások, kognitív stílus, lelkiismeretesség stb.). Az otthon legfontosabb pszichológiai funkciója, hogy a lakó gyermekkorától kezdve megfelelő kontrollt él meg az otthoni környezeti feltételek fölött – az otthoni lakótér optimális esetben támogató, szupportív környezet (Stokols 1992), amelynek keretei között kialakul és az egész élet során fejlődik a környezeti kompetencia (Dúll 2007a), a magánszféra (privacy) szabályozással szoros összefüggésben.

A magánszféra-szabályozás szerepe és az egészség-betegség

Altman (1975) magánszféraszabályozás-elméletének lényege, hogy az emberek személyes terük (vö. proxemika, Hall 1966/1975) kontrollálása és a territoriális viselkedés (vö. Taylor 1988) szabályozása eredőjeként folyamatosan fenntartják a magánszférát (privacy).

A személyes tér a személy teste és énje körüli pszichológiai (azaz nem valós tér jellegű) bufferzóna, amelybe mások behatolása – a szenzoros információ ellenőrzése, az én védelme, valamint a kommunikáció és az intimitás kontrollálása céljából – szigorúan szabályozott. A territorialitás mások viselkedésének kontrollálása és/vagy befolyásolása egy adott terület és az azon levő tereptárgyak fölött gyakorolt ellenőrzés útján. A személyes térközszabályozás lényege annak a – partnerrel közös – meghatározása az érintkezés során, hogy milyen közel folyik az interakció, a territoriális viselkedés pedig annak kontrollálása, hogy kik lépnek interakcióba, és kik maradnak benne (pl. mikor és hogyan jöhet be a szülő a serdülő szobájába vagy a beteg a kezelőbe).

A magánszféra – azaz az énhez/csoporthoz való hozzáférés szelektív kontrollja (Altman 1975) – tehát a személyes tér és a territoriális viselkedés összefonódó szabályozása. Ez a mikrointerperszonális integráció (Altman 1975) folyamatában zajlik és a másokkal való interakció mennyiségének és minőségének folyamatos és bonyolult pszichológiai vezérlését jelenti: a folyamat során a személy ellenőrzése alatt tartja, hogy kivel, milyen formában és mértékben, mennyi ideig lép kapcsolatba, és hogyan lép ki abból. A magánszféra tehát egyaránt magában foglalja az interakciók keresését és a társas érintkezés kerülését is. Az emberek összetett verbális, para- és nonverbális, illetve téri mechanizmusokat alkalmaznak annak érdekében, hogy az elért interakciószintet megfeleltessék a vágyott érintkezési szintnek. Ha a kívánt mennyiségű és minőségű társas interakció létrehozása és fenntartása rövid, illetve hosszú távon sikeres, az pozitív érzelmi állapottal, kontrollélménnyel, autonómiaérzéssel jár – összességében mind a sarkalatos egyéni pszichológiai jellemzők (identitás, énfogalom, önbecsülés stb.), mind a társas kompetencia (szociális kohézió, valahova tartozás érzése, rend stb.) tekintetében. Ha azonban a magánszféra szabályozása sikertelen, mert a nemkívánatos érintkezések elkerülése nem sikerül, mind egyéni, mind társas szinten deficit áll be, ami

– gyakran a zsúfoltságélmény közvetítésével – kudarcélményhez, agresszióhoz, diszkomfortérzéshez, stresszhez vezet. Így a magánszféra-szabályozás egyéni és társas funkciói központi jelentőségűek a pszichológiai jóllét szempontjából. Ez a folyamat maga univerzális jellegű, vagyis a magánszféra kontrollálásának igénye minden embernél megjelenik, de a tényleges szabályozási folyamatok hatalmas kulturális különbségeket mutatnak (Altman–Chemers 1980; Harris et al. 1995).

Az emberi territóriumok lélektani fontossága eltérő (Altman 1975). Az elsődleges territórium – ilyen az otthon (lásd Dúll 2009) pszichológiailag kitüntetett, központi szerepű az egész életben és az egészségben is – ahogy fent említettük, jó esetben a biztonság és a kontroll elsődleges helyszíne. Az elsődleges territórium egy személyhez vagy egy viszonylag szűk csoporthoz (pl. család) tartozik –, ha ez nincs így, fellép a zsúfoltságélmény, ami otthoni környezetben különösen fontos diszkomfort-, stressz- és betegségtényező (Lepore et al. 1992). Az otthonnak mint lélektanilag kitüntetett elsődleges territóriumnak általános jelentősége van, számos környezetpszichológiai kutatás folyt és folyik azonban a gyerekek (Evans et al. 2002), a serdülők (Cairney 2005), az öregek (Lawton 1985), betegek (Wright–Kloos 2003), fogyatékkal élők (Abend–Chen, 1985), illetve egyéb speciális csoportok otthonaival kapcsolatban. Egyrészt ezeknek az embereknek az esetében speciális szükségleteket is ki kell elégítenie az otthonnak, mind általában, mind a magánszféra-szabályozás tekintetében (pl. otthonápolás – Marsden 1999; İmamoğlu 2007), ami nem pusztán tervezési vagy környezetkialakítási kérdés, hanem – mint láttuk – jóllétet meghatározó, érzékeny környezetpszichológiai problémakör. Másrészt az otthon kialakítása gyakran tükrözi azt a speciális családi rendszert (Arie–Schwartz 1999) és/vagy problémát, ami az ott lakókat jellemzi. Saját vizsgálataink (Túry és mtsai. 2006) például igazolták ezt evészavarral élő családtagot is magában foglaló családok otthonaira vonatkozóan.

A másodlagos territóriumok lélektanilag nem annyira központiak, mint az elsődlegesek, mivel a használók kevesebb kontrollt gyakorolhatnak felettük. Másodlagos territórium a munkahely, a törzshely a könyvtárban vagy a ház kapuja előtti utcarész. De ilyen egy kórterem is, vagy a kedvenc hely a kórház kertjében. Sommer (1970) klasszikus kutatásai szerint az emberekben már 20–25 perces helyhasználat nyomán kifejlődik a helytulajdonlás érzése (Pastalan 1970). Ez így van minden téri helyzetben. A másodlagos territóriumok részben nyilvánosak, de egyúttal részben privátak is – ebből számos rossz érzés, konfliktus, frusztráció, stressz származik –, ami gyakran előfordul a hétköznapi életben (kié a parkoló vagy a folyosó? ki ül a legjobb helyre a társalgóban?), de az egészségügyi létesítményekben is, a magánszféra sikertelen szabályozásának mechanizmusán keresztül számos úton csökkentve az ott folyó gyógyító munka hatékonyságát.

A nyilvános territóriumok (pl. tömegközlekedési eszközök, boltok, közterek) ideiglenes céllal, rövid időre mindenki számára hozzáférhetők. Altman eredeti elmélete szerint – mivel sem kontroll-, sem tulajdonlásérzés nem kapcsolódik hozzájuk – ezek a helyek pszichológiai jelentésüket tekintve nem centrálisak. De – amint arra fentebb

utaltam – ez mindössze 20–25 percig van így, aztán (különösen, ha a használat rendszeres) kialakul a helytulajdonlás-érzés, az addig nyilvános territórium másodlagos territóriummá lép elő, és már elő is állhatnak a másodlagos territóriumokkal kapcsolatos megterhelő helyzetek. Ez a városi élet egyik leginkább megterhelő jellemzője: a sok ember és a sokféle, nem mindig egyértelmű térhasználati szabály miatt egyáltalán nem egyszerű a magánszféra szabályozása.

A magánszféra szabályozásának kudarca: a zsúfoltság

A magánszféra ellenőrzésének folyamata kiemelkedő jelentőségű a pszichológiai és a testi egészség-betegség tekintetében. Szabályozásának kudarca, vagyis ha a mikro-interperszonális integráció zavart szenved, hosszú távon súlyos problémákhoz vezet. Ennek egyik etológiai-pszichológiai vetülete a zsúfoltság (vö. Calhoun 1962), amely nem egyszerűen az adott téren tartózkodó emberek számának és a tér nagyságának az aránya, hanem szubjektív élmény: az objektív sűrűségből (denzitás) eredő negatív érzésekkel jellemezhető pszichológiai állapot (Stokols 1972). A zsúfoltság nagyon gyakori probléma az ember életében, különösen a városokban, és általában véve az intézményi környezethasználatban (pl. az egészségügyi intézményekben), ahol az egységes szabályokba, a homogén dizájnba és a kontrollált személyes érintkezésekbe gyakran nem fér bele a legelemibb magánszféra-szabályozási igénykielégítés sem. Figyelembe véve a zsúfoltság pszichológiai természetét, a ténylegesen zsúfolt, nagyforgalmú orvosi rendelők, váróhelyiségek vagy kórtermek mellett az is gond lehet, ha a betegek létszám szerint nincsenek ugyan sokan, de nem sikerül megfelelő módon szabályozniuk a személyes terüket vagy territóriumaikat. Ha számos ismeretlen embernek kell egymáshoz alkalmazkodnia viszonylag egységes szabályrendszer mentén (Moore 2005), akkor ez a helyzet általában nem teszi lehetővé az optimális magánszféra-szabályozást. Ekkor is előáll a pszichológiai zsúfoltságélmény, annak összes jól ismert fiziológiai és pszichológiai következményével együtt (D'Atri 1975). Az intézményi létben megjelenő zsúfoltságra adott fiziológiai stresszreakció már 18–40 hónapos gyerekeknél is mérhető: bölcsődékben és óvodákban 15 fő fölötti csoportnagyság esetén vagy a gyerekek számára hozzáférhető terület öt négyzetméter alá csökkenésével – vagyis a sűrűség bármelyik tényezőjének a zsúfoltság irányába mutató változása esetén – egyaránt nőtt a nyál kortizolszintje alapján regisztrált stresszreakció (Legendre 2003).

Baum és munkatársai (Baum–Valins 1977; Baum et al. 1978; Baum et al. 1981) klasszikus, egyetemi kollégiumokban folytatott vizsgálataikban kimutatták a krónikus zsúfoltság aktuális és utóhatásait. Egy zsúfolt és egy kevésbé zsúfolt kollégium lakóinak longitudinális vizsgálatakor például kiderült, hogy míg félévkezdéskor mindkét diákszálló lakói szívesen vettek részt csoportjátékokban és versenyeztek egymással, de ugyanakkor megfelelő együttműködés is mutatkozott, a félév végére a zsúfolt kollégium lakóinak viselkedésére a visszahúzódás és a kívülálló viselkedésmintázat lett

jellemző, és a diákok arról számoltak be, hogy nem érzik szabályozhatónak a kollégiumi társas kapcsolatokat. Érdekes, hogy a helyzetben megmutatkozott az ingerszűrés mint vonás hatása (Baum et al. 1982). Az emberek eltérnek a környezeti ingerekre való fogékonyságuk tekintetében. Ezt a környezeti érzékenységet nevezi Mehrabian (1977) ingerszűrő képességnek. Az ingerszűrés az egyén vonásarousabilitásán (egyéni arousalszint és szabályozása) alapul: ez jórészt meghatározható a személynek a környezeti ingerek összetettségére, változékonyságára és újdonságára adott arousalválaszainak erősségével. A magas ingerszűrő képességű egyének – szemben az alacsony szűrőkkel – képesek hatékonyan redukálni a környezet komplexitását, tehát arousalválaszaik kisebbek. Így ugyanarra a környezeti helyzetre a magas és az alacsony ingerszűrők nagyon eltérő arousalválaszt adnak. Baum és munkacsoportja vizsgálatában a magasabb ingerszűrők, vagyis az erős környezeti hatásokkal szemben toleráns személyek – amellett, hogy kevésbé zsúfoltnak észlelték a kollégiumot – nem mutattak kontrollvesztést és tanult tehetetlenséget, amik a zsúfoltsági helyzetek természetes velejárói (Evans–Stecker 2004).

A zsúfoltság nemcsak intézményi közegben lehet probléma. Számos vizsgálat (pl. Evans et al. 2001) igazolta, hogy a krónikus otthoni zsúfoltságélmény mind városi, mind vidéki környezetben szignifikáns együttjárást mutat a gyerekek pszichológiai egészségének romlásával. Érdekes, hogy az összefüggés markánsabb volt alacsony jövedelmű városi családok fiúgyermekei esetében. Azonban a zsúfolt családokban élő gyerekekre általában volt jellemző, hogy teljesítmény- és problémamegoldási szituációkban rosszabbul működtek, ami az iskolai életben is nyilván hátrányt jelent. Ennek a mechanizmusnak a hátterében a fentebb már többször említett magánszféra-szabályozási lehetetlenség áll, ami a tartósan ilyen körülmények között élők esetében gyakran vezet tanult tehetetlenséghez. A kutatók a krónikus otthoni zsúfoltságot a patológiás magánszféra-szabályozáshoz hozzájáruló egyéb tényezőkkel (pl. a bántalmazó személyiségjellemzőivel) együtt gyakran azonosítják a gyermekek otthoni szexuális bántalmazásának hátterében álló kockázati tényezőként (Holman–Stokols 1994; Vranic 2003).

A zsúfoltság a városi ember számára mindennapos jelenség. Részben emiatt a kutatások rengeteget foglalkoztak a városi viselkedéssel.

Makro-lakókörnyezet: városi élet vs. vidéki élet, természet

A városokat sokáig egészségtelen és veszélyes helyekként tartották számon (Webb 1984), amelyek különösen nagy megküzdési kihívást jelentenek, elsősorban épp a nagyfokú zsúfoltság miatt (Milgram 1970/1980). A városi környezet és a problémák kapcsolatát (lásd *1. táblázat*) rendkívül összetett fizikai, társas és pszichológiai környezeti hatásoknak tulajdonították.

1. táblázat. A mentális egészséget befolyásoló városi tényezők (Marsella 1998, 627)

Környezeti	levegőszennyeződés	populációs sűrűség
	zajszennyeződés	közlekedési nehézségek
	mérgek (CO stb.)	balesetek
	vizuális szennyezés	(túl)telítődés
	túlzott ingerlés	visszahúzódás
Szociológiai, gazdasági	bűnözés, erőszak	szegénység
	bandák	munkanélküliség
	vidékről városba áramlás	alternatív gazdaság
	lakásproblémák	iparosodás
	zsúfoltság	modernizáció
	marginalizáció	közösség hiánya
	szegmentalizáció	gazdasági fejlődés
Pszichoszociális	társas struktúra	társas mozgás
	hajléktalanság	kulturális dezintegráció
	életkomplexitás	kulturális zavar/konfliktus
	család szétesése, válás	szekularizáció
	gyors szociális változások	társas stressz
	akkulturáció, asszimiláció	migráció
Pszichológiai	életminőség	gyökértelenség
	koherenciaérzék	félelem, szorongás
	hatalom(hiány)	identitás
	marginalitás, elidegenedés	izoláció, magány

Számos kutatás mutatta ki, hogy a tisztán városias épített környezetben (pl. magas házas lakótelepeken) élők körében a pszichiátriai megbetegedések prevalenciája jóval nagyobb, mint a városi, de kertes házakban lakók esetében (Lewis–Booth 1994). A város számos vonatkozásban stresszforrás: a korábban említett zsúfoltság és nehezített térhasználat mellett például az épített környezet túlsúlya miatt jelentkező nagyon magas környezeti töltés (environmental load, Mehrabian–Russell 1973) nagyon igénybe veszi a tudatos, akaratlagos figyelmet (Laumann et al. 2003) és az önkéntelen feldolgozást egyaránt. Az ember a kutatási eredmények szerint városi környezetben általában kevéssé támaszkodhat természetes alkalmazkodási mechanizmusaira, de konkrétan is így van ez, mivel például a közlekedésből (Evans et al. 2002), a lakótelepeken (Rohe–Burby 1988) vagy rossz minőségű lakásokban (Siddiqui–Pandey 2003) élésből, a bűnözésből (Kuo–Sullivan 2001), az építkezésekből, átalakításokból (Vandermoere 2006) stb. származó megterhelés miatt is nehezített az alkalmazkodás.

A korai kutatások eredményeként gyakorlatilag elfogadottá vált a vidék (természeti környezet) és a város (épített környezet) ellentétes hatásai miatti szembeállítása, illetve egy kontinuum két végeként való felfogása (Williams–Knopf 1985). Sokan (pl. Wohlwill 1976) igazolták, hogy az emberek általában előnyben részesítik a természetes tájakat az

épített környezetekkel szemben: míg az előbbiek általában mind komplexitás, mind változatosság (kollatív változók, Berlyne 1971/1997) tekintetében az optimális, közepes arousalkiváltó és -fenntartó tartományba esnek (kivéve természetesen a szélsőséges tájakat, pl. sarkvidék, sivatag), az épített, városias környezet többnyire túlzottan összetett, ám a változatosságuk kicsi – így az általuk kiváltott arousal nem optimális. Wohlwill és mások elemzései nyomán Kaplan (1987, 1995) rendszerbe foglalta a természetes helyek jelentésének dimenzióit *(2. táblázat)*, amelyeket épített környezetre is lehet alkalmazni (Dúll 2009).

2. táblázat. A tájpreferencia bejósló változói (Kaplan 1987, 12)

Tájkedvelés-bejóslók (tájpreferencia-prediktorok)		
Információ elérhetősége	Információs kimenet Megértés (értelemadás a helyszínnek)	Bevonódás (információforrás vonz/taszít)
Azonnal elérhető (jelen van, közvetlen)	KOHERENCIA A környezeti elemek összetartozása, egységbe szervezési könnyedsége. Növeli pl. a szimmetria, ritmusos ismétlődés.	KOMPLEXITÁS (összetettség) A környezet bonyolultsága, vizuális gazdagsága, figyelemlekötő kapacitása.
Közvetlen, következtetett, bejósolt (jövőbeli vagy ígérkező)	LEGIBILITÁS (áttekinthetőség, olvashatóság) A táj mennyire segíti az embert, hogy a térben eligazodjon.	MISZTÉRIUM (rejtélyesség) Mennyire rejt a táj több információt, mint amennyi aktuálisan az észlelő számára hozzáférhető.

Az 1980-as években a természet vs. épített környezet problematikát egyre kiegyensúlyozottabban vizsgálták a kutatók. Megközelítésekben a város és a természet ellentéte tompulni látszik. Igaz, számos újabb kutatás is kimutatja a városias/ipari környezetek pszichológiai egészséget romboló hatását (de Hollander–Staatsen 2003) – például erősen iparosodott területeken lakók esetében csökkent mértékű jóllét és optimizmus volt kimutatható, valamint aktív copingstratégiák fokozott használata jellemezte őket (Marques–Lima 2011) –, arra is egyre több példa van, hogy a nagyvárosi életmód nem feltétlenül jár együtt rosszabb egészséggel: pl. Kelly-Schwartz, Stockard, Doyle és Schlossberg (2004) 29 metropolisz egészségügyi statisztikai adatainak hierarchikus modellezése útján kimutatta, hogy a nagyvárosi életmódhoz nem társult kisebb sétagyakoriság, megnövekedett testtömegindex vagy többféle krónikus betegség. Igaz, az ebben a kutatásban is kiderült, hogy a zsúfoltabb városrészekben lakók észlelt egészségi állapota rosszabb.

Wilson (1984) jól ismert biofília-hipotézise szerint az evolúció következményeként az embereknek veleszületett tendenciájuk van arra, hogy az életre és életszerű folyamatokra figyeljenek. Emiatt a természettel összetartozónak érezzük magunkat. Erre még olyan egyszerű helyzetben is van környezetpszichológiai bizonyíték, mint a fényképnézegetés: Ulrich (1981) eredményei szerint városi és vidéki természeti tájakról készített (kiegyenlített információtartalmú) képek nézegetésekor eltérő fiziológiai reakciókat mutattak a vizsgálatban részt vevők, a természetes elemek látványára megnőtt az agyi alfaaktivitás, a személyek pozitívabb érzelmi állapotba kerültek, és tartósabban voltak képesek figyelni ezeket a képeket. Gullone (2000) szerint a nyugatias, iparosodott, városias kultúra által megtestesített modern életmód éles ellentétben áll evolúciós történetünkkel, és emiatt súlyos ártalmat jelent, ami rombolja a testi és a mentális egészséget. A környezetpszichológiában Tuan (1974) topofília (kb. helykötődés) fogalma mellett éppen Wilson biofília terminusára hivatkozik előzményként[2] Fellonneau (2004), aki az „urbanofób-urbanofil" dimenziót vezeti be a városhoz és a természethez való viszony leírására. Az urbanofób emberek városellenes attitűdökkel jellemezhetők, szerintük az ideális város inkább hasonlít a természethez, amennyiben nincs benne szennyezés, autók, erőszak, viszont sok benne a zöld terület, amelyek kellemes emberi érintkezésekre, sétákra, kikapcsolódásra adnak alkalmat. Az urbanofil ember szereti a várost és a városi létformát, a nyüzsgést, a változatosságot, nem zavarja a szennyezettebb levegő, nem is igen veszi észre, igényli a nagyfokú mobilitást, szereti a technikát, élvezi az újításokat. Az ideális várost is nagyvárosként írja le. Nem különösebben vonzza a természet, ott unatkozik, elfárad a semmittevésben. Bizonyos értelemben rokonságba állítható ez a dimenzió az élménykereséssel (Zuckerman 1994), illetve az arousalkereséssel (Mehrabian–Russell 1973). A finomabb környezetpszichológiai, kontextuális egészség-betegség elemzések a személy-környezet összeillés figyelembevételével azt a kérdést vetítik előre, hogy vajon a városi, urbanofil ember hosszú távon jobban érzi-e magát városias, épített környezetben, tehát az életminősége is jobb-e ott, amíg az urbanofób ember inkább megbetegszik a városban. Ezek a feltevések a jövőben alapos vizsgálatokat igényelnek.

A város/épített környezet és a természeti táj ellentétes pszichológiai hatásának feltételezése tehát nem szűnik meg, hanem egyre finomabb elemzést kap. Erősödnek például azok a hangok, amelyek szerint az emberek manapság legjobban azokat a tereket kedvelik, ahol a természetes és az ember által épített környezet egyensúlyban van jelen (Herzog–Chernick 2000). Több kutatás vizsgálja például a városi parkok, kertek környezetpszichológiai jelentőségét. Az eredmények szerint a városi természetben (még ha mesterséges is) töltött idő (séta vagy egyszerűen csak az ott-tartózkodás) növeli a spontán figyelem

[2] Ha egy gondolat erejéig kiterjesztjük a kérdést az élőhöz-élettelenhez való viszonyra, akkor párhuzamként eszünkbe juthatnak Bálint Mihály (1959/1997) oknofil.filobata jellemzői: a világ felfedezése közben „néhányan túlzott tárgymegszállással, független énjük fejlődését elhanyagolva a megkapaszkodáshoz és a fontos tárgyak megtartásához szükséges hatékony képességek kifejlesztésével reagálnak. Ők az oknofil személyek. Ugyanerre a felfedezésre mások túlzott énmegszállással válaszolnak, és ez – nem törődve a normális fejlődéssel, a bensőséges kapcsolatokkal, s végül a tárgykapcsolatokkal sem – az énfunkcióikba, a személyes képességeikbe való indokolatlan belefeledkezéshez vezet. Ők a filobaták" (i. m. 122).

hatékonyságát és kiegyensúlyozott szívritmust eredményez (Laumann et al. 2003), növeli a pozitív érzelmeket és csökkenti a negatívakat, fokozza a pszichés aktivitást (Martens et al. 2011) – vagyis restauratív hatású (Hartig et al. 2003), és ezáltal növeli a jóllétet. A városokban és a környékükön az útszéli növényzet csökkenti az autósok agresszióját (Cackowski–Nasar 2003) és a negatív érzelmek csökkentése révén csökkenti a stresszt (Parsons et al. 1998), fokozza a jóllétet. A városi parkok a kutatások szerint több, környezetpszichológiailag jól értelmezhető hatásmezőben keretezik át a városias környezet lakójának ember-környezet kölcsönkapcsolatait: 1. optimális magánszféra-szabályozást tesznek lehetővé (Hammitt 2000; 2002) az egyedüllét, az intimitás, az anonimitás és az információ kontrollja (Altman 1975) révén, illetve autonómiaélményt, érzelmi visszahúzódási lehetőséget, önértékelés-folyamatok lefuttatását, és védett kommunikációt (a megosztás és a távolságtartás optimális egyensúlyát) lehet megélni ezeken a helyeken. 2. Jól megvalósul a filogenetikai „látni, de nem látszani" elve (Appleton 1975) – így az emberek védetten csinálhatják fontos társas arousalszabályozó tevékenységüket, egymás nézegetését (vö. Dúll és mtsai. 2009) anélkül, hogy kölcsönösen egymás magánszférájába tolakodnának. 3. A városi parkok restoratív (helyreállító, gyógyító, pihentető) funkciójúak. Kaplan és Kaplan (1989, lásd még Dúll és mtsai. 2009; Kulcsár 2007) figyelem-helyreállítási elméletükben (Attention Restoration Theory, ART) kifejtik, hogy a természeti helyek a figyelmi folyamatok optimalizálásán keresztül töltenek be kulcsszerepet az érzelmek szabályozásában, mivel az alábbi tulajdonságok egyéni mintázatával rendelkeznek:

- Távollét (being away): a természeti helyek valódi és/vagy pszichológiai eltávolodási lehetőséget nyújtanak a mindennapi, szokásos rutinoktól és a megszokott társas közegtől.
- Gyönyörködtetés (fascination): a természetes helyek fizikai jellemzői (színek, hangok, illatok) megerőltetés nélkül lekötik az ember spontán figyelmét anélkül, hogy szellemi erőfeszítést követelnének tőle. Így az épített környezetben folyton működő akaratlagos figyelmi rendszer pihenhet és újratöltődhet. A természetben a gyönyörködtetés mindkét formája megvalósulhat: a „lágy gyönyörködtetés" (pl. séta a napsütéses őszi erdőben) alacsonyabb intenzitású, esztétikailag kellemes ingereket és helyzetet jelent, amelyek fokozzák a személy reflektív képességét. A „kemény gyönyörködtetés" (pl. vadvízi evezés) intenzív testi és lelki bevonódást hív, amely kevés teret hagy a gondolkodásnak, a reflexiónak.
- Kiterjedtség (extent): a természeti környezet egyik legfontosabb jellemzője, hogy tulajdonságai, alkotórészei miatt könnyen észlelhető koherens egészként (pl. egy erdő vagy egy városi park), de akkor restoratív igazán, ha a kiterjedése elég nagy ahhoz, hogy explorációra, bóklászásra hívjon, ha sokkal több felfedeznivalót ígér, mint amennyit első ránézésre érzékelni lehet benne. Emiatt a hatás miatt is pihentető a séta a természetben (Brown et al. 2007; Joseph–Zimring 2007), és sokszor erre a hatásmechanizmusra építenek a kerttervezők (Dúll–Dósa 2005; Dósa–Dúll 2006).
- Illeszkedés (compatibility): a környezet jellemzői és a személy szándékai, hajlamai, állapota közötti megfelelés mértéke, azaz a „a környezetnek illeszkednie kell ahhoz, amit a személy éppen tenni próbál, és ahhoz, amit tenni szeretne" (Kaplan 1995, 173).

A természet és a természetben végzett tevékenység széles spektrumú hatással rendelkezik. Az elsősorban a vidéki életformára jellemző kertészkedés például számos elsődleges és származékos pszichológiai előnnyel jár (Kaplan 1973): az emberek a kertészkedésben a szabadtéri pihenési és testmozgási lehetőségen, a növények esztétikai élménye általi feltöltődésélményen kívül egyebek mellett megélik a rutinból való kiszakadás (távollét!), a saját hatékonyság tapasztalatát is, és a természeti folyamatokkal való kapcsolódásélmény (pl. a növények fejlődésének követése) segít a pszichológiai rekreációban. Újabb kutatások szerint a kertészkedés növeli a szociális kohéziót (Smith–Sharp 2005), és segít csökkenteni az akut stresszt: egy vizsgálatban (Van den Berg–Custers 2010) a résztvevők (mindannyian kertészkedtek a mindennapokban) nehéz, stresszteli Stroop-teszt feladatot végeztek harminc percig, majd pihenésképpen olvashattak vagy kerti munkát végezhettek. A kutatók nyálkortizolszintet mértek és szóbeli hangulati beszámolót kértek. Mindkét mérés eredménye szerint a kertészkedés volt a hatékonyabb akut stresszcsökkentő.

Egyre több kutatás utal arra, hogy a természetes környezet környezetpszichológiailag számos előnnyel rendelkezik, mert ezekben a helyzetekben mozgósítódnak az evolúciósan bevált alkalmazkodási stratégiák (Kaplan 1987), amelyek számos egészségpszichológiailag is értelmezhető előnnyel járnak. Már az is izgalmas, hogy környezetpszichológiai értelemben azt, hogy egy környezet természetes (alkotóelemei, keletkezése, léte mentes az emberi befolyástól, pl. vadon, sivatag, dzsungel, természetes erdő egy hegyoldalban) vagy természeti (természetes alkotóelemekből emberi beavatkozás hozta létre és tartja fenn többé-kevésbé mesterséges közegben, pl. egy kert, park, ültetvény, mesterséges tó, naplemente a városban, akvárium), a természetélmény (Hartig–Evans 1993/1998) dönti el. A természetélmény kaleidoszkópmodellje (Mausner 1996) szerint egy adott környezetbe kerülve az emberek elsősorban nem tudatosan elemzik az ember-környezet viszonyt, és annak megfelelően döntenek a természetes vagy a mesterséges környezet irányába, hogy 1. mennyire találják az embert és az adott környezetet elkülönülőnek; 2. hogyan helyezkednek el a természeti elemek; 3. milyen az emberi befolyás mértéke ott és 4. milyen lehetőségek vannak az ember számára a környezetben. Ha a táj és az ember elkülönülése magas fokú, a természeti törvények uralkodnak a tájon, az emberi beavatkozásnak nincs nyoma és az embernek jellemzően inkább küzdeni kell ebben a környezetben, akkor az a hely – a természetélmény szerint – természetes.

A természetes helyek, tájak a környezetpszichológiai kutatások szerint nagyfokú restoratív (helyreállító) kapacitással (Kaplan–Kaplan 1989) bírnak. A szerzők a természetes tájak magas kedveltségét és rekreációs hatását a korábban említett figyelemhelyreállítással is magyarázzák: eszerint – mivel a természeti környezetek jellemzőit evolúciós felkészítettsége alapján az ember elhanyagolhatóan alacsony figyelmi erőfeszítéssel képes kezelni – a természetben nem szándékos, erőfeszítéstől mentes figyelem kerül túlsúlyba, ami elősegíti az ember mentális feltöltődését. Ez ráadásul gyakran spirituális élménnyel jár.

A pszichológia főáramában viszonylagos egyetértés mutatkozik abban, hogy a spiritualitás „alapszükséglet", vagyis az emberi természet velejárója. A spirituális, transzcendens szükséglet, vágyakozás, igény, keresés, amely az élet „végső kérdéseinek, problémáinak megértésére, megoldására irányul: így önmagunk legbelső voltának lényegének, működésének, értelmének, a rajtunk kívüli világ működése lényegének, valamint az előzőek alapvető kapcsolatának megismerésére hajt bennünket" (Süle 1997, 15). A spiritualitás egyik lényege tehát – a hagyományos pszichológiai nézetek szerint is – a külső és a belvilág sajátos integrációja (Dúll 2010a). Ilyen transzcendentális, misztikus, flow- és egyéb élmények (a pszichológiában sok kifejezést használunk erre) a környezetpszichológiai kutatások szerint gyakran és jellemzően jelennek meg természeti környezetben: a vadon a szakrális erő átélésére ideális közeg (Hartig et al. 1991). „Ilyen esetben az átélő »transzcendentális« élményt tapasztal, amely lélektani jellemzői, hogy a pillanat jelentőssé válik és az egyén elmerül benne, időtlenség érzése alakul ki, a hétköznapi élet meghaladásának érzése mellett erős a világmindenséggel vagy más erővel való egység élménye, az énérzés átmenetileg felfüggesztődik, és elmosódik az alany és a többiek/környezet, tárgyak közötti határ. Mindezt erős pozitív affektusok kísérik: pillanatnyi különleges boldogság, könnyűségérzés, szabadságélmény, megélt harmónia az egész világgal. A transzcendens tapasztalat tehát teljesen abszorbeáló, feloldó, fontosnak megélt élmény. […] Az átélő egyén teljesen elmerül a pillanatban, miközben létezésének a szokványosnál intenzívebb aktualizálódását („önaktualizációját") éli át" (Dúll 2010a, 231). Ez a fajta élmény a legtisztábban érintetlen, háborítatlan természeti környezetben (a vadon – wilderness) lép fel. A környezetpszichológiai vadonélmény-kutatásokban (Fredrickson–Anderson 1999) a résztvevők jellemzően a vallásos élményhez nagyon közelálló tapasztalást élnek át, amit az egyén tudatának hirtelen megvilágosodása jellemez. Az élmény „szabadon lebeg", erős spirituális önvizsgálat zajlik, ami az én jelentéktelenségének megtapasztalásával párosul. Ez befogadó állapotot indukál, lehetővé válik a belépés egy „szakrális térbe", ahol az átélő egységet él át, azonosul (identifikáció) a természet „szakrális erőivel" (Frantz et al. 2005). A vadonélmény során az érintetlen természettel létrejövő erős kapcsolat során a felfokozott szenzoros érzékenység (felerősödnek a vizuális, íz-, szag-, hang- és kinesztetikus jelzések, fokozódik a szenzoros tudatosság) nyomán erősen módosult tudatállapot jön létre, amely csúcsélményhez vezet. Mindezeket jól szemlélteti Jane Goodall (angol etológus, antropológus és primatológus, a csimpánzok életének ismert kutatója) élménybeszámolója egyik tanzániai kutatóútján átélt vadonélményéről (Goodall–Berman 74, idézi Dúll 2010a, 232–233):

„A sok gyönyörű nap között volt egy, amire a mai napig szinte áhítattal emlékszem vissza. Az erdőben feküdtem a földön, elnyúltam a lehullott leveleken és ágacskákon, s éreztem a sima felületű kövek nyomását a hátam alatt. [...] Emlékszem, mennyire szíven ütött az erdő színeinek harmóniája, a sárga és a zöld megannyi árnyalata, amint barnába, néhol vörösbe fordultak. [...] A kabócák déli kórusa különböző hullámokban harsant fel, s töltötte meg élettel az erdőt. [...] Ezen a bizonyos napon újra éreztem a régi titkot, éreztem,

hogy bensőmben megszűnik a zakatolás. Mintha megtaláltam volna a visszautat valami gyönyörű mesébe. Eggyé váltam az erdővel, amint feküdtem ott, és újra tapasztaltam, milyen sokkal járulnak hozzá a hangok az észlelés gazdagságához. Érzékeltem minden titkos mozdulatot, ami a körülöttem lévő fákon történt. [...] A szépség áhítatába feledkeztem, s úgy tűnt, valamiféle magasabb rendű tudatosság állapotába kerültem. Nehéz, az igazat megvallva lehetetlen szavakba önteni az igazság azon pillanatát, ami akkor tört rám hirtelen. [...] Később, mikor minden erőmmel azon voltam, hogy visszaidézzem ezt az élményemet, s egyáltalán nem találtam benne *önmagamat*, úgy éreztem, hogy akkor a csimpánzok és én, a föld, a fák és a levegő mind egybeolvadtunk, s így mintha mindannyian valamiféle szellemi erőben egyesültünk volna, ami az élet volt maga. Körülöttem szárnyaló szimfónia szólt, a madarak esti éneke. Számomra addig ismeretlen frekvenciákat fedeztem fel zenéjükben, s a zenélő bogarakéban is, csodálatosan magas és kellemes hangokat. Soha életemben nem voltam még ennyire tudatában a levelek különböző alakjainak és színeinek, ereik változatos mintázatainak, amikből kiderült, hogy nincs közöttük két egyforma, hogy mindegyikük különleges. Tisztán éreztem az illatokat, könnyen azonosíthattam a túlérett gyümölcsök erjedésének, a mocsaras földnek, a hideg és nedves fakéregnek, a csimpánzok nyirkos szőrének, s bizony saját testemnek is különböző szagát, illatát. Az összemorzsolt fiatal levelek fűszeres illatozása szinte elkábított. [...] Mintha valami nagyon is életszerű álomból ébredtem volna, visszatértem a megszokott világba, fáztam, de magamnál voltam teljesen. [...] Nem jelentek meg nekem sem angyalok, sem más égi teremtmények, mint a nagy misztikusok és szentek látomásaiban, ennek ellenére hiszem, hogy mégis valamiféle misztikus élményben volt részem. [...] Azon a bizonyos délutánon, mintha egy láthatatlan kéz elhúzta volna a függönyt egy [...] ablak előtt, amin át, még ha csak egy röpke pillanatra is, de kitekinthettem. E pillanatnyi »kitekintés« alatt megismertem az időtlenséget, a csöndes extázist [...]. Tudtam, e felfedezés mindig velem lesz hátralévő életem során, s ha emlékezetemben hiányosan is, de mindig legbelül. Olyan erőforrás, melyből bármikor meríthetek, ha nehéznek, kegyetlennek, reménytelennek tűnik az életem" (kiemelés – D. A.).

Fontos hangsúlyozni, hogy a természeti szakralitásélményben a helynek, a tárgyaknak legalább akkora szerepe van, mint a belső, pszichológiai folyamatoknak. A kutatások (Rossman–Ulehla 1977) egyértelműen alátámasztják, hogy a vadonkörnyezetek tartósan és később a helytől függetlenül hozzájárulnak az ember spirituális fejlődéséhez: a lélektani hozam az átélők részéről később több autentikus helyélményben, pszichológiailag kiegyensúlyozottabb létállapotokban, és az általános egészség és jóllét fokozódásában nyilvánul meg (Fredrickson–Anderson 1999).

Fentebb említettük, hogy a város és a természet manapság környezetpszichológiailag kiegyenlítettebben értelmezett. Ennek egyik szép példája Appleton (1975) érzelmiválaszalapú evolúciós tájpreferencia-elméletének városra való alkalmazása. Appleton elképzelése szerint a tájélményt alapjában véve az ember evolúciós öröksége határozza meg. A környezeteket az emberek élőhelynek tekintik, amelyeket ösztönösen és automatikusan, a túlélés szempontjából két jellemző mentén értékelnek: 1. mennyire megfelelő

menedékhelynek/búvóhelynek; és 2. mennyire megfelelőek a kilátási tulajdonságai. Az a környezet vonzó (tehát evolúciósan megfelelő, azaz adaptív), ahol érvényesül a túléléshez szükséges „látni, de nem látszani" alapelv. Appleton szerint az emberi tájpreferenciák a modern, városi életben is változatlanok, mert ma is adaptívak: az a funkciójuk, hogy adott környezeti feltételekhez gyorsan és tudattalanul képesek legyünk hozzárendelni a megfelelő alkalmazkodási értéket (Dúll–Dósa 2005). Nagy valószínűséggel ezek az elvek működnek akkor is, amikor egy étteremben először a bokszok telnek be, és akkor is, amikor szeretjük mások tevékenységét megfigyelni egy köztéren anélkül, hogy magunk a figyelem fókuszába kerülnénk. Ezeknek a környezethasználati alapelveknek a megértéséhez érdemes visszakanyarodnunk a környezetpszichológia kialakulásának időszakához.

EGÉSZSÉG-BETEGSÉG ÉS ÉPÍTETT KÖRNYEZET KAPCSOLATA – KÖRNYEZETPSZICHOLÓGIAI SZEMPONTBÓL

A kezdet: korai környezetpszichológiai vizsgálatok pszichiátrián

A környezetpszichológia – mint azt a fejezet elején említettük – Proshansky és munkatársai (1970b) pszichiátriai kórházvizsgálatából nőtt ki, amelynek egyik célja a gyógyító környezet koncepciójának kidolgozása volt. Proshansky a helyek terápiás hatásait – és ennek alapjaként a környezet pszichológiai természetét – feltárni igyekvő kutatása során a betegek és a személyzet viselkedését környezeti és társas kölcsönhatásaikban figyelte meg és értelmezte. Értelemszerűen összekapcsolta a betegség és az egészség környezeti kontextusát, és annak ellenére, hogy a fizikai környezet pszichológiai folyamatokban való szerepének hangsúlyozását tűzte ki célul, kezdettől jellemzően kontextuális szemléletben gondolkodott: a fizikai környezetet szociálisnak tekintette és fordítva: „az egyén nemcsak szétszórt proximális és disztális fényekre és hanghullámokra, alakzatokra és struktúrákra, tárgyakra és terekre reagál, hanem a *másik személyre*, *miközben* meghatározott *céllal* specifikus *aktivás*t végez adott *helyen* (Proshansky et al. 1970a, 28 – kiemelés az eredetiben és D. A.). Ez a szociofizikai környezeti szemlélet (vö. Dúll 2009) kifejezett rokonságban van az egészségpszichológia biopszichoszociális modelljével.

Proshansky és munkatársai több hónapig tartó antropológiai irányultságú megfigyeléseik során kialakították a vizsgált pszichiátriai kórház két osztályának időszakok, helyszínek, viselkedések, személyek stb. szempontjából rétegzett viselkedéstérképét. Alátámasztást nyert, hogy az emberek téri elhelyezkedése és ennek változásai nem véletlenszerűek (erre korábban már utaltunk): a környezet és a viselkedés kapcsolatnak jól

definiálható alapelvei (Proshansky et al. 1970a) vannak. Ezeket az alapelveket Proshansky és kutatócsoportja kórházi környezetben írták le, ám nagyon rövid idő alatt igazolódott általános érvényük, vagyis az, hogy az emberi megnyilvánulások – így a betegséghez és az egészséghez kapcsolódóak is – legteljesebben szociofizikai kontextusukban értelmezhetők. Korrekt módon így érthető meg (az intuíció kevés!), hogy „miben van gond" a mentálisan betegekkel – írja jelentős korai tanulmányában Osmond (1970), aki Proshansky munkacsoportjától függetlenül, körülbelül velük egy időben kezdett nagyon hasonló kórházvizsgálatokba Kanadában. Osmond szerint környezetpszichológiai nézőpontból jól meghatározható, hogy mit jelent a zavart észlelés (változások a vizuális percepcióban, az auditoros élményekben, az időérzékben, a taktilitásban, a szaglásban és a saját test észlelésében), és a hangulatváltozások és a gondolkodás módosulása is jól értelmezhető a környezethasználattal összefüggésben. Osmond szerint a változásokhoz alkalmazkodnia kell a betegek környezetének. Alapvető szabály, hogy ki kell elégíteni a páciensek létfontosságú pszichoszociális szükségleteit, a biztonságot és a megfelelő kapcsolati szabályozást. Ezt gondosan kialakított szociopetális és szociofugális elrendezések aránya és egyensúlya mentén lehet és kell biztosítani. A szociopetális környezetek lehetővé teszik, hívják, sőt gyakran erőltetik a stabil személyközi kapcsolatok kialakulását. Ezekben jól működnek a kis, szemtől szembeni érintkezést kívánó csoporthelyzetek, pl. kis csoportos beszélgetések vagy terápiák. A szociofugális környezetkialakítás kiküszöböli vagy gátolja a hosszan tartó, stabil emberi kapcsolatok kialakulását, ugyanakkor lehetővé teszi a társas helyzetek nyomása alóli felszabadulást. Ezenkívül (pontosabban mindezzel összefüggésben) – a megfelelő felügyelet, monitorozás mellett – a szociofizikai szükségletszabályozásnak az is fontos eleme, hogy nem szabad zsúfoltságot előidézni a páciensek között, sem általában véve a kórházkörnyezetben, sem a viselkedési csomópontokban (pl. kórterem). Ez azt is jelenti, hogy a környezet ne kényszerítse ki sem ideiglenesen, sem hosszú távon a betegek szűkebb területekre koncentrálódását. Nagyon nagy hangsúlyt kell fordítani arra, hogy a betegek megfelelő módon visszavonulhassanak, visszahúzódhassanak a társas érintkezéstől. Kardinális kérdés a privát helyek biztosítása. Összességében arról van szó, hogy jól kialakított lehetőségeket kell teremteni a betegek és a személyzet számára a hasznos kapcsolatok építésére és az instabil, káros interakciók aktuális vagy hosszabb távú kiiktatására. Mindez Osmond szerint hozzájárul a személyiség és az egyéniség megőrzéséhez. Általános szempont tehát a választás, a szociofizikai kontroll lehetőségének biztosítása, de a bizonytalanságot csökkentő, egyértelműséget segítő keretekkel, korlátokkal. Mindez a későbbiekben az orientáció, tájékozódás témájában is részletesebb kifejtést kapott a környezetpszichológiában, és kiderült, hogy a környezeti eligazodás sikerének vagy sikertelenségének kulcsszerepe van nemcsak a kórházakban, hanem gyakorlatilag minden ember-környezet tranzakcióban (vö. Foley–Cohen 1984) és ily módon – megközelítésünk szerint – az egészség-betegség környezetpszichológiai értelmezésében is.

A KÖRNYEZET-VISELKEDÉS KAPCSOLAT FONTOSABB ALAPELVEI (PROSHANSKY ET AL. 1970A; 1970B ALAPJÁN)

Proshansky és munkacsoportja megfigyelései szerint a betegek nemcsak jellegzetes módon, időszakokban és helyeken ettek, aludtak, beszélgettek, sétáltak stb., hanem ezek a mintázatok az új betegek bekerülésével és a régiek távozásával sem változtak lényegesen; rendszeresen stabil módon megnyilvánultak. Ugyanakkor egy-egy páciens viselkedésének rövidebb intervallumban (5–10 perc) történő megfigyelésekor szembetűnő volt, hogy a viselkedés sok tekintetben mégis változékony (pl. a beszélgetés módja eltért a résztvevőktől függően). Az emberi aktivitás ebben a tekintetben kaleidoszkópszerű (és nyilván nemcsak a pszichiátriai osztályokon), viszont egy fizikai színtérhez kapcsolódóan tartós, időben és helyzeteken át konzisztens; tehát az adott helyszínhez kapcsolódó jellegzetes viselkedésmintázatok (pl. kezelés vagy pihenés) azonosíthatók. Ugyanakkor a szociofizikai környezet bármely időpontban és helyen egyedi. Ez abból is ered, hogy ténylegesen csak egy „környezeti helyzet" van, viszont annyi környezeti struktúra és elemzés létezik, ahány összetevő (beteg, orvos, nővér, látogató; kórterem, folyosó, kórház stb.) szempontjából a folyamat vizsgálható. Ez szorosan összefügg azzal az etológiai alapú környezetmeghatározással, hogy a környezet és használója csak egymásra vonatkoztatva értelmezhető (vö. Szokolszky–Dúll 2006). Proshansky elemzése szerint: a konkrét helyzetet meghatározó és strukturáló szociofizikai színtér nem zárt rendszer, a határai sem térben, sem időben nem rögzítettek – külső helyszínről származó (pl. látogatók által behozott elemek) vagy múltbeli impulzusok (pl. a betegek emlékei) hatást gyakorolnak rá. Részben ebből következik, hogy a szociofizikai helyszín bármely összetevőjében bekövetkező változás – különböző hatásfokkal – hat a környezet összes egyéb komponensére, ezáltal megváltoztathatja a helyszínre mint egészre jellemző viselkedésmintázatot (pl. megváltozik a délutáni pihenő „forgatókönyve", mert beleépült a tévénézés). Egy helyszín jellemző viselkedésmintázatainak változásait kiválthatják a színteret definiáló bármely fizikai, társas vagy adminisztratív struktúra változásai. Ha egy változás a fizikai környezetben a helyszínre korábban jellemző viselkedésmintázat szempontjából nem hasznos (pl. a tévénézés zavarja a többieket), akkor a viselkedés új időpontban vagy helyen fog megnyilvánulni. A szociofizikai környezet tehát folytonos és aktív folyamat, amelynek összetevői minden időpillanatban kölcsönhatásban vannak egymással és egyúttal ezen kölcsönhatás által állandóan meghatározottak.

A környezeti folyamat résztvevője szempontjából nézve a környező struktúrák jellemzően semlegesek, csak ritkán vagy egyáltalán nem tudatosulnak. Annak ellenére, hogy a résztvevő nagyrészt nincs tudatában a környezeti folyamat fizikai környezeti hatásának, a színtér jelentős hatást gyakorol a viselkedésére és fordítva.

SZEMÉLY-KÖRNYEZET ÖSSZEILLÉS

A fenti alapelvekből témánk szempontjából kiemelendő a környezetpszichológia azon felismerése, hogy az ember-környezet kölcsönkapcsolat nem tudatosuló természetű. Jellemzően akkor lép fel környezeti impulzusok (többnyire ideiglenes) tudatosulása, ha az ingerek vagy mintázataik intenzitása, gyakorisága, kontextusa eltér az adaptációs szinttől (vö. Dúll 2006). A hétköznapi helyzeteken kívül a tudományos életben is ez lehet a magyarázata annak, hogy gyakran elsiklunk az egészség-betegség aktív környezeti kontextusa fölött.

A környezet tehát pszichológiailag nem tudatosuló, annak ellenére, hogy minden érzékszervnek szimultán nyújt információt, perifériás és központi ingereket is magába foglal, akciókon, aktív cselekvéseken keresztül határozódik meg és ily módon szerzünk róla tapasztalatokat (Ittelson 1978). Ráadásul – mint fentebb utaltunk rá – nem rendelkezik mereven rögzített tér- és időbeli határokkal. Részben ebből következően szimbolikus jelentéssel is bír és megtapasztalásának eredménye koherens és bejósolható egészleges élményt jelent (pl. „kórházban lenni" élménye). Az ember-környezet kapcsolatban a vizsgálatok szerint a pszichológiai jelentés jellemzően erősebb az objektív tulajdonságoknál (Dúll–Urbán 2007). Így tehát a környezet jóval több információt jelent, mint amennyit – legalábbis tudatosan – a használó kezelni tud (Ittelson 1978). Minden ember-környezet kölcsönkapcsolat jellemzője – részben épp a most említettek miatt –, hogy a környezet számos területen (figyelem, emlékezet, kreativitás, fiziológiai reakciók, viselkedés, élmények, gyógyulás stb.) kumulatív módon és hosszú távon hat az emberre, ráadásul tartósan, a környezet elhagyása után is. Egy kutatásban (Hodnett 1989) például egészséges szülő nők elvárt és tapasztalt kontrollját vizsgálták választott szüléskörnyezetükben (80 fő kórházban szülő és 80 fő otthon szülő). Az eredmények szerint nem meglepő módon (I) a szorongás negatívan korrelált az észlelt kontrollal, és (II) a szüléssel kapcsolatos kontrollelvárások az adott környezetben realizálódtak: 1. a magas kontrollelvárást jelző otthonszülők csoportjában az otthoni környezet magas kontrollélménnyel járt, vagyis nagyobb kontrollt éltek meg szülés közben. Az otthon többször szülő nők nagyobb kontrollt éltek meg, mint az első szülők. Azok a multigravidák, akik először szültek otthon, nem éltek meg nagyobb kontrollt az otthoni környezetben. 2. A kórházban gyermeküket világra hozó nők esetében a kontrollélmény nem nőtt a szülések számának növekedésével és a nők elvárása is ez volt. A vizsgálat eredményei szerint tehát a korábbi kórházi és/vagy otthoni tapasztalat hatást gyakorolt a további elvárásokra és élményekre, és a nők reálisak voltak a szüléskörnyezeteik megítélésében.

A szociofizikai környezet és a viselkedés kapcsolata tehát erős és stabil. A kölcsönkapcsolat természetét tekintve tranzakció (Altman–Rogoff 1987), vagyis az ember és a környezet csak időben-térben egymásra értelmezve érthető meg (lásd Szokolszky–Dúll 2006). A folyamatos kontextuális kölcsönhatásban alakul ki a személy-környezet összeillés (Proshansky et al. 1970a), amit gyakran vizsgálnak a korábban már említett intézménykörnyezetekben (lásd Dúll 2009), például kórházakban – ugyanis ezeken a helyeken

a környezet kényszerítő és támogató tényezői jellemzően ismeretlenek a személy számára, függetlenek személyes preferenciáitól és választásaitól, ráadásul – és számunkra most ez a fontos – többnyire inkongruensek is a szükségletekkel és a preferenciákkal. A személy-környezet összeillés a környezet jellemzőinek (kényszerek, lehetőségek) összhangba kerülése, kongruenciája a személyes szükségletekkel és választásokkal. Első közelítésben a viselkedések és specifikus környezetek kölcsönkapcsolataként fogható fel: helyek/tárgyak kölcsönhatása a viselkedéssel, „környezet-viselkedés szinomorfia" (Barker 1961). A személy-környezet összeillés ilyen értelmezése elsősorban elméleti, a hely és használója kölcsönkapcsolatának leírására szolgál és ily módon nincs gyakorlati jelentősége, hogy milyen ez a megfelelés, nincs szerepe a kapcsolat optimalizációjának (vö. Stokols–Shumaker 1981). A mi megközelítésünkben gyakorlati relevanciája miatt fontosabb értelmezés, amikor a környezet és a használó interakciója során kialakuló *illeszkedés*t vagy annak *hiány*át keressük. Ebben az esetben a színtér és a pszichológiai folyamatok közötti megfelelés tudatos és/vagy nem tudatos optimalizációja kulcsfontosságú. Ebben az értelemben a személy és a környezet megfelelése, konzisztenciája tágan értelmezett egészségkoncepcióként is felfogható. Az összeillés felborulása pedig a betegség értelmezési kerete lehet, amit az is alátámaszt, hogy gyakran operacionalizálják a krónikus stressz fontos forrásaként, ami további mentális és testi egészségproblémákhoz vezethet (Kahana et al. 2003).

INTÉZMÉNYI LÉT

Egy pszichiátriai osztály viszonylag jól definiált fizikai és társas rendszer (Ittelson et al. 1970), így a korai környezetpszichológiai vizsgálatok ideális terepe volt: kezdetben a legtöbb tanulmány ilyen jól meghatározott intézményi környezetben (kórház, kollégium, börtön) zajlott. Ugyanakkor már ebben az időszakban felmerült az intézményi színterekben feltárt szociofizikai mechanizmusok, összefüggések általánosíthatóságának problémája. Egy korai, de annál jelentősebb tanulmányban – melyben azt jelöli meg célként, hogy olyan épületeket kell építeni, amelyek harmóniában vannak a használóikkal – Lawton (1974) az intézmények mint környezetek kapcsán áttekintette az ember és a környezete közötti illeszkedés tényezőit. A „környezet és a használó harmóniája" közhelyes célnak tűnhet – azonban (mint arra korábban Proshansky felismerése kapcsán utaltunk) a környezetpszichológia egyik legfontosabb feladata éppen ennek a „közismert" kapcsolatnak a kibontása, kutatása és ajánlások tétele mind az építészek és a tervezett környezetek szakértői, mind a humán szakemberek (pszichológusok, orvosok, pedagógusok stb.), mind pedig a mindennapi térhasználók felé (Dúll 2009). Ebben az értelemben a környezetpszichológia transzdiszciplináris terület (Stokols et al. 2005).

Visszatérve Lawton (1974) vizsgálatához, a környezet különböző jellemzőit (pl. elhelyezkedés, épülettípus, elrendezés) és a használó tulajdonságait (neme, életkora, tulajdonos/használó stb.) egyaránt gondosan figyelembe kell venni a környezetalakításkor. A személy-környezet összeillés létének vagy hiányának messzemenő betegség-egészség következményei vannak a teljesen mindennapi környezetekben is, de ezek a követ-

kezmények még kifejezettebbek az olyan speciális intézményekben, mint az iskola (Yamamoto–Ishii 1995) vagy a börtön (Tartaro 2003), illetve a kórház, ápolási intézmény (Moore 2005).

EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK – MODERN KÖRNYEZETPSZICHOLÓGIAI VIZSGÁLATOK

Az intézmények közül az orvosi rendelő és a kórház az egyik legösszetettebb szociofizikai környezetcsoport. A kultúra, a társadalom és a városi élet tükrei – erős kommunikációt jelentenek a betegségről és az egészségről, illetve a beteg és az egészséges emberről. A kutatások szerint nagyon ellenállnak a változásnak. Florence Nightingale (angol ápolónő, a modern nővérképzés úttörője és a kórházi környezet megújítója) 19. századi tevékenységéig a kórház fő funkciója az volt, hogy a betegeket és a haldoklókat elkülönítse az egészségesektől. Leginkább olyan helynek számított, ahová nem (túl)élni, hanem meghalni mentek ez emberek. Nightingale munkája nyomán kezdett kialakulni a szemlélet, hogy „a hely ne károsítsa a pácienst" (idézi Lindheim 1970, 575): a kórház és az egészségügyi intézmények a gyógyszeres kezelést és az emberi magatartást illetően szép lassan gondoskodó, ápoló, gyógyító helyek lettek, ám – mint arra fentebb többször utaltunk – a szociofizikai környezet ebben játszott szerepét részleteiben mostanában kezdjük megismerni. Ráadásul a kórház- és rendelőépületek nagyon gyakran régiek, nem illeszkednek az alapvető egészségtámogató funkciókhoz sem, hát még a modern egészségpszichológiai gyógyítási elvekhez, ami magában foglalja az egészségnevelést és a megelőző orvoslást ugyanúgy, mint a betegség gyógyítását.

Egy egészségügyi felmérés (Institute of Medicine 2004) szerint a 21. századra a kórház mint intézmény felemás jellemzőket mutat. „Az USA-ban egy látogatás egy kórházban veszélyes és stresszteli a pácienseknek, a családoknak és a dolgozóknak egyaránt. Az orvosi hibák és a kórházi fertőzések az Amerikai Egyesült Államokban a halálozás vezető okai között vannak, több amerikait ölnek meg ezek, mint az AIDS, a mellrák vagy az autóbalesetek. […] Mind a páciensek, mind az orvosok frusztrációszintje soha nem látott szinten van. Egyelőre a problémák fennállnak. Az egészségügyi ellátásból ma nem hozható ki a lehetséges legtöbb előny" (Ulrich et al. 2004, 1). Mindez abban is megnyilvánul, hogy az egészségügyben nagy az orvosok és a nővérek elégedetlensége is. Kutatások eredményei szerint ezeket a hatásokat jelentősen csökkentheti a fizikai környezet (Zimring–Bosch 2008). Ahogy az orvoslás egyre inkább afelé halad, hogy a klinikai döntéseket kutatások támogatják (evidence-based medicine, bizonyítékon alapuló orvoslás), úgy az egészségügyi intézmények környezeti kialakításának is efelé kellene tartani: az igazán megfelelő az lenne, ha a kórházak, rendelőintézetek építése, kialakítása, átalakítása, felújítása bizonyítékokon alapuló térkialakítás (evidence-based design, Fouts–Gabay 2008) alapján történne (Hamilton 2003). Az ilyen térkialakítás segíthet abban, hogy a létesítmény minden értelemben biztonságosabb, jobb minőségű és betegközpontúbb legyen. Ehhez azonban rengeteg kutatás szükséges, mert az egészségügyi intézmények vizsgálata még csecsemőkorában van, és két szélsőséges álláspont áll szemben egymással (Zimring–Bosch 2008): 1. az építész kompetenciája

a legteljesebb mértékig kiterjed az egészségügyi terek kialakításának minden vonatkozására, így az egész az ő feladata; 2. minden funkcionális döntés szülessen meg, mielőtt az építész teret kap, az ő dolga (kis túlzással) az, hogy álljanak a falak, tisztességes anyagokból készüljön és rendesen nézzen ki az épület. A környezetpszichológia sok tekintetben kész közvetíteni a két álláspont között (lásd Dúll 2009) és közreműködni abban, hogy a személy-környezet kongruencia megteremtődjön – nemcsak az egészségügyi ellátásban, hanem a környezet-ember viszonyban általában. Az egészségügyi intézményekben – ugyanúgy, mint bármely környezetben – eltérőek lehetnek az egyes felhasználócsoportok preferenciái és kompetenciái, ami annál is fontosabb téma, mivel az intézményi lét szabályozottságából adódóan kevéssé lehet egyénre szabott. Ráadásul a betegek aktuális vagy tartós gondjai, problémái további specifikus igényeket szülhetnek. Az egységesen kialakított intézmény és a szükségletek kielégítése között ugyancsak a bizonyítékon alapuló tervezés teremthet egyensúlyt. Például egy idősotthonban a kutatók (Duffy et al. 1986) megvizsgálták a létesítmény elrendezésével kapcsolatos preferenciákat a bentlakók (mindenki mentálisan ép volt) és az ápolók, valamint építészek (építészhallgatók és tanáraik) körében. A megkérdezettek különböző elrendezések, kialakítások közül választhattak a hall és az ebédlő berendezését, a személyes szobák bútorait és az egész otthon elrendezését illetően – kötelezően a bentlakók szempontjait szem előtt tartva. Az eredmények nagyon tanulságosak: a személyzet véleménye nagyon közel állt az építészekéhez: a nővérek is inkább külső szemlélőként választottak. A bentlakók például előnyben részesítették a hallban a szociofugális elrendezést (vagyis pl. a székek fal mentén történő elhelyezését), az ápolók és az építészek viszont szociopetálisan (beszélgetéshez) rendezték be a helyiséget. Ez az eltérés – tekintve a szociofizikai elrendezés erős hatását – komolyan befolyásolhatja a bentlakók magánszférájának szabályozását. Az eredményekből kiderült, hogy az idősotthon lakói következetesen és nem meglepően olyan elrendezéseket választottak, amelyben nagyobb lehet a magánszférájuk, vagyis legyen lehetőségük az elhúzódásra, visszavonulásra is, míg a személyzet és az építészek következetesen serkenteni igyekeztek az interakciót az elrendezésen keresztül.

Az egyes felhasználói populációk (hasonló, illetve eltérő betegséggel küzdők, férfiaknők, gyerekek), illetve a használók, tervezők és egyéb csoportok (pl. látogatók) közötti eltérések a preferenciákban nem feltétlenül vezetnek ahhoz a következtetéshez, hogy egyik vagy másik csoportnak kizárólagosan igaza van. Mindenesetre a környezethasználók preferenciáit érdemes figyelembe venni, akár úgy is, hogy a szakemberek bevonják őket a tervezésbe, a környezet ki- és átalakításába – a részt vevő tervezés (Horelli 2002) megvalósítható a felnőtt egészséges személyeken kívül gyerekekkel, betegekkel vagy akár tanulásban akadályozottakkal is (pl. Laki 2006).

Egyre inkább megkérdőjeleződik az az egészségügyi intézményekkel kapcsolatos előfeltevés, hogy ezek nem mások és nem többek, mint gyógyító struktúrák. Az egyre erősödő elvárások szerint ezek a helyek a használók jóllétének szolgálatában kellene, hogy álljanak. Számos országban erősödik a verseny az egészségügyi intézmények között is, vagyis nagyon fontos kérdéssé vált az ellátás betegek által észlelt és megítélt minősége.

A páciens természetesen a legtöbbször nem tudhatja, hogy melyik eljárás a megfelelő a számára, így nagyon lényeges az a mód, ahogyan foglalkoznak vele – hiszen ebből sok következtetést levon gyógyulási esélyeit illetően (Varga–Diószeghy 2001). A kliens elégedettségének és az ellátás észlelt minőségének bejóslói – a páciens, illetve a kezelőszemélyzet tulajdonságain (lásd pl. Weiss 1988) túl – az egészségügyi intézmény jellemzői.

A bizonyítékokon alapuló térkialakítás fontos alapelve, hogy a szociofizikai térelrendezés támogassa a használó alkalmazkodását az intézményhez úgy, hogy környezetpszichológiailag adekvát módon alakítja az intézményt körülvevő külső tereket, ügyel az intézmény elhelyezkedésére (pl. megközelíthetőség), gondosan megválasztja az épület típusát és kialakítását, körültekintően osztja el az intézményen belül a tereket, aktivitási helyszíneket biztosít mind a betegek, mind a személyzet, mind a látogatók számára, és kitüntetetten kezeli az egyének megfelelő magánszférájának biztosítását a privát és társas terek kialakítása és aránya révén (Joseph 2006).

Környezetpszichológiai szempontból hangsúlyos, amire már Osmond (1970) is felhívta a figyelmet: az egészségügyi intézményekben a kliens számos értelmezhetetlen és gyakran ellentmondó ingert kap, ezért nehezen igazodik el.

KÖRNYEZETI KOMMUNIKÁCIÓ, TÁJÉKOZÓDÁS, ELIGAZODÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖRNYEZETEKBEN

A környezeti kogníció, az eligazodás egy környezetben nem pusztán kognitív teljesítmény, hanem – mivel az alapja alapvető evolúciós szükséglet – az exploráció fontos személy-környezet összeillés-teremtő tényező. Az eltévedés lehetősége és/vagy a környezet jelentésének értelmezhetetlensége, azaz az eligazodás lehetőségének hiánya egy környezetben nagyon komoly stresszforrás (Carpman–Grant 2002), és fordítva a szorongó ember rosszabbul tájékozódik a térben (Kállai és mtsai. 1998). Az egészségügyi intézmények páciensei és látogatói különösen érintettek ebben, hiszen a betegség vagy a szeretett személy féltése amúgy is komoly érzelmi megterhelést jelent.

KÜLSŐ KÖRNYEZET

Már az egészségügyi intézmény – vagy bármilyen más intézménykörnyezet, vö. Kapitány–Kapitány (1989) – megközelítésekor számos szuggesztív impulzus éri a beteget és a kísérőt, sőt az ott dolgozó embert is. Ezek a külső benyomások hatással lehetnek a gyógyulásra vagy – ha mint munkahelyet kezeljük ezeket – a munkahelyi elégedettségre (Warr 2008) és egyéb folyamatokra, amelyeknek akár közvetlen orvosi konzekvenciái is vannak, például a kiégést is csökkenthetik a fizikai környezeti tényezők (Warr 2008).

Számos kutatás (pl. Gosling et al. 2002) igazolta, hogy „a megfigyelők a mindennapi környezetekben hozzáférhető információt használják arra is, hogy benyomást formáljanak arról, hogy a környezet használói milyenek" (i. m. 379). Egészségügyi helyszínekkel kapcsolatos vizsgálatok kimutatták, hogy ezen intézmények potenciális vagy tényleges

használói a létesítmény külseje (Devlin 2008) és belső helyiségei (Harris et al. 2002) alapján benyomást formálnak 1. az ott dolgozó szakemberek feltételezett szakértelméről, arról, hogy 2. milyen lesz a várható klinikai ellátás és 3. hogy hogyan fogják érezni magukat, ha bekerülnek ide. A high-tech külsejű, karbantartott, de már ismerős épületeket például vonzónak találják a páciensek és nagy szakértelmet feltételeznek az ott dolgozókról. A többféle, változatos épülettípusból álló kórházintézményeket jobban kedvelik, mint a monolitikus, masszív, egy tömbből álló létesítményeket (Devlin–Arneill 2003). A kutatások szerint általában a nagyobbnak és drágábbnak tűnő intézményekről születtek jobb ellátást feltételező ítéletek. Ez alól azonban vannak kivételek: a kisebb épületek győztek, ha a „hagyományos ház" kategóriába tartoztak – ekkor otthonosabbnak, barátságosabbnak, tisztábbnak is ítélték őket (Devlin 2008). Természetesen figyelembe kell venni a kulturális eltéréseket: ez a vizsgálat New Englandben zajlott, más területein a világnak feltehetően másként néznek ki a hagyományos házak, vagyis jelentős kulturális különbségek lehetnek, amik feltárásra várnak. A vizsgálat azt is kimutatta, hogy a karbantartottság fontos faktor ezekben az ítéletekben. Ez ismét közhelynek tűnik. Nyilván bizonyos szempontból az is, de talán az ilyen adatok pontos kimutatása, vagyis a korábban említett bizonyítékokon alapuló tervezés nyomatékosíthatja a döntéshozók számára, hogy az egészségügyi intézmények ne legyenek elhanyagolt állapotban.

Kutatások igazolják, hogy a külső vizuális környezeti jelzések (pl. a bejárat láthatósága, a parkoló helyzete) és a térszerkezet hatása az eligazodási folyamatban nagyobb (Reizenstein Carpman et al. 1985; Bascaya et al. 2004).

BELSŐ TEREK

A gyógyítás szolgálatában álló intézmények belső tereit is gyakran vizsgálják környezetpszichológiai nézőpontból, leginkább az eligazodás, az ambiens ingerek, a kommunikáció és a magánszféra-szabályozás szempontjait figyelembe véve.

Az egészségügyi környezetek belső terei gyakran ismeretlenek, szimmetrikusak, homogének, ismétlődő elemeket használnak, falaik fehérek vagy pasztellszínűek. A folyosós térszerkezet az egyforma ajtókkal és a nem túl informatív „tájékoztató" táblák nem segítenek az eligazodásban az amúgy is izgatott betegnek vagy a látogatónak. Ez mind a betegek, mind a látogatóik életminőségét csökkenti, kezelés esetén pedig nem segíti a gyógyulást (Shumaker–Reizenstein 1982).

A belső környezetben való tájékozódás egyik legerősebb faktora a helyszín ismerősségének mértéke (Bascaya et al. 2004). A belső tér megértése kritikus összetevője annak, hogy összeáll-e a használó fejében az épület koherenciája (Evans–McCoy 1998), azaz kiépül-e az eligazodás bázisaként működő kognitív térkép, a tér- és épületséma (İmamoğlu 2009), amely környezetpszichológiai szempontból nem pusztán egy mentális struktúra, hanem a környezeti kompetencia bázisa, és ilyen értelemben erős affektív jelentősége is van: a megléte az „eligazodom a világban" biztonságélményét adja, hiánya erős stresszel jár (Evans 1982).

Az eligazodást természetesen lehet segíteni a megszokott módokon is: megfelelő tájékoztatási rendszer (táblák, feliratok, térkép) és/vagy tájékoztató brosúra (Sheard–Garrud 2006; Komsa et al. 2009) alkalmazásával. Utóbbi előnye, hogy többször megnézegethető, lapozgatható, és hatékonysága jól felépített verbális és képi pozitív szuggesztiókkal növelhető.

Fontos, hogy a vizsgálók, kezelők műszerei, berendezése gyakran értelmezhetetlenek a beteg számára: „A belépés egy korszerű kórházba olyan, mintha egy földönkívüli űrhajóba lépnénk be. A hangulat megfélemlítő és ismeretlen. […] Gyakran […] áttekinthetetlen az ajtók, folyosók sora […] egy nagy, félelmetes struktúrában. […] Mintha egy túlméretezett légkondicionálóban járnánk" (Carver 1990, oldalszám nélkül).

Az egészségügyi környezetek elrendezése, kialakítása, tárgyai környezeti kommunikációként (Dúll 2009) hatnak: a beteg – az ott folyó személyközi interakciókkal együtt, azok ellenére vagy azok mellett – számos következtetést von le ezekből saját állapotára, gyógyulási esélyeire vonatkozóan. Ráadásul fájdalmai vannak, fél (ez a kísérőre vagy a látogatóra is igaz lehet), ami befolyásolja az eligazodási, környezeti jelentésadási képességet és fordítva: a számára értelmezhetetlen helyzetben levő beteg jobban szorong. A balesetet szenvedő, az intenzív osztályon eszméletlenségéből magához térő beteg esetében például „abból kell kiindulnunk, hogy a beteg nem volt felkészülve erre a helyzetre, éppen ezért szélsőséges félelem, pánik jellemzi őt (függetlenül attól, hogy ez látszik-e rajta). Például moziba indult, vagy bevásárolni, és egyszer csak egy ismeretlen kórházi ágyon „ébred", és a szájában levő lélegeztetőtubus miatt még csak beszélni sem tud. […] az intenzív osztályra kerülő beteg meglehetősen sajátos helyzetben találja magát, amikor a koedukált kórtermekben, rengeteg ismeretlen géppel körülvéve, számos invazív eljárást testi-lelki értelemben elszenvedve, hálóruhájától is megfosztva fekszik. A testi integritást, csövek, katéterek, szondák, drének bontják meg. Mindez erősen megingathatja személyes egyediségük és emberi méltóságuk érzését. […] ezek a körülmények finoman szólva nem segítik elő az aktív, önnön gyógyulásában felelősen együttműködő partner szerepének kibontakozását" (Varga 2005, 421).

EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK FELÚJÍTÁSA, ÁTALAKÍTÁSA – A BEAVATKOZÁS KÖRNYEZETPSZICHOLÓGIAI HATÁSAI

A bizonyítékon alapuló tervezés egyik fontos támpillérét jelentik azok a kutatások, amelyek teljes kórházegységeket (egész épületeket, épületblokkokat, intézményeket) mérnek fel felújítás előtt és után, vizsgálva a páciensek, illetve a gyógyító személyzet reakcióját a változásokra (Zimring–Bosch 2008). Egy pszichiátriai osztály felújításakor (nyílászárófestés, tapéta- és szőnyegcsere, változások a világításban, a nappali bútorzatának, függönyeinek, növényeinek cseréje, fürdőkádcsere, valamint egy, a folyosó végén spontán kialakult társas sarok otthonosabbá tétele: kitapétázása, ellátása szőnyeggel és függönyökkel) például azt találták (Devlin 1992), hogy az átalakítások után 1. a személyzet tagjai (ha bizonyos dolgokba, pl. a függönyválasztásba beleszólhattak) összes-

ségében kedvezőbben értékelték az osztályt és kezelhetőbbnek találták a betegeket. Másrészt 2. a betegek (geriátriai páciensek) sztereotip mozgásai, ide-oda bolyongásai ténylegesen is csökkentek, többet és zavartalanabbul tartózkodtak a nappaliban, nyugodtabban nézték a tévét, csökkent a nappaliban az elszunyókálások száma, viszont hosszabban és pihentetőbben aludtak a kórtermekben. Az is kiderült, hogy bizonyos változások (pl. a tapéta színének vagy a világításnak a módosulása) nem eredményeztek mérhető változást, mások (pl. ha a nappali bútorzata vagy a folyosósarok berendezése változott) pozitív hatást fejtettek ki, bizonyos beavatkozások pedig addig nem jelentkező problémákat váltottak ki (pl. néhány helyiségben túl soknak észlelték a bútort, ami – azon túl, hogy a kerekes székes betegek mozgását megnehezítette – zsúfoltságot idézett elő). Az egységesen pozitívnak ítélt változás a növények bekerülése volt, sőt, mindenki többet szeretett volna belőlük. A kutatás megint csak az árnyalt és gondos, a környezeti jellemzők hatásának interakcióit is figyelembe vevő vizsgálatok szükségességére hívja fel a figyelmet.

A modern környezetpszichológiai alapú, emberközpontú tervezés (Greenhouse 2010) már széles spektrumú beavatkozások alapjaként használja a bizonyítékalapú környezetkialakítást az egészségügyi intézményekben, például az agitált viselkedés csökkentésére (Cohen-Mansfeld et al. 1990), az Alzheimer-kór tünetei kialakulásának lassítására (Cohen–Day 1993), az intenzív osztályokon a gyógyító személyzet viselkedésének segítésére (Shepley 2002) és az őket érő stressz csökkentésére (Shepley et al. 2008), vagy a palliatív gondozás kontextusában (Schofield–Payne 2003). Mindez a beteg és a személyzet szükségleteinek finomabb elemzéséhez és olyan proaktív beavatkozásokhoz vezetett, mint a gyógyító célú gyermekintézmények kialakítása életkori övezet szerint, alkalmazkodva ahhoz, hogy a beteg kisgyermek vagy serdülőkorú (Anjoulat et al. 2006), vagy a pszichológus-tanácsadó szobájának környezetpszichológiailag kedvezőbb kialakítása (Watkins–Anthony 2004; Miwa–Hanyu 2006), vagy éppen a váróterek (Sediánszky 1979; Arneill–Devlin 2002; Leather et al. 2003) és a kórházkertek (Whitehouse et al. 2001; Topf 2005) inkluzív kialakítása.

Ez a kommunikációs kapcsolat a környezettel – mint korábban említettük – sok tekintetben nem tudatosuló, ambiens természetű. Az ambiens hatások az egészségügyi környezetekben is nagyon jelentősek (lásd pl. Rubin–Owens 1996).

AMBIENS KÖRNYEZETI INGEREK, KÖRNYEZETI STRESSZ

Az ambiens szó olyan ingereket jelöl, amelyek úgy vesznek bennünket körül, hogy nem tudatosulnak, ám az emberi működéseket gyakorlatilag minden szinten meghatározzák: a fiziológiai működések, a motiváció, az érzelmek, a viselkedés, a gondolkodás és a társas interakciók szintjén egyaránt. Az ambiens tényezők tehát körülvevő természetű, nem vagy nehezen tudatosuló környezeti hatások: hang (Ballas–Howard 1987), fény (Heerwagen 1990), hőmérséklet, időjárási hatások (Knez–Thorsson 2006) stb. Figyelembe véve a környezet amúgy is nehezen tudatosuló természetét, az ambiens jellemzők

különösen fontos hatáscsokrot alkotnak, mivel természetükből eredően nagyon nehezen kutathatóak, vizsgálhatóak, viszont gyakran válnak környezeti stressz forrásává. Ma már klasszikus tanulmányok (pl. Lazarus–Cohen 1977) igazolják, hogy a környezeti stressz rendszerszemléletben érthető meg: erős kapcsolat mutatkozik a fizikai, az élettani és a pszichológiai szintek között. Az „ambiens stresszor" (Campbell 1983) fogalom krónikus, globális környezeti helyzetre vonatkozik, amely – általánosságban fogalmazva – veszedelmes ingerlést jelent, és amellyel (jellegénél fogva) a szokásosnál megterhelőbb feltételekkel lehet megküzdeni vagy alkalmazkodni hozzájuk.

A környezeti stressz értelmezésekor a kutatók a Selye-féle stresszmodellből (1976) indulnak ki (Parsons–Tassinary 2002): a modell eredeti formájában annyira általános, hogy maga a folyamat specifikálható környezeti kontextusban is (Halpern 1995). Az ambiens stresszorok „krónikus, negatívan értékelt fizikai környezeti helyzetek, amelyek befolyásolhatatlanok (pl. nem lehet előlük elmenekülni) és stresszhez vezetnek" (Topf 1994, 289) – vagyis alkalmazkodásra, megküzdésre serkenthetnek. Ambiens stresszorként működhet a zsúfoltság, a környezetszennyezés (Matthies et al. 2000), a zaj (Raffaello–Maass 2002), a forgalmi torlódások (Evans et al. 2002) stb. Ambiensek ezek a tényezők, mert – szemben az észlelhető, tudatosuló ingerekkel – a háttérben működnek, viszont erőteljesen hozzájárulnak az adott környezet pszichológiai klímájához (pl. ahhoz, hogy milyen a hely domináns hangulata: félelmetes vagy gyönyörködtető stb.). Így tehát egy ambiens környezeti inger, csak azért, mert nem tudatosul, még nem lesz automatikusan ambiens stresszor!

Az ambiens stressztényezők jellemzői a következők (Campbell 1983):

1. Észlelhetőség – ezek az ingerek észlelhetővé tudnak válni: nem szubliminálisak és természetük nem értelmezés kérdése, vagyis nem szubjektívak abban az értelemben, hogy észlelhetőségük nem pusztán fizikai tulajdonságaikon alapul – intenzívek is lehetnek, például szélsőséges vagy szokatlan környezetekhez (Décamps–Rosnet 2005) vagy katasztrófahelyzetekhez (Rotton et al. 1997) kapcsolódóan –, hanem jellemzőik az észlelő motivációs odafordulásával interakcióban hatnak. Lényeges tehát, hogy az ambiens stressztényezők összefüggenek azzal, hogy mennyire kapcsolódnak össze fontos pszichológiai szükségletekkel. Összességében tehát észlelésük fizikai tulajdonságaiktól és a személy pszichológiai jellemzőitől kölcsönhatásban függ (vö. Little 1987).

2. Krónikus jelleg: ezek a környezeti helyzetek tartósan fennállnak vagy olyan gyakran/rendszerességgel jelennek meg, hogy már stabil környezeti kondíciónak számítanak. Majdnem állandóan jelen vannak a helyzetben. Lehetnek időben változó intenzitásúak és/vagy olyan gyakorisággal és rendszerességgel jelenhetnek meg, hogy mintázatuk miatt állandónak tekinthetők (pl. jellemzően ilyen a csúcsforgalmi zaj vagy a légiforgalmi zaj – erre alább visszatérünk): vagyis a hatásnak kitett személy rutinszerűen, kiterjedt időszakaszban találkozik velük.

3. Negatív színezet: ez nemcsak a hatás élményelőjelét jelenti – bár például a környezeti zaj pszichológiailag „nemkívánatos hangokként" határozható meg, mivel részben az észlelő élménye definiálja –, hanem tényleges, lélektani módszerekkel mérhető negatív

hatások keletkeznek: ezek a környezeti szituációk vagy ingerek jellemzően helyzeti kényszerekkel, meghiúsulásélménnyel, irritációval, nemkívánatossággal, utálkozással, kényelmetlenséggel, frusztrációval járnak. Viszont nagy egyéni, csoport- és kulturális eltérések lehetnek a megélésükben, például ismert adat, hogy akik hosszabb ideje élnek szennyezett levegőjű vidéken, a levegő szennyezettségét semlegesnek élhetik meg, sőt, bagatellizálják (Evans–Jacobs 1982).

4. Sürgetettségélmény-hiány és makacs jelleg: az ambiens stresszorok azért is károsak, mert – szemben például egy természeti katasztrófával – nem eredményezik az azonnali károsodás élményét, és emiatt az a késztetettség sem váltódik ki feltétlenül, csak inkább késéssel, hogy azonnal közbe kell lépni. Tehát nem váltanak ki azonnali elkerülő vagy megküzdő akciót. Megszokhatóságuk mellett ezért is tartják ezeket sokáig elviselhetőnek, vagy éppen teljesen semmibe veszik őket. A stresszor makacssága párhuzamba állítható annak kontrollálhatatlanságával, de az ingerre vonatkozóan: vagyis nem a személy nem tudja kontrollálni, hanem nem lehet kontrollálni például a környezeti zajt. Így gyakori pszichológiai reakció a tehetetlenségélmény: a környezeti szituációt a hatásnak kitett személyek gyakran status quóként fogadják el, így további károsodásnak kitéve magukat. Empirikus környezetpszichológiai bizonyítékok állnak rendelkezésünkre arról, hogy olyan pszichológiai faktorok, mint a környezeti zaj kapcsán észlelt kontroll és információ a stresszorról pozitív irányba mediálhatják a stresszhatásokat, azaz feldolgozhatóvá és így csökkenthetővé teszik azokat (Lercher 1996).

5. Befolyásolhatatlanság: ez azt jelenti, hogy az embereknek az ambiens stresszorokra adott válaszai gyakran hatástalanok. A befolyásolhatatlanság az ilyen ingerek viszonylag állandó, objektív jellemzője – nem arról van szó, hogy nem észlelhető kontroll felettük, vagyis az ellenőrzésük nem észlelési kérdés. Lehetségesek persze ellenük megküzdési válaszok egyéni (egy ház hangszigetelése vagy elköltözés) vagy csoportos (levegőszennyezés elleni kollektív akció) jelleggel, de ezek nem változtatják meg magát az ambiens zajt vagy a szmogot. Ezért ezeket az emberek gyakran egyszerűen a helyzet velejárójaként fogadják el.

Az ambiens környezeti stresszoroknak tehát aktuálisan is kiszolgáltatott az ember, és a stresszor elmúlta után gyakran mutathatók ki viselkedési utóhatások is (Glass–Singer 1972; Cohen 1980).

Az ambiens ingerekkel kapcsolatban temérdek kutatás folyik a környezetpszichológiában. A fejezet terjedelmi korlátait szem előtt tartva alább példaként a zaj környezetpszichológiai hatásait elemezzük kissé részletesebben.

ZAJ

A környezeti stressz szervezetre gyakorolt befolyásának kutatásában a hatvanas évek végétől előkelő helyet foglal el a kontrollálhatatlan és bejósolhatatlan zaj élettani és pszichológiai hatásának vizsgálata. A környezetpszichológusok széles hatásmezőben elemezték a zaj emberi viselkedésre és jóllétre, egészségre gyakorolt hatását (lásd Dúll 2010b).

A legtöbb környezetpszichológiai tanulmány a közlekedési (elsősorban repülőtéri, közúti, szórványosabban vasúti közlekedésből származó) zajokkal foglalkozik, de komolyan vizsgált problémát jelent a gyerekeket körülvevő iskolai zaj, illetve az iskola környékének zajossága, mert a zaj nagyon megnehezíti a tanulást egyébként optimális környezeti feltételek között is (Boman–Enmarker 2004). A zaj egyik legfontosabb hatása az irritáció (annoyance), amely a megélés szintjén zavarásélménnyel, kellemetlenség- és frusztrációérzéssel jellemezhető. Ugyanakkor a hangok, zajok fontos információhordozók: sok esetben ezek alapján igazodunk el a városi környezetben (Southworth 1969).

Mindennapi szituációkban az emberek gyakran panaszkodnak arról, hogy még közepes zajhelyzetekben is, amelyeknek nincs kimutatható hatása a hallásra, irritáció és teljesítménycsökkenés áll elő. A kutatások szerint még az átlagos zajhatás is negatívan befolyásolhatja például a gyermekek kognitív fejlődését, mert a jelenleg nem egészségre káros mértékűnek tekintett zajnak is vannak negatív hatásai (Lercher et al. 2003). A zajos szituációkat eleinte jellemzően laboratóriumban vizsgálták, de a nyolcvanas évek óta számos ökológiai validitásellenőrző kutatás (pl. Cohen et al. 1980; Skånberg–Öhrström 2006) igazolta, hogy nincs eltérés a hasonló intenzitású közlekedési zaj például alvásra gyakorolt hatásában laborban, illetve terepen, vagyis a laboratóriumi és a terepvizsgálatok egyaránt kiindulási alapot jelenthetnek a jelenségek megértésében.

Repüléssel kapcsolatos zajvizsgálatok szerint a repülőgépek zaja negatívan befolyásolja például a teljesítményhatékonyságot. Repülőtér melletti iskolában a zaj csökkentette a tanulók és a tanárok teljesítményét (pl. Smith–Stansfeld 1986), interferált az órai munkával, zavarta azt. Cohen és munkatársai (1980) eredményei szerint krónikus repülőgépzajnak kitett iskolákban mind a tanárok, mind a tanulók fáradtak és idegesek voltak, kevésbé vonódtak be a munkába és csökkent az iskolával való elégedettségük. A gyerekek hamarabb feladták a feladatvégzést, fogékonyabbak voltak a zavarásra és alacsonyabb teljesítményt mutattak a kognitív feladatokban. A motiváción és a teljesítményen kívül a társas viselkedést, kommunikációt és számos fiziológiai folyamatot, pl. az alvást is befolyásolta a zaj, illetve a krónikus zajhatásnak kitett résztvevők több diagnosztizált orvosi problémában szenvedtek, például a gyerekek vérnyomása magasabb volt a zajos területen levő iskolában, mint a csendes területeken. Krónikus zajterhelés esetén markáns utóhatások mutathatók ki, pl. a gyerekek a tanítás végeztével is fáradtabbak voltak (Cohen 1980).

Az iskolai zaj azért is káros, mert mind a gyerekekben, mind a tanárokban ingerültséget okoz, és akadályozza a kommunikációt és a tanulást/tanítást. Egy vizsgálatban (Enmarker–Boman 2004) diákokat és pedagógusokat kérdeztek meg az iskolai zaj zavaró hatásáról. Mindkét vizsgálati csoport nagyon zavarónak ítélte a zajt, ezen belül egybehangzóan a fecsegést mint háttérzajt tartották a legzavaróbb zajforrásnak az osztályban. Mindenki félbeszakítottság-élményről, ingerültségről számolt be, de a tanárok zajérzékenyebbnek tartották magukat és intenzívebb stresszről számoltak be, mint a diákok, ingerültebbek voltak és bejósolhatatlanabbnak észlelték a zajt.

A kutatások azt is kimutatták, hogy van némi adaptáció a zajra adott stresszválaszban, ám nincs adaptáció a kognitív és a motivációs hatásokban (Cohen et al. 1981; Cohen et al. 1981). Minél hosszabb idejű volt a zajnak kitettség, annál nagyobb volt a negatív eredmény. A zaj egyik hatásmechanizmusa, hogy egyaránt csökkenti a pillanatnyi hatékonyságot a figyelemben, a memóriában és a tevékenységben – így ún. mindennapi hibákhoz vagy kishibákhoz (minor errors) vezet a hétköznapi életben. Csökken a koncentráció, a személyek gyakrabban jönnek ki a sodrukból, dühösebbek, több a hangulatváltozás, gyakoriak az észlelési, memória-, figyelem- és tevékenységhibák – azaz az információfeldolgozás deficitje általános. A mindennapi hibák megjelenését arra vezetik vissza, hogy az információfeldolgozó rendszernek üzemmódot kell váltania és nem tud olyan magas szinten működni, mint kellene (Broadbent 1979), különösen azoknál, akik nagyobb zajérzékenységgel rendelkeznek. A zajérzékenység fogalma még nem teljesen tisztázott. Ugyanakkor számos kutatás jelentős egyéni különbségeket talál a zajérzékenységben, amit a zajirritáció közvetítő faktorának tartanak. Elképzelhető például a zajérzékenység összefüggése a korábban említett ingerszűrési (Mehrabian 1977) vonással, vagy egyéb személyiségváltozókkal. Kórházi kontextusban például megvizsgálták intenzív osztályon dolgozó nővérek zajérzékenységét, és azt találták, hogy zajstressz esetén a személyiség edzettsége (personality hardiness) csökkenti a zajra való fogékonyságot, de a hatást lépésenkénti többszörös regresszióanalízissel megvizsgálva kiderült, hogy az edzettség komponensei (elkötelezettség, kontroll és kihívás) közül csak az elkötelezettség tartja fenn ezt a kapcsolatot (Topf 1989). A zaj (és általában véve az ambiens ingerek) és a pszichológiai változók kapcsolatának tisztázásához mindenképpen további vizsgálatokra van szükség.

A zaj által okozott ingerültség rendkívül összetett reakció a stresszorra: magába foglalhat irritáció- és diszkomfort érzést, frusztrációt, és akár agresszióhoz vagy bűncselekményhez is vezet, ha a zaj interferál a zajnak kitett ember gondolataival, érzelmeivel vagy folyamatban levő aktivitásaival (Evans–Stecker 2004). Egy kísérletben például harminc perc elháríthatatlan zaj – szemben az elháríthatóval – emelte a depresszív fiziológiai arousalt: az alanyok fokozottabb depresszióról és tehetetlenségről számoltak be (Breier et al. 1987). A hasonló adatok alapján lehetséges kapcsolatokat feltételeznek a krónikus, környezeti feszültségforrások és a depresszió között (Parsons–Tassinary 2002).

A zajnak vitathatatlan hatása van az alvásra is. Az alvászavarok egyik leggyakoribb forrása a környezeti zaj. Az éjszakai környezeti zajhatás (lásd Night noise guidelines for Europe, WHO 2009) elsődlegesen okoz alvászavarokat: elalvási nehézséget, felébredéseket, alvásmintázat- vagy alvásmélység-változást (Horne et al. 1994), illetve a leggyakoribb hatás az alvás széttöredezése (sleep fragmentation). A megszakítatlan alvás viszont a megfelelő élettani és mentális működés, és így az egészséges élet elemi feltétele.

A legtöbb tanulmány az alvás és a közlekedési zajok, elsősorban a repülési zajok kapcsolatával foglalkozik (de többen foglalkoznak a közúti zajokkal is, pl. Öhrström–Skånberg 2004). Egy kutatásban (Saremi et al. 2008) például kimutatták, hogy

a közlekedési zajok (ők a vonatközlekedést vizsgálták) alvászavar szempontjából potenciális rizikóforrást jelentenek azok számára, akik a zajforrás (állomás) mellett laknak. Különböző típusú vonatok zajának (35 dB, 40 dB, 50 dB) hatását hasonlították össze az éjszakai alvás közben poliszomnográffal mért aktivitásszintre (arousal), és vizsgálták, hogy összefügg-e a zaj alvászavaró hatásával a zajszint és az életkor. Az eredmény szerint az alvási háttéraktivitás-szint (arousal) válaszkészség a hang intenzitásszintjével nőtt, azaz a személyek sokkal éberebben aludtak mindhárom zajszintben. A zaj leginkább a második alvásfázist és a REM-szakaszt befolyásolta. Zajszinttől (vonattípustól) függetlenül mikro-arousalnövekedések jelentek meg az alvásidő 25–30%-ában, vagyis mikroébredések jelentkeztek – ami alvásszéttöredezésre utal. Mindez életkortól függetlenül, egységesen jelentkezett. További kutatások (Staples et al. 1999) szerint a lakóhelyük környékén zajkockázatot vagy tényleges zajt észlelők elégedettsége az egész környékkel csökken: romlik a környék egyéb tulajdonságainak megítélése is. Tehát azok, akiket jobban zavar a zaj, a környékük egészével általában is kritikusabbak. A zajélményt ebben a kontextusban lényegileg befolyásolja 1. a személyek arra vonatkozó hite/elképzelése, hogy a zaj megelőzhető-e vagy nem, illetve hatósági vagy egyéb úton csökkenthető vagy nem; 2. a zajforrás észlelt hasznossága; és 3. a zaj esetleges társulása más kellemetlen hatásokkal. A kutatók javaslata szerint a szakemberek oldaláról érdemes lenne a zajérzékenységet nem egyszerűen úgy kezelni, mint valami egyéni irritációkészséget vagy ingerelhetőséget, hanem a teljes lakókörnyékkel kapcsolatos értékelések, attitűdök, azaz a lakóhellyel való elégedettség szerves részének kellene tekinteni: a zajt ugyanis úgy értékelik az emberek, mint ami az egész környék ott élési kívánatosságát rontja. A zajélménnyel kapcsolatban számos környezeti és pszichoszociális faktort árnyaltabban kellene vizsgálni, és így a környezettervezésben és -kialakításban az életminőséget és a gazdasági érdekeket szervesebb egyensúlyba lehetne hozni.

ÖSSZETETT AMBIENS STRESSZOROK

Az ambiens stresszorok gyakran nem elszigetelten jelentkeznek. A többszörös, összetett környezeti stresszorok hatását viszonylag kevesen vizsgálják. Egy helyzetben, ahol a vizsgálati személyek összetett, szekvenciálisan bekövetkező stresszoroknak voltak kitéve, az első stresszor (zaj) utóhatásai (megnövekedett kardiovaszkuláris aktivitás és teljesítménycsökkenés) markánsan megnyilvánultak a második stresszhelyzet (vizsga) alatt (Evans et al. 1996).

Az otthoni zajterhelés (ami az utcáról, a környékről jön be a lakásba) által kiváltott stressz ingerültséget okoz és rontja a vizsgálati személyek szubjektív egészségbecslését (Wallenius 2004). Wallenius az eredményeket a stressz adaptív költségmodellje (Cohen 1980) alapján értelmezi. Eszerint a zaj számos hétköznapi aktivitást (alvás, pihenés, olvasás, tanulás, tévénézés) zavar meg. Ezek a tevékenységek kitartó figyelmet és/vagy pihenési motivációt feltételeznek. A zaj által keltett ingerültség – főleg egyéb stresszhelyzetek szimultán fennállása esetén egyrészt a koncentráció érdekében további

kognitív erőfeszítést okoz, másrészt gátolja a stressz és a kimerültség alóli felszabadulást – a fokozott pszichofiziológiai működés árán. A kettős vagy többes stresszhatás rosszabb megélt általános egészségi állapotot és számos testi tünetet okoz.

AMBIENS INGEREK ÉS EGÉSZSÉGÜGYI HELYZETEK

Hosszabb kórházi tartózkodás és/vagy erősebb beavatkozás esetén különösen jelentősek az egészségügyi környezet nem tudatosuló hatásai. A kórházi hangok, fények, a kórterem, a betegtársak stb. mind fontos részei a szociofizikai helyzetnek. Ezek a körülvevő természetű, többnyire érzékszervi ingerdimenziók (pl. fény: intenzitás, frekvencia, villogás; hőmérséklet: hőárnyékolás, páratartalom; hang: zene, zaj; ablakok: kilátás; helyiség: méret, arányok; dizájnváltozók: szín, textúra, falak, berendezés stb.) és ezeken keresztül a páciens, a gyógyító stáb és a látogatók magánszféra-szerveződése és környezeti kontrolljának alakulása szempontjából nagyon fontos, ám nem vagy nehezen tudatosuló hatásmechanizmusokat jelentenek.

A betegek nemcsak a betegség és a fájdalom miatt élnek át stresszt, hanem a kórházi tartózkodás miatt is. Ez utóbbi a látogatókra is érvényes, sőt pl. az intenzív osztályokon gyógyító személyzetre is (Shepley 2002; Shepley et al. 2008). A betegség és a stressz miatt megváltozik a betegek észlelése, gondolkodása, érzelmi állapotai (Osmond 1970), csökken a kontroll, fokozódik a szuggesztiókra való érzékenység (Varga–Diószeghy 2001) és sok, a kórházi környezet kényszerítő jellegzetességeiből (Upadhyay 2009) adódó viselkedésváltozás lép fel. Számos pszichológiai hatás befolyásolja például a szorongáson keresztül a műtét utáni felépülést (Kiecolt-Glaser et al. 2003): a fiziológiai és személyiségtényezőkön, illetve a verbális és egyéb pszichológiai támogatáson (mint például az informatív tájékoztatás a várható tapasztalatokról, Suhonen–Leino-Kilpi 2006), a szuggesztív kommunikáción (Varga 2005) vagy a társas támogatáson kívül a környezeti-tárgyi tényezők is nagy hatással lehetnek a gyógyulásra (Upadhyay 2009).

Az ambiens tényezők hatásának kutatásakor egy-egy környezeti tényező hatását vizsgálják, de általában nem elszigetelten, hanem kontextusba illesztve. Ezekből alább példaként az ablak és a színek szerepét tárgyaljuk röviden.

Az ablak szerepét az épített környezetben és az egészségügyi helyeken (pl. kórteremben) sokáig építészeti-funkcionális szempontból elemezték, és így sokáig pusztán a fénymegvilágítás és a szellőzés szempontjából tartották fontosnak. A téli depresszió (Rosenthal et al. 1985) leírása kapcsán derült fény arra, hogy a természetes fénynek számos egészséggel-betegséggel kapcsolatos vonatkozása, kiderült, hogy a kilátásnak (látni, de nem látszani – Appleton 1970) evolúciós túlélési értéke van. Világossá vált, hogy az ablak funkciója környezetpszichológiai értelemben több a puszta fénybeengedő szerepnél (Leather et al. 1998): a szükséges természetes fényhatáson kívül csökkenti a szenzoros deprivációt, segíti az optimális információszint kialakulását, jelentésteli kontextust teremt a külvilággal, a természeti elemek látványán keresztül fokozza a pszichológiai restaurációt – vagyis erősen stresszcsökkentő hatású. A betegek meg tudják

fogalmazni az ablakokkal kapcsolatos igényeiket (Verderber 1986): a kevés, vagy kicsi ablakos kórtermeket azonosan ítélték meg a ténylegesen ablaktalanokkal, ám az ablakszerű vagy látványpótló elemekkel rendelkező szobák elkülönültek azoktól, amelyekben egyáltalán nem volt ilyen. Ha van ablak, akkor nem mindegy a látvány, a betegek leginkább az informatív nézelődést tartják fontosnak: legyen rálátásuk a kórházon kívüli városi életre, mindenképpen természeti tájra, és magára a kórházra is. Kedvelik, ha a látvány mindig hozzáférhető a személy aktuális pozíciójából és látószögéből. Az ablak szerepét nemcsak kórházakban kutatták, hanem iskolákban (Küller–Lindsten 1992), munkahelyeken (Heerwagen–Orians 1986) és általában az épített környezetben (Farley–Veitch 2001).

Egy másik kórházi ambiens változóval, a kórtermek falának színével kapcsolatban például kiderült, hogy a fehér, halványnarancs, halványzöld árnyalatok közül a narancs erősebb arousalkeltő hatással bírt, mint amekkora nyugtató hatása volt a zöldnek. Egyik hatás sem volt nagyon erős, de ez akár arra is visszavezethető, hogy a szerzők (Dijkstra et al. 2008) számítógépes szimulációs vizsgálatot végeztek, vagyis nem valódi kórtermekben kutatták a hatást.

A konkrét színhatásoknál azonban jelentősebb ebben a vizsgálatban, hogy már ilyen egyszerű ingerek esetén is erős a személy-környezet tranzakció: a színek hatásában erős egyéni különbségek mutatkozhatnak a vizsgálati személyek ingerszűrő képességének (Mehrabian 1977) függvényében. Dijkstra és munkatársainak (2008) említett vizsgálatában is így volt: mind a narancs, mind a zöld színre az alacsony ingerszűrés vonással rendelkezők reagáltak fokozottan mindkét irányba (narancs: arousalkeltő, zöld: nyugtató), míg az alacsony ingerszűrőknél nem volt jelentős hatás. Vagyis a kórtermi fal színének általánosságban elhanyagolható egészséggel kapcsolatos hatása volt, azonban ha az ingerszűrő képességet figyelembe vesszük, a hatás teljesen nyilvánvaló. Ez az eredmény is felhívja a figyelmet arra, hogy több kutatás szükséges a környezeti jellemzők egészségi hatásairól.

EGÉSZSÉGKÁROSÍTÓ MAGATARTÁSFORMÁK KÖRNYEZETPSZICHOLÓGIÁJA – EGY PÉLDA: ALKOHOLFOGYASZTÁS

A környezetpszichológia és az egészségpszichológia kapcsolatában benne rejlik a lehetőség: a közös kutatások nyomán fokozatosan a prevenciótól a gyógyításig a teljes egészségügyi kontinuum minden fázisa értelmezhető lehet a megfelelő szociofizikai kontextusban (Quirk–Wapner 1995). Ebben a megközelítésben természetesen fontos az egészségkárosító magatartásformák környezetpszichológiai elemzése is. A jelen fejezetben példaként csak az alkoholfogyasztást elemezzük, és azt is elsősorban az egyik

legveszélyeztetettebb populáció, az egyetemisták szempontjából. Szórványos tanulmányok vannak már a dohányzás (Fuqua et al. 2004), a marihuánahasználat (Moffat et al. 2009), az evészavarok (Feng et al. 2010), a HIV-prevenció (Mabala 2006) vagy éppen a kockázatos szerencsejáték-viselkedés környezeti aspektusainak (Parke–Griffiths 2006) elemzésére – ezekre a fejezetben terjedelmi korlátok miatt nem térünk ki.

Egyetemisták alkoholfogyasztásának szociofizikai kontextusa

A környezetpszichológiai kutatások (pl. Glindemann–Geller 2003) szerint az alkoholfogyasztást (különösen a kockázatos ivást) szituációs (szociofizikai környezeti és diszpoziciós változók kölcsönhatása befolyásolja.

Az alkoholfogyasztás és a környezet viszonya tágabb megközelítésben humanisztikus földrajzi értelemben is értelmezhető, pl. a modern városfejlődéssel és a köztérhasználattal összefüggésben (Jayne et al. 2006; Jayne et al. 2008). Eszerint fontos odafigyelnünk az ún. városi ivás és az ennek szó szerinti értelemben teret adó városi ivásterek jelenségére – amelyben a környezet- és egészségpszichológiai jelenségeken kívül számos érdekes társadalmi és kulturális viszony leképeződik. Az „alkoholföldrajzi" kutatások alaptézise, hogy az alkoholos italok fogyasztása és a modern városi élet fejlődése szoros kapcsolatban van – antropológiai kontextusban egyfajta társas kontrolleszköz a modern város politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális és fizikai fejlődésében. Környezetpszichológiai értelemben ez azt jelenti, hogy ivókultúrák jöttek létre, amelyek a szociofizikai ivóhelyek kontextusában érthetők meg (Stokols 2000). Értelmezhető ez a klubkultúrákra (Thornton 1995), az ifjúsági csoportokra (Miles 2000), a pubkultúrára (Hey 1986), sőt, akár a maszkulinitás-femininitás konstrukciójában (Ettore 1997; Gough–Edwards 1998) is szerepe van. Explicit módon kapcsolódik az agresszióhoz (Norstrom 1998; Deehan 1999), a bűnözéstől való félelemhez (Thomas–Bromley 2000), amelyek mind visszahatnak a tér pszichológiai leképeződésére is. Jayne és munkatársai (2006) elemzésében a köztér, a publikus és a privát szféra kap nagy szerepet. Elemzésükben a városi ivás jelensége sokféle és heterogén jelenség, ami szorosan összekapcsolódik a közterek termelésével és fogyasztásával és ennek ellensúlyaként a privát terek szerepének változásával. Úgy tűnik, történetileg a termelés fejlődésével bevezetett hivatalos ünnepekhez nem hivatalos ünnepek is csatlakoztak, pl. a „szent hétfő", aminek a lényege, hogy a hét első napja a nagyfokú iváshoz kapcsolódik (Malcolmson 1973), amiket nem otthon folytatnak az emberek, hanem erre a célra kialakított terekben, például kocsmákban. A későbbiekben pedig idekapcsolódnak a modern városi lét velejáróinak tekinthető karneválszerű utcai felvonulások, amelyeken nagyfokú italozás folyik (Kneale 2001). Érdekes, hogy a városi ivás téri kontextusához hozzátartoznak a kijózanodás-kijózanítás terei is. A detoxikáláshoz, illetve alkoholelvonó kúrákhoz például nagyfokú félelem társul, amely általában négy vonatkozásban jelentkezik (Allen et al. 2005): félnek az emberek 1. a színtértől, ahol a beavatkozás zajlik; 2. a fizikai következményektől;

3. a kezeléstől, és attól; hogy 4. milyen lesz az élet rövid vagy hosszabb távon alkohol nélkül a mindennapokban. Ez arra utal, hogy a félelemcsökkentés fontos a beavatkozás során, és érdemes figyelmet fordítani mind a kezelés környezeti kontextusára, mind annak személyes jelentésére. Ez természetesen szempont lehet a prevenciós munkában is.

A felsőoktatásban tanulók között világszerte feltűnően súlyos probléma a magas kockázatú ivás (Glindemann et al. 2007; Vantamay 2009): felsőoktatási tanulmányaik alatt a hallgatók 80–90%-a beszámol alkoholfogyasztásról, mintegy 43%-uk közelítőleg magas kockázatú ivást folytat, és körülbelül 22%-uk ténylegesen magas kockázatú ivó (Wechsler et al. 2002). Ez számos járulékos problémával kapcsolódik össze, például a tanulmányi előmenetel romlása, konfliktusok a barátokkal és párkapcsolatban, szexuális problémák vagy nem tervezett kockázatos szexuális viselkedés (George et al. 2008), tulajdonkárosodás, alkoholos állapotban való vezetés, egészségproblémák, sokféle nemkívánatos társas interakció (akár józan állapotban: gondot jelenthet, hogy részeg személyről kell gondoskodni) (Glindemann et al. 2007).

Az egyetemi-főiskolai hallgatók ivási viselkedésében a kutatások szerint számos szociofizikai környezeti tényező játszik szerepet. Egy vizsgálat (Cross et al. 2009) szerint a campuson lakó diákok gyakrabban isznak alkoholt, több komoly alkoholfogyasztási epizód jellemző rájuk. Mindez elsősorban a társas élethez kapcsolódóan és főleg a kollégiumokban történik. (A vizsgálatban kontrollálták az ivást bejósló egyéb változókat: attitűdök, nem, középiskolai ivás, társak ivásának percepciója.) A jelenséget a szerzők szerint jól magyarázza a rutinaktivitás-elmélet (Cohen–Felson 1979), amelyet eredetileg a fosztogatásos bűnözés megelőzésére dolgoztak ki. Az elképzelés szerint a károsító helyzet három faktor (motivált elkövető, megfelelő célpont, alkalmas őr hiánya) interakciójának eredménye. Az elképzelést Gilbertson (2006) módosította az alkoholfogyasztás kontextusára. Itt a motivált elkövető az egyetemista, a megfelelő célpont a számos lehetőség az alkoholfogyasztásba való bekapcsolódásba, az alkalmas őr hiánya pedig úgy áll elő, hogy nem nagyon fordul elő hallgatótárs, aki meggátolná az ivást, vagy maga is ne kapcsolódna be. A kollégiumokban a megszokott rutinaktivitásnak a barátokkal zajló nem strukturált társas élet számít, minden más ebbe ágyazódik be. Ez összességében fokozza az egészségtelen viselkedést (így az alkoholfogyasztást is) ezeken a színtereken (Osgood et al. 1996).

Ennek az elképzelésnek nem mond ellent, hogy több kutatás eredménye szerint a diákok különösen sokat isznak ünnepnapokon (szünetekben, halloween napján, házi sportversenyeken), ami egybevág az ünneplés fent említett városi terekhez kapcsolódó szokásaival. Glindemann és munkatársai (2007) eredményei szerint a hét utolsó tényleges tanítási napja (pl. a szerda) sok hallgatónak már a hétvégét jelenti és így jeles nap: „alkoholnap" (alcoholiday – Glindemann et al. 2005) – vagyis ezen a napon úgy fogyasztanak alkoholt, mintha hétvége lenne. Bármilyen alkalom az ünneplésre (pl. születésnap) ezeken a napokon még fokozottabb alkoholbevitelt eredményez. A lényeg, hogy ha az egyetemi hallgatók jól azonosítható motivációt éreznek az ünneplésre (ünnepkontextus), akkor jobban berúgnak. Ezt a kutatók többéves vizsgálataikban igazolták:

ha Szent Patrik napja szerdára esett, akkor ez a nap nem különbözött a normál ivós szerdától (a szerda már norma: alkoholnap), ha viszont hétfőre esett, akkor kivételt jelentett: funkcionálisan alkalom volt az ivásra. Minden még inkább ünneplésre utaló kontextuális tényező fokozta az alkoholbevitelt: például akik jelmezben voltak, többet ittak (már a beöltözés alatt is). Az ünneplés vagy összejövetel szervezett vagy spontán jellege is befolyásoló lehet: a formális egyetemi közösségek, diákegyesületek által a campuson szervezett partikon a hallgatók általában jobban berúgtak, mint a privát bulikon (Glindemann–Geller 2003). Mindez egyéb tényezőkkel is összefüggeni látszik: az alkohol-intoxikáció növekszik egyebek mellett a berúgottak számának növekedésével, és ha tiltott szerek is hozzáférhetők a bulin (Clapp et al. 2003). A választott alkohol típusa és a kiszolgálás módja is összefügg: egyetemi partikon folytatott vizsgálatok (Geller–Kalsher 1990) szerint a sörivó férfiak többet ittak önkiszolgáló helyzetben, míg a koktélokat fogyasztó férfiak inkább ittak, ha pincér szolgálta ki őket.

A felsőoktatási hallgatók magas kockázatú alkoholfogyasztását serkentő kontextuális elemek és iváskörnyezetek meghatározása széles sávú elsődleges és másodlagos prevenció kidolgozását teszi lehetővé (Clapp et al. 2007). E mögött az állítás mögött az a gyakorlatban egyre többször igazolt feltevés áll, hogy az emberek egész életük során használják a szociofizikai helyeket érzelem- és önszabályozásra. Javaslatunk szerint a környezeti önszabályozás elmélet (lásd Dúll és mtsai. 2009; Sallay 2008; Dúll 2010a) keretében az egészség-betegség környezetpszichológiai, kontextuális elemzése következetesen megvalósítható és kiterjeszthető.

KÖRNYEZETI ÖNSZABÁLYOZÁS

Fejlődéstudományi alapelvek

A környezeti érzelem- és önszabályozás elképzelést Silbereisen és munkatársai (Silbereisen–Eyferth 1986; Silbereisen et al. 1986) fogalmazták rendszerszemléletű fejlődéselméletükben. Bronfenbrenner (1977) munkássága óta természetes a fejlődést rendszerekben elképzelni. Silbereisen és Lerner (2007) szerint 1. az ember fejlődése ökológiai szemléletben értelmezhető, azaz nem választható el élesen a környezet és a biológiai változások hatása, a fejlődés egyszerre szakaszos és folytonos, stabilitás és instabilitás egyaránt jelen van – vagyis a dichotomizációt felváltja a az integráció. 2. A szerveződés szintjei integráltan hatnak a biológiai-fiziológiai változásoktól átívelve egészen a kulturális-történelmi szintig. 3. Az egyedfejlődésben zajló fejlődésszabályozás állandó egyén-kontextus kölcsönkapcsolatokat és -hatásokat foglal magában. Ez – a fentebb említett, szintek közötti integráció miatt – a génektől és a sejtbiológiai hatásoktól kezdődik, és tart egészen a történelemig, magába foglalva az egyéni mentális és viselkedési működéseket a család, a társadalom,

a kultúra, a tervezett és természetes ökológia szintjén. 4. A fentiekből következően a fejlődés elemzésének alapegységei az egyén-kontextus integrált viszonylatok. 5. A fejlődésben fontos az idői dimenzió és a plaszticitás: az egyéni változások idői és téri kontextusukban jelennek meg. 6. A fejlődésszabályozás serkentheti és gátolhatja is a változás feltételeinek kialakulását, így az egyén-kontextus viszonyok változásai nem korlátlanok: a plaszticitás viszonylagos, élethossziglan változik az egyes életszakaszokban és persze történelmi viszonylatokban is. 7. Így a fejlődést a sokféleség jellemzi, mind az egyénen belüli változások, mind az egyének közötti különbségek tekintetében. 8. Mindennek következményeképp az egész életen át tartó fejlődés optimista és proaktív kontextusban szemlélhető, ami lehetővé teszi ennek a megközelítésnek a szerves alkalmazását a tervezett beavatkozásokban (pl. prevenció, egészségnevelés), de szemléletként közvetlenül és közvetetten (pl. a szociálpolitikán vagy közösségi programokon keresztül) facilitálhatja magának a fejlődésnek az ívét a pozitív változások lehetőségeinek megteremtésén keresztül. 9. Ennek érdekében multidiszciplinaritásra, a tudományok képviselői közötti együttműködésre és változásérzékeny módszerekre van szükség.

Környezeti önszabályozás-elmélet

A kognitív élmény énelmélete (Cognitive-Experiential Self-Theory, CEST, Epstein, 1985) írja le az önszabályozás alapelveit: az emberek tudattalan elméletet (hierarchikusan szerveződő sémák) alakítanak ki a valóságról és önmagukról (az énről). Ennek a hierarchiának a legmagasabb szintjén reprezentálódnak a világról és az emberi természetről alkotott alapvető hiedelmek. Lefelé haladva a struktúrában egyre szűkülnek a sémák és egyre közvetlenebbül kapcsolódnak közvetlen élményekhez, vagyis szituációfüggők. Ennek a tudásstruktúrának a funkciója a világ (és benne az én) jelentésének konceptualizációja.

Számos környezetpszichológiai kutatás igazolta, hogy az emberek érzelmi állapota jelentősen befolyásolja, hogy az egyén milyen környezetet preferál akár az esztétikai értékelés, akár a tényleges helyválasztás szintjén (lásd Russell–Snodgrass 1987). Az érzelmi állapotok, élmények, tapasztalatok bizonyos helyszínek keresésére és más helyszínek elhagyására ösztönzik az egyént. Russell és Snodgrass magyarázata szerint az ember-környezet tranzakció folyamatában az emberek helypreferenciáik által szabályozni tudják hangulatukat, érzelmi állapotaikat. Silbereisen és munkatársai (Silbereisen–Eyferth 1986; Silbereisen et al. 1986) igazolták: a serdülők saját fejlődésüket gyakran azáltal szabályozzák, hogy kiválasztják az adott életkor fejlődési feladatainak (pl. identitás, kortárskapcsolatok szabályozása) megfelelő szociofizikai kontextust (pl. szabadidő eltöltésére alkalmas helyek – vö. Dúll és mtsai. 2009), és azt maguk alakítják. A gyermekek és felnőttek kedvenc helyeit vizsgáló környezetpszichológiai kutatások növekvő sora (Korpela 1989; 1992; Korpela et al. 2001; Dúll és mtsai. 2009) támasztja alá a preferált helyek és az élmények dinamikáját alkotó környezeti önszabályozás elméletét, vagyis

hogy a fizikai környezet képes az én és az érzelmek szabályozási folyamatának alapvető részesévé válni. A környezeti önszabályozás sokféle külső faktorra (szenzoros ingerek, a viszcerális folyamatok, szociális normák) és ezek mintázataira épülhet.

A teljes önszabályozási folyamat rendszerszemléletben érthető meg. Folyamatai: 1. mentális önreguláció (pszichés műveletek szándékokkal, képekkel, érzésekkel, motívumokkal az önbecsülés fenntartása céljából); 2. fizikai önszabályozás (testhasználat, szomatikus folyamatok: pl. a kocogás az állóképesség kontrollálása által a pozitív énkép fenntartásának eszköze lehet – Korpela 2002); 3. szociális szelfreguláció (a mások iránti bizalom segíti a belső célok megvalósítását); és 4. a környezeti önszabályozási stratégiák (helyhasználat, helykogníció, magánszféra-szabályozás) (Korpela 1989; 1992). Az emberek fogékonyak a különleges helyek iránt, és egy helyre történő belépés vagy az ottani mozgás hangulati változásokat idézhet elő (Russell–Snodgrass 1987). A kedvenc helyek az énélményt érzelmeken, emlékeken, állapotokon keresztül szabályozzák, például a „kedvenc hely" felnőttek esetében felidézhet kellemes élményeket, emlékeket. Ez a negatív érzelmek csökkenéséhez vezet és elősegíti a pozitív énkép helyreállítását is (Korpela 1992). Fontos azonban, hogy a szelfreguláció elmélete semleges, vonatkozhat az érzelmek fokozására vagy fenntartására is, illetve a helyek kerülését és a hozzájuk kapcsolódó ambivalens viszonyt is magyarázhatja (Sallay–Dúll 2006; Túry et al. 2006; Sallay 2008). Összegezve tehát az érzelmek szabályozása nemcsak a szervezeten belüli, hanem külső tényezőket is magába foglal, melyek irányítják, módosítják és modulálják az érzelmi arousalt az érzelmeket keltő szituációkban.

A környezeti önszabályozás teória kiterjeszthető a teljes életet átívelő kontextusra: így például a költözést vagy az egészségkárosító viselkedések helyszíneinek megválasztására vonatkozó preferenciákat tekinthetjük az aktuális életszakasz fejlődési feladataival való megküzdés stratégiáinak. Egyetértünk Korpela (2002) javaslatával, aki a helyidentitás, a helykötődés, a territorialitás és a magánszféra folyamatainak integrációs lehetőségét látja a környezeti önszabályozás egységes szemléletmódjában, és véleménye szerint „a kedvenc helyeken megvalósuló önszabályozás és feltöltődés rámutat a helyvizsgálatok és az egészségpszichológia kapcsolatára" (i. m. 370), hiszen bizonyítékaink vannak arra, hogy „a kedvenc helyek befolyásolják a pszichológiai jóllétet és végül az egészséget. Így a jóllét, az egészség, a megküzdés és a kedvenc helyhasználat felmérése a különböző fejlődési szakaszokban a jövőbeli kutatások értékes stratégiája lehet" (i. m. 371). Számos rendszerelvű fejlődéstudományi elmélet jelent meg az utóbbi években, amelyek a komplex egészségfejlesztési megközelítést alkalmazzák, és a beavatkozások fókuszpontjainak a prevenciós színtereket tekintik (setting approach), de az emberi fejlődés és életút egyéb kontextusaiban is megjelentek hasonló, transzdiszciplináris elképzelések (Stokols et al. 2005), például az edukációs színtereken (Dúll 2007b) a „beágyazott" oktatás (Rathunde 2009), vagy itthon a TanítóTér koncepció (Lippai 2011). Ezek a fejlődési-fejlesztési rendszerkoncepciók lehetőséget kínálnak a betegség és az egészség transzdiszciplináris megértésére és a megelőzés-beavatkozás kontextuális gyakorlatainak kialakítására.

IRODALOMJEGYZÉK

Abend, A. – Chen, A. (1985): Developing residential design statements for the hearing-impaired elderly. *Environment and Behavior,* 17. 475–500.

Allen, J. et al. (2005): Fear during alcohol detoxification: Views from the clients' perspective. *Journal of Health Psychology,* 10. 503–510.

Altman, I. (1975): *The environment and social behavior. Privacy, personal space, territory and crowding.* Brooks/Cole., Monterey.

Altman, I. – Chemers, M. M. (1980): *Culture and environment.* Brooks–Cole, Monterey.

Altman, I. – Low, S. M. (1992): *Place attachment.* Plenum Press, New York.

Altman, I. – Rogoff, B. (1987): World views in psychology: Trait, interactional, organismic, and transactional perspectives. In: Stokols, D. – Altman, I. (eds): *Handbook of environmental psychology.* Wiley & Sons, New York. Vol. 1. 7–40.

Anjoulat, I. et al. (2006): Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review. *Patient Education and Counseling,* 61. 23–32.

Appleton, J. (1975): *The experience of landscape.* Wiley & Sons, London.

Apter, A. et al. (1994): Epidemiology of the Sick Building Syndrome. *Journal of Allergy in Clinical Immunology,* August 1994. 277–288.

Arie, P. – Schwartz, H. (1999): Exploring the ideal home in psychotherapy: Two case studies. *Journal of Environmental Psychology,* 19. 87–94.

Arneill, A. B. – Devlin, A. S. (2002): Perceived quality of care: The influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology,* 22. 345–360.

Bálint M. (1959/1997): *A borzongások és regressziók világa.* Animula, Budapest.

Ballas, J. A. – Howard, J. H. (1987): Interpreting the language of environmental sounds. *Environment and Behavior,* 19(1). 91–114.

Barker, R. G. (1961): Explorations in ecological psychology. In: Furnham, A. – Argyle, M. (eds) (1981): *The psychology of social situations.* Pergamon Press, Oxford. 271–294.

Bascaya, A. et al. (2004): Wayfinding in an unfamiliar environment. Different spatial settings of two polyclinics. *Environment and Behavior,* 36(6). 839–867.

Bauer, R. M. et al. (1992): The role of psychological factors in the report of building-related symptoms in Sick Building Syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 60(2). 213–219.

Baum, A. et al. (1978): Crowding and personal control: Social density and the development of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology,* 36. 1000–1011.

Baum, A. et al. (1982): Individual differences in coping with crowding: Stimulus screening and social overload. *Journal of Personality Social Psychology,* 43. 821–830.

Baum, A. et al. (1981): Cognitive mediation of environmental stress. In: Harvey, J. (ed.): *Cognition, social behavior, and the environment.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ. 513–533.

Baum, A. – Valins, S. (1977): *Architecture and social behavior: Psychological studies of social density.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Berlyne, D. (1971): A kollatív változók. In: Farkas A. – Gyebnár V. (szerk.) (1997): *Vizuális művészetek pszichológiája I.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 23–50.

Boman, E. – Enmarker, I. (2004): Factors affecting pupils' noise annoyance in schools: The building and testing of models. *Environment and Behavior,* 36. 207–228.

Breier, A. et al. (1987): Controllable and uncontrollable stress in humans: Alterations in mood and neuroendocrine and psychophysiological function. *American Journal of Psychiatry,* 144. 1419–1425.

Broadbent, D. E. (1979): Human performance and noise. In: Harris, C. S. (ed.): *Handbook of noise control.* McGraw–Hill, New York. 2066–2085.

Bronfenbrenner, U. (1977): Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist,* July 1977. 513–531.

Brown, B. B. et al. (2007): Walkable route perceptions and physical features. *Environment and Behavior,* 39(1), 34–61.

Cackowski, J. M. – Nasar, J. L. (2003): The restorative effects of roadside vegetation: Implications for automobile driver anger and frustration. *Environment and Behavior,* 35. 736–751.

Cairney, J. (2005): Housing tenure and psychological well-being during adolescence. *Environment and Behavior,* 37. 552–564.

Calhoun, J. B. (1962): Population density and social pathology. *Scientific American,* 206. 139–148.

Campbell, J. M. (1983): Ambient stressors. *Environment and Behavior,* 15(3). 355–380.

Canter, D. (1977): *The psychology of place.* Architectural Press, London.

Carpman, J. R. – Grant, M. A. (2002): Wayfinding: A broad view. In: Bechtel, R. B. –Churchman, A. (eds): *Handbook of environmental psychology.* Wiley & Sons, New York. 427–442.

Carver, A. M. (1990): Hospital design and working conditions. In: Moran, R. et al. (eds): *Building for people in hospitals: workers and consumers.* European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.

Clapp, J. D. et al. (2007): Measuring college students' alcohol consumption in natural drinking environments: Field methodologies for bars and parties. *Evaluation Review,* 31. 469–489.

Clapp, J. D. et al. (2003): Two studies examining environmental predictors of heavy drinking by college students. *Prevention Science,* 4(2). 99–108.

Cohen, L. E. – Felson, M. (1979): Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review,* 33. 588–608.

Cohen, S. (1980): Aftereffects of stress on human performance and social behavior: A review of research and theory. *Psychological Bulletin,* 88. 82–108.

Cohen, S. et al. (1980): Physiological, motivational, and cognitive effects of aircraft noise on children. Moving from the laboratory to the field. *American Psychologist,* 35(3). 231–243.

Cohen, S. et al. (1981): Aircraft noise and children: longitudinal and cross-sectional evidence on adaptation to noise and the effectiveness to noise abatement. *Journal of Personality and Social Psychology,* 40(2). 331–345.

Cohen, S. et al. (1981): Cardiovascular and behavioral effect of community noise. *American Scientist,* 69. 528–535.

Cohen, U. – Day, K. (1993): *Contemporary environments for people with dementia.* The John Hopkins University Press, Baltimore.

Cohen-Mansfeld, J. et al. (1990): The spatial distribution of agitation in agitated nursing home residents. *Environment and Behavior,* 22(3). 408–419.

Cross, J. E. et al. (2009): Residence hall room type and alcohol use among college students living on campus. *Environment and Behavior,* 41. 583–603.

D'Atri, D. A. (1975): Psychophysiological responses to crowding. *Environment and Behavior,* 7(2). 237–252.

Décamps, G. – Rosnet, E. (2005): A longitudinal assessment of psychological adaptation during a winter-over in Antarctica. *Environment and Behavior,* 37. 418–435.

Deehan, A. (1999): *Alcohol and crime: Taking stock.* Crime Reduction Research Series Paper 3. Home Office Policing and Reducing Crime Unit Research. Petty France, London.

de Hollander, A. E. M. – Staatsen, B. A. M. (2003): Health, environment and quality of life: An epidemiological perspective on urban development. *Landscape and Urban Planning,* 65. 53–62.

Devlin, A. S. (1992): Psychiatric ward renovation: Staff perception and patient behavior. *Environment and Behavior,* 24. 66–84.

Devlin, A. S. (2008): Judging a book by its cover: Medical building facades and judgments of care. *Environment and Behavior,* 40(3). 307–329.

Devlin, A. S. – Arneill, A. B. (2003): Health care environments and patient outcomes. A review of the literature. *Environment and Behavior,* 35(5). 665–694.

Dijkstra, K. et al. (2008): Individual differences in reactions towards color in simulated healthcare environments: The role of stimulus screening ability. *Journal of Environmental Psychology,* 28. 268–277.

Dósa Zs. – Dúll A. (2006): Ázsiai és európai kerttípusok kulturális-környezetpszichológiai elemzése. In: Dúll A. – Szokolszky Á. (szerk.): *Környezet-pszichológia* Akadémiai Kiadó, Budapest. 169–185.

Duffy, M. et al. (1986): Preferences in nursing home design. Comparison of residents, administrators, and designers. *Environment and Behavior,* 18(2). 246–257.

Duhl, L. J. (1963): *The psychiatric evolution.* National Institute of Mental Health, Bethesda.

Dúll A. (1995): Az otthon környezetpszichológiai aspektusai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 35(5–6). 345–377.

Dúll A. (2002): Ember és környezet affektív kapcsolata: a helykötődés. *Alkalmazott Pszichológia,* IV(2). 49–65.

Dúll A. (2006): Környezetpszichológia: szemlélet, elmélet és alkalmazás. In: Bagdy E. – Klein S. (szerk.): *Alkalmazott pszichológia.* Edge 2000, Budapest. 160–187.

Dúll A. (2007a): A környezet hatása a tanulási folyamatokra: környezet és alkalmazkodás. In: Csépe V. és mtsai. (szerk.): *Általános pszichológia 2. Tanulás – emlékezés – tudás.* Osiris, Budapest. 111–158.

Dúll A. (2007b): Edukációs környezetek: oktatási-nevelési helyszínek környezetpszichológiája. In: Demetrovics Zs. és mtsai. (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia.* L'Harmattan, Budapest. 44–69.

Dúll A. (2009): *A környezetpszichológia alapkérdései. Helyek, tárgyak, viselkedés.* L'Harmattan, Budapest.

Dúll A. (2010a): „Vannak vidékek legbelül". Szakralitás a helyhasználatban – környezetpszichológiai megközelítésben. *HELIKON Irodalomtudományi Szemle, Térpoétika.* 1-2. 227–238.

Dúll A. (2010b): *A környezeti zaj pszichológiai élménye és hatása az alvásra – környezetpszichológiai háttértanulmány.* Kézirat, Budapest.

Dúll A. – Dósa Zs. (2005): A természeti környezet – környezetpszichológiai megközelítésben. *Tájökológiai Lapok,* 3(1). 19–25.

Dúll A. és mtsai. (2009): A helyfogyasztás színterei: bevásárlóközpontok környezetpszichológiai elemzése. In: Demetrovics Zs. és mtsai. (szerk.): *Pláza, ifjúság, életmód. Egészséglélektani vizsgálatok a fiatalok körében.* L'Harmattan, Budapest. 21–74.

Dúll A. – Urbán R. (1997): Az épített környezet konnotatív jelentésének vizsgálata: módszertani megfontolások. *Pszichológia,* 17(2). 151–179.

Enmarker, I. – Boman, E. (2004): Noise annoyance responses of middle school pupils and teachers. *Journal of Environmental Psychology,* 24. 527–536.

Epstein, S. (1985): The implications of cognitive-experiential self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behaviour,* 15. 283–310.

Ettore, E. (1997): *Women and alcohol: a private pleasure or public problem?* The Women's Press, London.

Evans, G. W. (1982): *Environmental stress.* Cambridge University Press, Cambridge.

Evans, G. W. et al. (1996): Multiple stressors: Performance, psychophysiological and affective responses. *Journal of Environmental Psychology,* 16. 147–154.

Evans, G. W. – Jacobs, S. V. (1982): Air pollution and human behavior. In: Evans, G. W. (ed.): *Environmental stress.* Cambridge University Press, Cambridge. 105–132.

Evans, G. W. et al. (2002): Crowding and children's mental health: The role of house type. *Environment and Behavior,* 22. 221–231.

Evans, G. W. – McCoy, J. M. (1998): When buildings don't work: The role of architecture is human health. *Journal of Environmental Psychology,* 18. 85–94.

Evans, G. W. et al. (2001): Housing quality and children's socioemotional health. *Environment and Behavior,* 33(3). 389–399.

Evans, G. W. – Stecker, R. (2004): Motivational consequences of environmental stress. *Journal of Environmental Psychology,* 24. 143–165.

Evans, G. W. et al. (2002): The morning rush hour: Predictability and commuter stress. *Environment and Behavior,* 34. 521–530.

Faris, R. E. L. – Dunham, H. W. (1939): *Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses.* The University of Chicago Press, Chicago. Idézi: Halpern, D. (1995): *Mental health and the built environment. More than bricks and mortar?* Taylor & Francis Ltd., London.

Farley, K. M. J. – Veitch, J. A. (2001): *A room with a view: A review of the effects of windows on work and well-being.* National Research Council, Canada.

Fellonneau, M. L. (2004): Love and loathing of the city: Urbanophilia and urbanophobia, topological identity and perceived incivilities. *Journal of Environmental Psychology,* 24. 43–52.

Feng, J. et al. (2010): The built environment and obesity: A systematic review of the epidemiologic evidence. *Health & Place,* 16. 175–190.

Finnegan, M. J. et al. (1984): The sick building syndrome: Prevalence studies. *British Medical Journal,* 289(8). 1573–1575.

Foley, J. E. – Cohen, A. J. (1984): Working mental representations of the environment. *Environment and Behavior,* 16. 713–729.

Fouts, M. – Gabay, D. (2008): Healing through evidence-based design. *Oncology Issues,* May/June 2008. 28–32.

Franck, K. A. (1984): Exorcising the ghost of physical determinism. *Environment and Behavior,* 16(4). 411–435.

Frantz, C. et al. (2005): There is no "I" in nature: The influence of self–awareness on connectedness to nature. *Journal of Environmental Psychology,* 25. 427–436.

Fredrickson, L. M. – Anderson, D. H. (1999): A qualitative exploration of the wilderness experience as a source of spiritual inspiration. *Journal of Environmental Psychology,* 19. 21–39.

Fuqua, J. et al. (2004): Transdisciplinary collaboration as a basis for enhancing the science and prevention of substance use and "abuse". *Substance Use & Misuse,* 39(10-12). 1457–1514.

Gans, H. J. (1957): Tervezés–várostervezés–egészség. In: Vidor F. (szerk.) (1979): *Urbanisztika.* Gondolat, Budapest. 449–560.

Geller, E. S. – Kalsher, M. J. (1990): Environmental determinants of party drinking: Bartenders vs. self-service. *Environment and Behavior,* 22. 74–90.

George, W. H. et al. (2008): Later that night: Descending alcohol intoxication and men's sexual arousal. *American Journal of Men's Health,* 2. 76–86.

Gilbertson, T. A. (2006): Alcohol-related incident guardianship and undergraduate college parties: Enhancing the social norms marketing approach. *Journal of Drug Education,* 36. 73–90.

Glass, D. C. – Singer, J. E. (1972): *Urban stress.* Academic Press, New York.

Glindemann, K. E. – Geller, E. S. (2003): A systematic assessment of intoxication at university parties: Effects of the environmental context. *Environment and Behavior,* 35(5). 655–664.

Glindemann, K. E. et al. (2005): *Celebratory drinking by college students on St. Patrick's "alcoholiday".* Association for Behavior Analysis, Chicago.

Glindemann, K. E. et al. (2007): Celebratory drinking and intoxication. A contextual influence on alcohol consumption. *Environment and Behavior,* 39(3). 352–366.

Goodall, J. – Berman, P. (2009): *Amíg élek, remélek. Lelki utazás.* Athenaeum 2000 Kiadó, Budapest.

Gosling, S. D. et al. (2002): A room with a cue: Personality judgements based on offices and bedrooms. *Journal of Personality and Social Psychology,* 82. 379–398.

Gough, B. – Edwards, G. (1998): The beer talking: Four lads, a carry out and the reproduction of masculinities. *Sociological Review,* 46. 409–435.

Greenhouse, E. S. (2010): Human-centered design. In: Livable New York. In *A resource manual for future-based, inclusive planning livable communities aging-in-place sustainable neighborhoods, I.9.* New York State Office for the Aging (NYSOFA), New York.

Gullone, E. (2000): The biophilia hypothesis and life in the 21st century: Increasing mental health or increasing pathology? *Journal of Happiness Studies,* 1. 293–321.

Hall, E. T. (1966/1975): *Rejtett dimenziók.* Gondolat, Budapest.

Halpern, D. (1995): *Mental health and the built environment. More than bricks and mortar?* Taylor & Francis Ltd., London.

Hamilton, K. (2003): The four levels of evidence based practice. *Healthcare Design,* 3. 18–26.

Hammitt, W. E. (2000): The relation between being away and privacy in urban forest recreation environments. *Environment and Behavior,* 32. 521–540.

Hammitt, W. E. (2002): Urban forests and parks as privacy refuges. *Journal of Arboriculture,* 28(1). 19–26.

Harris, P. B. et al. (2002): A place to heal: Environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology,* 32, 1276–1299.

Harris, P. B. et al. (1995): Relocation and privacy regulation: A cross-cultural analysis. *Journal of Environmental Psychology,* 15. 311–320.

Hartig, T. – Evans, G. W. (1993): A természetélmény pszichológiai alapjai. In: Dúll A. – Kovács Z. (szerk.) (1998): *Környezetpszichológiai szöveggyűjtemény.* Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen. 233–255.

Hartig, T. et al. (2003): Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of Environmental Psychology,* 23. 109–123.

Hartig, T. et al. (1991): Restorative effects of natural environment experiences. *Environment and Behavior,* 23. 3–26.

Healthy people 2010: Understanding and improving health. US Department of Health and Human Services, Washington DC.

Heerwagen, J. H. (1990): Affective functioning, "light hunger", and room brightness preferences. *Environment and Behavior,* 22(5), 608–635.

Heerwagen, J. H. – Orians, G. H. (1986): Adaptations to windowlessness: A study of the use of visual decor in windowed and windowless offices. *Environment and Behavior,* 18. 623–639.

Herzog, T. R. – Chernick, K. K. (2000): Tranquility and danger in urban and natural settings. *Journal of Environmental Psychology,* 20. 29–39.

Hey, V. (1986): *Patriarchy and pub culture.* Tavistock, London.

Hodnett, E. D. (1989): Personal control and the birth environment: Comparisons between home and hospital settings. *Journal of Environmental Psychology,* 9(3). 207–216.

Holman, E. A. – Stokols, D. (1994): The environmental psychology of child sexual abuse. *Journal of Environmental Psychology,* 14. 237–252.

Horelli, L. (2002): Methodology of participatory planning. In: Bechtel, R. B. – Churchman, A. (eds): *Handbook of environmental psychology.* Wiley & Sons, New York. 607–628.

Horne, J. et al. (1994): A field study of sleep disturbance: effects of aircraft noise and other factors on 5.742 nights of actimetrically monitored sleep in a large subject sample. *Sleep,* 17. 146–159.

Horvát M. T. és mtsai. (2006): A helyveszteség vizsgálata migrációban lévő magyar fiatalok körében. Kutatási beszámoló. In: Dúll A. – Szokolszky Á. (szerk.): *Környezetpszichológia.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 133–153.

İmamoğlu, Ç. (2007): Assisted living as a new place schema: A comparison with homes and nursing homes. *Environment and Behavior,* 39(2). 246–268.

İmamoğlu, Ç. (2009): The role of schemas in understanding places. *METU Journal of The Faculty of Architecture,* (26)2. 153–173.

Institute of Medicine (2004): Work and workspace design to prevent and mitigate errors. In: Page, A. (ed.): *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses.* National Academies Press, Washington. 226–285.

Ittelson, W. H. (1978): Environmental perception and urban experience. *Environment and Behavior,* 10(2). 193–213.

Ittelson, W. H. et al. (1970): The environmental psychology of the psychiatric ward. In: Proshansky, H. M. et al. (eds): *Environmental psychology: Man and his physical setting.* Holt, Rinehart, and Winston, Inc., New York. 419–439.

Jayne, M. et al. (2006): Drunk and disorderly: Alcohol, urban life and public space. *Progress in Human Geography,* 30. 451–468.

Jayne, M. et al. (2008): Geographies of alcohol, drinking and drunkenness: a review of progress. *Progress in Human Geography,* 32. 247–263.

Joseph, A. (2006): Health promotion by design in long-term care settings. The Center for Health Design, Concord.

Joseph, A. – Zimring, C. (2007): Where active older adults walk: Understanding the factors related to path choice for walking among active retirement community residents. *Environment and Behavior,* 39(1). 75–105.

Kahana, E. et al. (2003): Person, environment, and person-environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environment and Behavior,* 35(3). 434–453.

Kállai J. és mtsai. (1998): *A térélmény kultúrtörténete és pszichopatológiája.* Tertia Kiadó, Budapest.

Kapitány Á. – Kapitány G. (1989): *Intézménymimika.* Vita Kiadó, Budapest.

Kaplan, R. (1973): Some psychological benefits of gardening. *Environment and Behavior,* 5(2). 145–152.

Kaplan, R. – Kaplan, S. (1989): *The experience of nature. A psychological perspective.* Cambridge University Press, Cambridge.

Kaplan, S. (1987): Aesthetics, affect and cognition: Environmental preference from an evolutionary perspective. *Environment and Behavior,* 19. 3–32.

Kaplan, S. (1995): The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology,* 16. 169–182.

Kelly-Schwartz, A. C. et al. (2004): Is sprawl unhealthy?: A multilevel analysis of the relationship of metropolitan sprawl to the health of individuals. *Journal of Planning Education and Research,* 24. 184–196.

Kiecolt-Glaser, J. K. et al. (2003): A műtét utáni felépülést befolyásoló pszichológiai tényezők pszichoneuroimmunológiai nézőpontból. In: Urbán R. (szerk.): *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 305–322.

Kneale, J. (2001): The place of drink: Temperance and the public. *Social and Cultural Geography,* 2(1). 43–59.

Knez, I. – Thorsson, S. (2006): Influences of culture and environmental attitude on thermal, emotional and perceptual evaluations of a public square. *International Journal of Biometeorology,* 50. 258–268.

Komsa I. és mtsai. (2009): A betegtájékoztatók mint a gyógyhatás lehetséges összetevői. *Magyar Pszichológiai Szemle,* 64(4). 629–642.

Korpela, K. M. (1989): Place-identity as a product of environmental self-regulation. *Journal of Environmental Psychology,* 9. 241–256.

Korpela, K. M. (1992): Adolescents' favourite places and environmental self-regulation. *Journal of Environmental Psychology,* 12. 249–258.

Korpela, K. (2002): Children's environments. In: Bechtel, R. B. – Churchman, A. (eds): *Handbook of environmental psychology.* Wiley and Sons, New York. 363–373.

Korpela, K. M. et al. (2001): Restorative experience and self-regulation in favorite places. *Environment and Behavior,* 33. 572–589.

Kulcsár Zs. (2007): *Komplex humán emóciók, összetartozás és felépülés.* Trefort Kiadó, Budapest.

Kuo, F. E. – Sullivan, W. C. (2001): Aggression and violence in the inner city: Effects of environment via mental fatigue. *Environment and Behavior,* 33(4). 543–571.

Küller, R. – Lindsten, C. (1992): Health and behavior of children in classrooms with and without windows. *Journal of Environmental Psychology*, 12. 305–317.

Laki T. (2006): *Értelmi fogyatékos személyek lakókörnyezete.* PhD-értekezés. BME, Budapest.

Laumann, K. et al. (2003): Selective attention and heart rate responses to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology,* 23. 125–134.

Lawrence, R. J. (1987): What makes a house a home? *Environment and Behavior,* 19. 154–168.

Lawton, M. P. (1974): The human being and the institutional building. In: Lang, J. et al. (eds): *Designing for human behavior: Architecture and the behavioral sciences.* Dowden, Hutchinson and Ross, Stroudsberg. 60–71.

Lazarus, R. – Cohen, J. (1977): Environmental stress. In: Altman, I. – Wohlwill, J. (eds): *Human behavior and environment: Advances in theory and research, Vol. 2.* Plenum Press, New York. 89–125.

Leather, P. et al. (2003): Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas. *Environment and Behavior,* 35. 842–869.

Leather, P. et al. (1998): Windows in the workplace: Sunlight, view, and occupational stress. *Environment and Behavior,* 30. 739–762.

Legendre, A. (2003): Environmental features influencing toddlers' bioemotional reactions in day care centers. *Environment and Behavior,* 36(4). 523–549.

Lepore, S. J. et al. (1992): Role of control and social support in explaining the stress of hassles and crowding. *Environment and Behavior,* 24. 795–811.

Lercher, P. (1996): Environmental noise and health: An integrated research perspective. *Environment International,* 22(1). 117–129.

Lercher, P. et al. (2003): Ambient noise and cognitive processes among primary schoolchildren. *Environment and Behavior,* 35(6). 725–735.

Lewis, G. – Booth, M. (1994): Are cities bad for your mental health? *Psychological Medicine,* 24. 913–915.

Lindheim, R. (1970): Factors which determine hospital design. In: Proshansky, H. M. et al. (eds): *Environmental psychology: Man and his physical setting.* Holt, Rinehart, and Winston, Inc., New York. 573–579.

Lippai E. (2011): *Ajánlások a minőségi iskolai infrastruktúra kialakításához.* OFI, Budapest.

Little, B. R. (1987): Personality and the environment. In: Stokols, D. – Altman, I. (eds): *Handbook of environmental psychology, Vol. 1.* Wiley and Sons, New York. 205–245.

Lawton, M. P. (1985): The elderly in context: Perspectives from environmental psychology and gerontology**.** *Environment and Behavior,* 17. 501–519.

Mabala, R. (2006): From HIV prevention to HIV protection: Addressing the vulnerability of girls and young women in urban areas. *Environment and Urbanization,* 18. 407–432.

Malcolmson, R. (1973): *Popular recreations in English society 1700–1850.* Cambridge University Press, Cambridge.

Manzo, L. C. (2003): Beyond house and haven: Toward a revisioning of emotional relationships with places. *Journal of Environmental Psychology,* 23(1). 47–61.

Marques, S. – Lima, M. L. (2011): Living in grey areas: Industrial activity and psychological health. *Journal of Environmental Psychology,* 31. 314–322.

Marsden, J. P. (1999): Older persons' and family members' perceptions of homeyness in assisted living. *Environment and Behavior,* 31. 84–106.

Martens, D. et al. (2011): Walking in "wild" and "tended" urban forests: The impact on psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology,* 31. 36–44.

Marsella, A. J. (1998): Urbanization, mental health, and social deviancy. A review of issues and research. *American Psychologist,* 53(6). 624–634.

Matthies, E. et al. (2000): Living on polluted soil. Determinants of stress symptoms. *Environment and Behavior,* 32(2). 270–286.

Mausner, C. (1996): A kaleidoscope model: Defining natural environments. *Journal of Environmental Psychology,* 16. 335–348.

Mehrabian, A. (1977): Individual differences in stimulus screening and arousability. *Journal of Personality,* 45. 237–250.

Mehrabian, A. – Russell, J. A. (1973): A measure of arousal seeking tendency. *Environment and Behavior,* 5. 315–333.

Milgram, S. (1970): A nagyvárosi élet élménye. Pszichológiai elemzés. In: Szilágyi V. (szerk.) (1980): *Együttérzés, önzetlenség, felelősség.* Tankönyvkiadó, Budapest. 37–57.

Miles, S. (2000): *Youth lifestyles in a changing world.* Open University Press, Buckingham.

Miwa, Y. – Hanyu, K. (2006): The effects of interior design on communication and impressions of a counselor in a counseling room. *Environment and Behavior,* 38(4). 484–502.

Moffat, B. M. et al. (2009): A gateway to nature: Teenagers' narratives on smoking marijuana outdoors. *Journal of Environmental Psychology,* 29. 86–94.

Moore, K. D. (2005): Using place rules and affect to understand environmental fit. A theoretical explanation. *Environment and Behavior,* 37(3). 330–363.

Night noise guidelines for Europe (2009): WHO.

Norstrom, T. (1998): Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking. *Addiction,* 93. 689–699.

Ooi, P. L. – Goh, K. T. (1997): Sick Building Syndrome: An emerging stress-related disorder. *International Journal of Epidemiology,* 26(6). 1243–1249.

Osgood, D. W. et al. (1996): Routine activities and individual deviant behavior. *American Sociological Review,* 61. 635–655.

Osmond, H. (1970): Function as the basis of psychiatric ward design. In: Proshansky, H. M. et al. (eds): *Environmental psychology: Man and his physical setting.* Holt, Rinehart, and Winston, Inc., New York. 560–569.

Öhrström, E. – Skånberg, A. (2004): Sleep disturbances from road traffic and ventilation noise-laboratory and field experiments. *Journal of Sound and Vibration,* 271. 279–296.

Parke, J. – Griffiths, M. (2006): The psychology of the fruit machine: The role of structural characteristics (revisited). *International Journal of Mental Health – Addiction,* 4. 151–179.

Parsons, R. – Tassinary, L. G. (2002): Environmental psychophysiology. In: Bechtel, R. B. – Churchman, A. (eds): *Handbook of environmental psychology.* Wiley & Sons, New York. 172–190.

Parsons, R. et al. (1998): The view from the road: implications for stress recovery and immunization. *Journal of Environmental Psychology,* 18. 113–139.

Pastalan, L. A. (1970): Privacy as a behavioral concept. *Social Science,* 4. 93–97.

Pedersen, D. M. (1999): Dimensions of environmental competence. *Journal of Environmental Psychology,* 19. 303–308.

Proshansky, H. M. et al. (1970a): The influence of physical environment on behavior: Some basic assumptions. In: Proshansky, H. M. et al. (eds): *Environmental psychology: Man and his physical setting.* Holt, Rinehart, and Winston, New York. 27–37.

Proshansky, H. M. et al. (1970b): The environmental psychology of the psychiatric ward. In: Proshansky, H. M. et al. (eds): *Environmental psychology: Man and his physical setting.* Holt, Rinehart, and Winston, New York. 419–439.

Quirk, M. – Wapner, S. (1995): Environmental psychology and health. *Environment and Behavior,* 27(1). 90–99.

Raffaello, M. – Maass, A. (2002): Chronic exposure to noise in industry. The effects on satisfaction, stress symptoms, and company attachment. *Environment and Behavior,* 34(5). 651–671.

Rathunde, K. (2009): Nature and embodied education. *The Journal of Developmental Processes,* 4(1). 70–80.

Reizenstein Carpman, J. et al. (1985): Hospital design and wayfinding. A video simulation study. *Environment and Behavior,* 17(3). 296–314.

Rohe, W. M. – Burby, R. J. (1988): Fear of crime in public housing. *Environment and Behavior*, 20. 700–720.

Rosenthal, N. E. et al. (1985): Seasonal affective disorder and phototherapy. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 453. 260–269.

Rossman, B. B. – Ulehla, Z. J. (1977): Psychological reward values associated with wilderness use: A functional-reinforcement approach. *Environment and Behavior,* 9. 41–66.

Rotton, J. et al. (1997): Distress, elevated cortisol, cognitive deficits, and illness following a natural disaster. *Journal of Environmental Psychology,* 17. 85–98.

Rubin, H. R. – Owens, A. J. (1996): *Progress report: An investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes.* The Center for Health Design, Inc., Martinez, CA.

Russell, J. A. – Snodgrass, J. (1987): Emotion and the environment. In: Stokols, D. – Altman, I. (eds): *Handbook of environmental psychology, Vol. 1.* Wiley, New York. 245–281.

Ryan, C. M. – Morrow, L. A. (1992): Dysfunctional buildings or dysfunctional people: An examination of the Sick Building Syndrome and allied disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 60(2). 220–224.

Sallay V. (2008): Az önmagunkra találás helyei: környezeti önszabályozás az elmélet és a kutatás tükrében. *Alkalmazott Pszichológia,* X(3–4). 145–161.

Sallay V. – Dúll A. (2006): „Érezd magad otthon!" Az otthonhoz fűződő viszony projektív, környezetpszichológiai szempontú vizsgálata. In: Dúll A. – Szokolszky Á. (szerk.): *Környezet-pszichológia.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 35–52.

Saremi, M. et al. (2008): Effects of nocturnal railway noise on sleep fragmentation in young and middle-aged subjects as a function of type of train and sound level. *International Journal of Psychophysiology,* 70. 184–191.

Schofield, P. – Payne, S. (2003): A pilot study into the use of a multisensory environment (Snoezelen) within a palliative day-care setting. *International Journal of Palliative Nursing,* 9(3). 124–130.

Sediánszky É. (1979): A „félelemmentes gyermekváró", mint az orvos-beteg kapcsolat pozitív irányításának új lehetősége. *Gyermekgyógyászat,* 30. 21–27.

Selye J. (1976): *Stressz distressz nélkül.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

Sheard, C. – Garrud, P. (2006): Evaluation of generic patient information: Effects on health outcomes, knowledge and satisfaction. *Patient Education and Counseling,* 61. 43–47.

Shepley, M. M. (2002): Predesign and postoccupancy analysis of staff behavior in a neonatal intensive care unit. *Children's Health Care,* 31(3). 237–253.

Shepley, M. M. et al. (2008): Open-bay and single-family room neonatal intensive care units: Caregiver satisfaction and stress. *Environment and Behavior,* 40. 249–268.

Shumaker, S. A. – Reizenstein, J. E. (1982): Environmental factors affecting inpatient stress in acute care hospitals. In: Evans, G. (ed.): *Environmental stress.* Cambridge University Press, New York. 179–223.

Siddiqui, R. N. – Pandey, J. (2003): Coping with environmental stressors by urban slum dwellers. *Environment and Behavior,* 35. 589–604.

Silbereisen, R. K. – Eyferth, K. (1986): Development as action in context. In: Silbereisen, R. K. et al. (eds): *Development as action in context. Problem behavior and normal youth development.* Springer, Berlin. 3–16.

Silbereisen, R. K. – Lerner, R. M. (2007): *Approaches to positive youth development.* Sage, London.

Silbereisen, R. K. et al. (1986): Place for development: Adolescents, leisure settings, and developmental tasks. In: Silbereisen, R. K. et al. (eds): *Development as action in context. Problem behavior and normal youth development.* Springer, Berlin. 87–107.

Skånberg, A. – Öhrström, E. (2006): Sleep disturbances from road traffic noise: A comparison between laboratory and field settings. *Journal of Sound and Vibration,* 290. 3–16.

Smith, A. – Stansfeld, S. (1986): Aircraft noise exposure, noise sensitivity, and everyday errors. *Environment and Behavior,* 18(2). 214–226.

Smith, M. B. – Sharp, J. S. (2005): Growth, development, and farming in an Ohio Exurban Region. *Environment and Behavior,* 37. 565–579.

Smyth, F. (2005): Medical geography: therapeutic places, spaces and networks. *Progress in Human Geography,* 29(4). 488–495.

Smyth, F. (2008): Medical geography: understanding health inequalities. *Progress in Human Geography,* 32(1). 119–127.

Sommer, R. (1970): The ecology of privacy. In: Proshansky, H. M. et al. (eds): *Environmental psychology: Man and his physical setting.* Holt, Rinehart, and Winston, Inc., New York. 256–267.

Southworth, M. L. (1969): The sonic environment of cities. *Environment and Behavior,* 1. 49–70.

Srinivasen, S. et al. (2003): Creating healthy communities, healthy homes, healthy people: initiating a research agenda on the built environment and public health. *American Journal of Public Health,* 93. 1446–1450.

Staples, S. I. et al. (1999): Noise disturbance from a developing airport – Perceived risk or general annoyance? *Environment and Behavior,* 31(5). 692–710.

Steele, F. (1980): Defining and developing environmental competence. *Advances in Experimental Social Processes,* 2. 225–244.

Stokols, D. (1972): On the distinction between density and crowding: Some implications for future research. *Psychological Review,* 79. 275–278.

Stokols, D. (1992): Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist,* 47(1). 6–22.

Stokols, D. (2000): Creating health-promotive environments: Implications for research and theory. In: Schneider, M. – Stokols, D. (eds): *Promoting human wellness: New frontiers for research and practice.* University of California Press, Berkeley. 135–162.

Stokols, D. et al. (2005): In vivo studies of transdisciplinary scientific collaboration. Lessons learned and implications for active living research. *American Journal of Preventive Medicine,* 28. 202–213.

Stokols, D. – Shumaker, S. A. (1981): People in places: A transactional view of settings. In: Harvey, J. H. (ed.): *Cognition, social behavior, and the environment.* Lawrence Erlbaum, Hillsdale. 441–489.

Stokols, D. et al. (1983): Residential mobility and personal well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 3. 5–19.

Suhonen, R. – Leino-Kilpi, H. (2006): Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling,* 61. 5–15.

Süle F. (1997): *Valláspatológia*. GyuRó Art–Press, Szokolya.

Szokolszky Á. – Dúll A. (2006): Környezet – pszichológia. Egy ökológiai rendszerszemléletű szintézis körvonalai. In: Dúll A. – Szokolszky Á. (szerk.) (2006): *Környezet-pszichológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 9–34.

Tartaro, C. (2003): Suicide and the jail environment an evaluation of three types of institutions. *Environment and Behavior,* 35(5). 605–620.

Taylor, R. B. (1987): Toward of environmental psychology of disorder: Delinquency, fear and fear of crime. In: Stokols, D. – Altman, I. (eds): *Handbook of environmental psychology, Vol. 2.* Wiley and Sons, New York. 951–987.

Taylor, R. B. (1988): *Human territorial functioning: An empirical, evolutionary perspective on individual and small group territorial cognitions, behaviors, and consequences.* Cambridge University Press, Cambridge.

Taylor, S. (1938): Suburban neurosis. *The Lancet, I.* 759–761. Idézi: Halpern, D. (1995): *Mental health and the built environment. More than bricks and mortar?* Taylor & Francis Ltd., London.

Thomas, C. J. – Bromley, R. D. F. (2000): City-centre revitalisation: Problems of fragmentation and fear in the evening and night-time city. *Urban Studies,* 37. 1403–1429.

Thornton, S. (1995): *Club cultures: Music media and subcultural capital.* Polity Press, Cambridge.

Tompa A. (1996): *Környezet és egészség – megelőzés, felismerés.* SubRosa Kiadó, Budapest.

Topf, M. (1989): Sensitivity to noise, personality hardiness, and noise-induced stress in critical care nurses. *Environment and Behavior,* 21(6). 717–733.

Topf, M. (1994): Theoretical considerations for research on environmental stress and health. *Journal of Nursing Scholarship*, 26. 280–293.

Topf, M. (2005): Psychological explanations and interventions for indifference to greening hospitals. *Health Care Management Review,* 30. (1). 2–8.

Tuan, Y. F. (1974): *Topophilia: A study of environmental perception, attitudes and values.* Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Túry F. és mtsai. (2006): Családlátogatás evészavarban szenvedőknél – környezetpszichológiai megfontolások. In: Dúll A. – Szokolszky Á. (szerk.): *Környezetpszichológia.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 53–66.

Ulrich, R. (1981): Natural versus urban scenes: Some psychophysiological effects. *Environment and Behavior,* 13. 523–556.

Ulrich, R. et al. (2004): *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity.* Report to the Center for Health Design for the Designing the 21th Century Hospital Project.

Upadhyay, S. (2009): Coping with surgery and accompanying environmental changes. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology,* 35. (Special issue). 154–163.

Urbán R. (2011): Az egészségpszichológia egy szubjektív vázlata. In: Császár-Nagy N. és mtsai. (szerk.): *A klinikai pszichológia horizontja. Tisztelgő kötet Bagdy Emőke 70. születésnapjára.* Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan, Budapest. 585–605.

Van den Berg, A. E. – Custers, M. H. G. (2010): Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *Journal of Health Psychology,* XX(X). 1–9.

Vandermoere, F. (2006): The process of soil excavation in a community: Site-specific determinants of stress perception. *Environment and Behavior,* 38(5). 715–739.

Vantamay, S. (2009): Alcohol consumption among university students: Applying

a social ecological approach for multi-level preventions. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health,* 40(2). 354–369.

Varga K. (2005): Szuggesztiók a lélek(!)zéstől a bélhangokig. In: Varga K. (szerk.): *Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban.* Országos Addiktológiai Intézet, Budapest. 420–433.

Varga K. – Diószeghy Cs. (2001): *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban.* Pólya Kiadó, Budapest.

Verderber, S. (1986): Dimensions of person-window transactions in the hospital environment. *Environment and Behavior,* 18(4). 450–466.

Vranic, A. (2003): Personal space of abused children. *Environment and Behavior,* 35. 550–565.

Wallenius, M. A. (2004): The interaction of noise stress and personal project stress on subjective health. *Journal of Environmental Psychology,* 24. 167–177.

Warr, P. (2008): Environmental "vitamins", personal judgments, work values, and happiness. In: Cooper, C. L. – Cartwright, S. (eds): *The Oxford handbook of organizational well being.* Oxford University Press, Oxford. 57–61.

Watkins, N. J. – Anthony, K. H. (2004): The design of psychologists' offices: A qualitative evaluation of environment-function fit. The American Institute of Architects, Washington.

Webb, S. D. (1984): Rural-urban differences in mental health. In: Freeman, H. L. (ed.): *Mental health and the environment.* Churchill Livingstone, Edinburgh. 226–249.

Weiss, G. L. (1988): Patient satisfaction with primary medical care. *Medical Care,* 26. 383–392.

Wechsler, H. et al. (2002): Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from four Harvard School of Public Health college alcohol study surveys: 1993–2001. *Journal of American College Health,* 50. 203–217.

Whitehouse, S. et al. (2001): Evaluating a children's hospital garden environment: Utilization and consumer satisfaction. *Journal of Environmental Psychology,* 21. 301–314.

Williams, D. R. – Knopf, R. C. (1985): In search of the primitive-urban continuum: The dimensional structure of outdoor recreation settings. *Environment and Behavior,* 17. 351–370.

Wilson, E. O. (1984): *Biophilia*. Harvard University Press, Massachusetts.

Winett, R. A. (1985): Ecobehavioral assessment in health life-styles: Concepts and methods. In: Karoly, P. (ed.): *Measurement strategies in health psychology.* Wiley & Sons, New York. 147–183.

Wohlwill, J. F. (1976): Environmental aesthetics: The environment as a source of affect. In: Altman, I. – Wohlwill, J. F. (eds): *Human behavior and environment: Advances in theory and research.* Plenum, New York.

Wright, P. A. – Kloos, B. (2003): Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology,* 24. 79–89.

Yamamoto, T. – Ishii, S. (1995): Developmental and environmental psychology: A microgenetic developmental approach to transition from a small elementary school to a big junior high school. *Environment and Behavior,* 27. 33–42.

Zimring, C. – Bosch, S. (2008): Building the evidence base for evidence-based design. *Environment and Behavior,* 40(2). 147–150.

Zuckerman, M. (1994): *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking.* Cambridge University Press, New York.

Az egészségpszichológia a pszichológia elméleti, gyakorlati ismereteinek és módszertanának alkalmazása az egészség fejlesztésében és fenntartásában, a betegségek megelőzésében és kezelésében, az egészség, betegség és a kapcsolódó működészavarok okainak és veszélyeztető tényezőinek azonosításában és végül az egészségügy és az egészségpolitika elemzésében és fejlesztésében.

Az egészségpszichológia az elmúlt évtizedekben látványos módon vált a pszichológia új, önálló kutatási, tudományos és alkalmazási területévé. Részben a klinikai pszichológiából, részben az orvostudományból, az orvosi pszichológiából, a prevenciós tudományból és más területekből táplálkozva alakította ki kutatási paradigmáit, módszereit, eszközeit. A területet ma már számtalan nemzetközi folyóirat képviseli. Hazánk az első pillanattól bekapcsolódott e tudományág művelésébe, fejlesztésébe; nem véletlen, hogy ma már az ország több egyetemén folynak nemzetközileg elismert egészségpszichológiai kutatások, és a pszichológusoktatásban jelentős teret kap az egészségpszichológiai ismeretek átadása.

Az egészségpszichológiának ez a kettős – klinikai és népegészségügyi – jellege magyarázza a terület dinamikus fejlődését. Az egészségpszichológia ilyen gyors fejlődése és a változó kihívások megkívánják a naprakész tájékozódást a szakemberektől. Jelen kötetben a gyakorló és a kutató szakemberek számára áttekintést nyújtunk az egészségpszichológia egyes kérdéseiből. A válogatást az ELTE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékén, valamint a Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszéken dolgozó oktatók, kutatók és doktoranduszok összefoglaló, áttekintő munkáiból állítottuk össze.

ISBN 978-963-312-107-8

9 789633 121078