



Egészségügyi Ellátórendszer  
Szakmai Módszertani Fejlesztése  
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

# Kézikönyv a stresszkezelés és kiégésmegelőzés-képzés résztvevői számára

Készült a Stresszkezelés és kiégésmegelőzés képzés  
résztvevői számára  
Budapest, 2019

**SZÉCHENYI** 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



**BEFECTETÉS A JÖVŐBE**

**Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001**  
**„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt**  
**NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÉS SZOLGÁLTATÁSOK FEJLESZTÉSE ALPROJEKT**  
**„Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztése” című**  
munkacsoport



**A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.**

# TARTALOMJEGYZÉK

A STRESSZ ÉS A KIÉGÉS JELENSÉGE .....	4
1. A STRESSZ ÉS A KIÉGÉS FOGALMA .....	4
2. A STRESSZ ÉS A KIÉGÉS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTŐSÉGE.....	11
A PSZICHÉS ZAVAROK ÉS A STRESSZ ÖSSZEFÜGGÉSE .....	11
PSZICHOSZOMATIKUS ZAVAROK KIALAKULÁSA .....	14
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK .....	21
3. A STRESSZ ÉS A KIÉGÉS GAZDASÁGI KÖVETKEZMÉNYE .....	26
4. STRESSZ ÉS KIÉGÉS SZEMPONTJÁBÓL KIEMELTEN VESZÉLYEZTETETT SZAKMACSOPORTOK .....	30
5. STRESSZ ÉS KIÉGÉS ELŐFORDULÁSA HAZÁNKBAN .....	34
6. EVIDENCIÁN ALAPULÓ STRESSZ- ÉS KIÉGÉSMEGELŐZŐ MÓDSZEREK.....	39
INTERVENCIÓK .....	39

## A stressz és a kiégés jelensége

### 1. A stressz és a kiégés fogalma

Napjainkban igen gyakran esik szó a stresszről, amely már a hétköznapi szóhasználatban is igen elterjedt. Maga az elnevezés a magyar származású Selye Jánostól (1956) származik. Selye definíciója szerint „A stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre. A stressz-előidéző hatás, vagy stresszor-aktivitás szempontjából mindegy, hogy az a dolog vagy helyzet, amellyel szemben állunk, kellemes-e vagy kellemetlen; csupán az számít, hogy milyen mértékű az újraalkalmazkodás iránti szükséglet.” (Selye, 1976, p. 24–25). A stressz több pszichofiziológiai reakcióból álló összetett folyamat, amely az egyén különböző helyzetekhez való alkalmazkodását, a testi-lelki egyensúly helyreállítását segíti (Ursin és Eriksen, 2004). Selye általános adaptációs szindrómának nevezte ezt az egyensúly helyreállítását szolgáló folyamatot. Úgy vélte, hogy a stresszortól függetlenül, három szakaszból áll a folyamat: 1. az alarm reakció során a szervezet mozgósítja a meglévő megküzdő képességét, 2. a rezisztencia szakaszában a szervezet felhasználja a meglévő energiaforrásait, illetve az utolsó tartalékait is feléli, végül a 3. fázis során bekövetkezik a kimerülés, és a stressz fizikai tünetei megjelennek.



A stressznek azonban nem csak árnyoldala létezik, mivel biztosítja az élethez elengedhetetlen motivációt, mellyel a fejlődés szolgálatában áll. Hatása attól függ, hogy milyen mértékben veszi igénybe az alkalmazkodóképességet. Ennek megfelelően Selye megkülönböztetett *eustresszt* (jótékony) és *distresszt* (káros) (Selye, 1976).

A stresszállapotra számos tünet jellemző, mint például a fokozott vegetatív működés, vérnyomás, a vérsírok és a vércukor szintjének növekedése, megváltozik a véreloszlás, szív és tüdő működése fokozódik, a vese kiválasztó funkciója csökken, izmok feszítettségi állapota nő, lassul az emésztés (Salavec, 2011). A stresszválasz alul- vagy túlműködése jelentős számú betegség kialakulásának kockázatát növeli (Dhahbhar, 2002). A krónikus stressznek pedig jelentős szerepe van számos megbetegedés kialakulásában (Stauder, Nistor, Susánszky és Ádám, 2013). Legszorosabb kapcsolata a szív- és érrendszeri megbetegedésekkel és a korai halálalossal van (Rosengren és mtsai, 2004).

Lazarus és Folkman (1984) definíciója szerint a stressz pszichológiai állapota akkor alakul ki, ha a személy olyan helyzettel találkozik, amelyik a saját megítélése alapján a rendelkezésre álló erőforrásait meghaladja. Így központi jelentősége van annak, hogy maga a személy egy adott helyzetre hogyan tekint. Ugyanis a stresszorok (stresszt kiváltó események) hatására egyszerre több síkon indulnak el folyamatok: emocionális, kognitív, szomatikus és viselkedéses szinten. A kognitív stresszelméletek megalkotói pedig úgy vélik, hogy a kognitív kiértékelésnek meghatározó szerepe van a stresszválasz kialakulásában, így annak megváltoztatásával a stressz-szint is befolyásolható. (Kognitív kiértékelésnek nevezzük az inger észlelésének, minősítésének és a cselekvésre irányuló döntésnek a folyamatát.) Ebben a mechanizmusban számos egyéni különbség figyelhető meg, mint például az ingerek iránti érzékenység, de befolyásolják a kiértékelést a korábbi tapasztalatok és a genetikai tényezők is (Ursin, 2004). Az észlelt ingereket az elsődleges és másodlagos értékelés folyamatainak vetjük alá, melyek során a korábbi tapasztalataink, memóriánkban őrzött információk és az aktuális érzelmi állapotunk alapján minősítjük a folyamatot. Következő lépésben összevetjük az információkat, értékelést a rendelkezésünkre álló erőforrásokkal, meghozzuk a döntést, hogy képesek vagyunk-e megbirkózni az aktuális helyzettel és elindul a megküzdés folyamata (Stauder, Nistor, Susánszky, Ádám, 2013).

A stresszre adott reakciót befolyásolja továbbá a bejósolhatóság és kontrollálhatóság, amelyek a kognitív kiértékelés aspektusai. Amennyiben az egyén úgy gondolja, hogy kevés vagy egyáltalán nincs kontrollja az adott esemény felett, és nem tudja megítélni, mikor fog

bekövetkezni, intenzívebb stresszválasszal fog reagálni szervezete (Kopp, 2011). Fontos szerepe van a folyamatban a kiértékelés realitásának, amennyiben valamilyen tényező (mint pl. korábbi tapasztalat) következtében a minősítés veszt realitásértékéből, működésbe lépnek különféle kognitív torzítások (katasztrófizálás, minden vagy semmi gondolkodás), amelyek hatására sokkal negatívabbnak éljük meg a stresszhelyzetet (Stauder és mtsai, 2010).



Lazarus megkülönböztetett problémaorientált és érzelemfókuszú megküzdési módokat (Lazarus és Folkman, 1984). A problémafókuszú megküzdés során a stresszt kiváltó helyzetet uralja az egyén az adott stresszor megszüntetésével, viselkedésének megváltoztatásával. A személy eléggé ismeri a problémát, és kompetensnek érzi magát a változtatás előmozdítására (Margitics és Pauwlik, 2006). Amikor a helyzetet nehéz vagy nem lehet megváltoztatni, az érzelemfókuszú megküzdés – a belső érzelmi szabályozás – kerül előtérbe (Grandey és Brauberger, 2002). Ilyenkor a személy a stresszkeltő helyzethez kapcsolódó érzelmi reakcióit változtatja meg vagy csökkenti azok intenzitását. Célja, hogy megakadályozza a negatív érzelmek elhatalmasodását (Major, 2003). Az érzelemfókuszú megküzdéshez tartozik az érzelmi indíttatású cselekvés, az érzelmi egyensúly és társas támasz keresése vagy épp ellenkezőleg a visszahúzódás és a segítségkérés (Margitics és Pauwlik, 2006).



Fontos egy másik, szintén egyre gyakrabban előforduló jelenségről, a kiégésről is szólni. A kiégés a fizikai, érzelmi és mentális kimerültség állapota, amely a krónikus emocionális megterhelések, stresszhatások következtében alakul ki. Kiégés állapotában jellemző a kilátástalanság, reménytelenség, inkompetencia érzés, valamint az egyén saját magára, a munkára és másokra vonatkozó negatív attitűdje (Freudenberger, 1980). A kiégés tulajdonképpen a stresszfolyamat része, amely során az egyén fizikai, kognitív és érzelmi energiája jelentősen lecsökken.

A kiégés fogalma elsősorban munkahelyi kontextusban használatos, azonban felmerül a definíciója alapján is, hogy nemcsak a munkahelyi, hanem az egyéni élet egyéb területén is megjelenő, azonos jelenség megnevezésére is alkalmas (Kristensen és mtsai, 2005).

A kiégést három dimenzióval jellemezhetjük:

1. *Érzelmi kimerültség*: egyéni aspektus során eluralkodik az érzelmi kimerültség, fő tünete az érzelmi és fizikai kimerülés, az empátiás kapacitás jelentősen csökken.
2. *Deperszonalizáció*: interperszonális szint fő tünete a deperszonalizáció, a másoktól való elidegenedés, távolságtartás a társas kapcsolatokban.
3. *Csökkenő énhatékonyság*: önértékelési szint alatt csökken a kompetencia érzése, valamint a produktivitás, az egyén úgy érzi, képtelen megfelelően teljesíteni.

(Pálfi, 2007; Maslach és mtsai, 2001, idézi: Ádám és mtsai, 2015)

Érzelmi tünetek	Szellemi tünetek	Szomatikus tünetek	Egyéb tünetek
Levertség Tehetlenségérzet Gyámoltalanság Reménytelenség Idegesség, ingerültség Érzelmek feletti kontroll képessége sérül	Önbecsülés csökken Negatív attitűd önmagunkhoz, munkához, élethez Koncentrációs nehézség Döntéshozási képesség sérül Önvádolás, önbüntetés	Energiahiány Fáradtság Gyengeség Unottság Betegségre való hajlam Gyakori hátfájás, fejfájás Álmatlanság Különböző szerhasználat (altató, nyugtató, dohányzás, alkoholfogyasztás)	Gyakori késés és/vagy korábbi távozás Munkaszünetek megnyújtása Munkafeladatok kerülése Pályaelhagyás

1. táblázat: A kiégés tünetei (Petróczi, 2007)

A kiégés öt fázison keresztül alakul ki:

1. Az *idealizmus* szakasza: fokozott lelkesedés, sok és aktív társas kapcsolat jellemzi. A személy saját szerepét túlértékeli, gyors sikert szeretne elérni, a hibákért azonban saját magát okolja.
2. A *realizmus* fázisa: elkötelezettség, együttműködés időszaka, kreatív tervek és kezdeményezések születnek.
3. A *stagnálás* vagy a *kiábrándulás* fázisa: kezdeti érdeklődés, teljesítőképeség és nyitottság csökken.
4. A *frusztráció* fázisa: eluralkodnak a negatívumok, visszahúzódás jellemzi, bizalomvesztés saját kompetenciájában, akár saját szakmájának értelmét is megkérdőjelezheti.
5. Az *apátia* fázisa: másokkal való interakciók száma a minimálisra csökken, ellenségessé is válhat a személy a kollégákkal szemben (Ónody, 2001).

A kiégés kialakulásában szerepet játszanak a munka jellegéből adódó, illetve a szervezeti háttértényezők és a munkavállaló személyes hajlamosító tényezői (Purebl, 2012).

Az első csoportba tartoznak:

- Munkavégzés jellegéből fakadó terhelések pl. magas érzelmi stressz, túlzott felelősségvállalással járó döntések stb.
- Munkakörülményekből adódó terhelések pl. munkahely–magánélet egyensúlyának zavara, erőfeszítés és jutalom kedvezőtlen aránya stb.
- Munkahelyi kontroll hiányából eredő nehézségek pl. alacsony munkahelyi autonómia, a végzendő feladatok feletti alacsony kontroll stb.
- Munkahelyi támogató környezet hiánya vagy alacsony szintjéből származó problémák pl. konfliktusok, rivalizáció stb.

A munkavállaló személyes hajlamosító tényezői lehetnek például a túlzott bevonódás; önfeláldozás és lelkiismeretesség, amely a rekreáció rovására mehet; a perfekcionizmus és ahhoz kapcsolódóan a pesszimista beállítódás stb. (Purebl, 2012).

(Lásd bővebben a „*Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztését megalapozó módszertan*” című mérőföldkő vonatkozó fejezetét!)

## FORRÁSOK

Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K., Cserháti, Z. és Mészáros, V. (2015). A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezőik feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 156. évf. 32. sz. 1288-1297.

Dhabhar, F.S. (2002). Stress-induced augmentation of immune function — The role of stress hormones, leukocyte trafficking, and cytokines. *Brain, Behavior, and Immunity*, Volume 16, Issue, Pages 785-798.

Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1980). Burnout: The High Cost of Achievement. *Doubleday and Company*

Grandey, A.A., Brauburger, A.L. (2002). The Emotion Regulation Behind the Customer Service Smile. In Lord, R.G., Klimoski, R. J. és Kanfer, R. (szerk.): *Emotions in the Workplace Understanding the Structure and Role of Emotions in Organizational Behavior*. San Francisco, 8. fejezet

Kopp, M. (2011) A stresszbetegségek, mint modern népbetegségek. A pszichoszomatika pszichofiziológiai alapjai. *A magatartásorvoslás alapjai PhD kurzus 2011. szept. 14.* [www.magtud.sote.hu](http://www.magtud.sote.hu)

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005): The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19(3), 192-207.

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

Major I. R. (2003). A munkahelyi stressztényezők vizsgálata ügyfélszolgálati előadók körében. *Szakkolgozat, Debreceni Egyetem Pszichológia Intézete, Debrecen*

Margitics, F. Pauwlik, Zs. (2006). The relationship between the preference of coping strategies and perceptions of parenting. [Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal.] *Magyar Pedagógia, 106(1), 43–62.*

Ónody, S. (2001). Kiegészítő tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai szemle, 51. évf. 5. sz. 80-85.*

Pálfi, F. (2007). Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiegészítő jelenségére. *PhD Értekezés, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, letöltve: 2017. szeptember 27-én, [http://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2008/Palffy\\_Ferencne\\_PhD\\_dolgozat.pdf](http://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2008/Palffy_Ferencne_PhD_dolgozat.pdf)*

Petróczi, E. (2007). Kiegészítő – elkerülhetetlen? *Budapest: Eötvös József Könyvkiadó.*

Purebl Gy. (2012). A kiegészítő szindróma megelőzése. *In Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F., Bitter I. (szerk.), A pszichoterápia alapjai. (pp. 262-263). Budapest: Semmelweis Kiadó.*

Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W.A., Blackett, K. N., Sitthiamorn, C., Sato, H., Yusuf, S., (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet, 364(9438), 953–962.*

Salavecz, Gy. (2011). The Association between Work Stress and Health on a National and International Samples. *Dissertation, Mental Health Doctoral School, Behavioural Science Programme, Semmelweis University, Budapest.*

Selye, J. (1976). Stressz distressz nélkül. *Budapest: Akadémiai kiadó.*

Stauder, A., Konkoly Thege, B., Kovács, M.E., Balog, P., Williams, V.P., és Williams, R.B. (2010). Worldwide stress: different problems, similar solutions? Cultural adaptation and evaluation of a standardized stress management program in Hungary. *International Journal of Behavioral Medicine, 17(1), 25–32.*

Stauder, A., Nistor, K., Susánszky, É. és Ádám, Sz. (2013). Egyes személyiségjellemzők szerepe a stressz észlelésében és a megküzdésben. *In.: Susánszky, É. és Szántó Zs. szerk., Magyar Lelkiállapot 2013 (pp. 123-136). Budapest: Semmelweis Kiadó.*

Ursin, H. & Eriksen, H.R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology, 29(5), 567-592.*

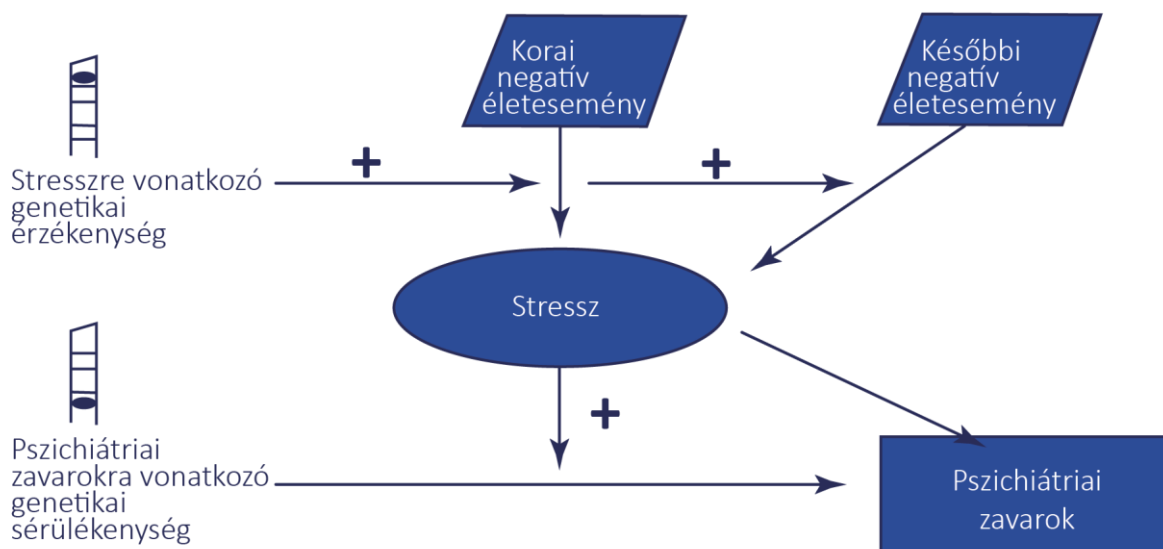
## 2. A stressz és a kiégés népegészségügyi jelentősége

### *A pszichés zavarok és a stressz összefüggése*



A stressz és a mentális betegségek összefüggése régóta ismert és elfogadott, ugyanakkor az összefüggés természete mai napig nem teljesen tisztázott. Az észlelt stressz nem más, mint az egyén nem-specifikus válasza a környezetből érkező kihívásokra. A stressz a neuroendokrin rendszeren keresztül váltja ki hatását a szervezetben és készíteti az egyént olyan viselkedésre, amely lehetővé teszi az alkalmazkodást. A stressz tehát kikerülhetetlen, az élet velejárója, fogantatásunktól kezdve ér bennünket egészen életünk végéig elkísér, csak a mértéke és a tartóssága változó. *„Claude Bernard (1865/1961) úgy gondolta, hogy az élet fenntartása attól függ, milyen mértékben vagyunk képesek belső környezetünk állandóságát megőrizni a változó külső környezetben”* (Schneiderman, Ironson és Siegel, 2005, 607. oldal). Igaz ez pszichés világunk állandóságára is, amelynek fenntartását megküzdéssel vagyunk képesek biztosítani. A stressz, mint az élet velejárója önmagában nem szükségszerűen okozója egyetlen testi vagy mentális betegségnek sem. A stressz megbetegítő hatása egy komplex, cirkuláris oksági rendszerben értelmezhető, amelyben biológiai, pszichológiai és szociális tényezők egyaránt szerepet játszanak (Agid, Kohn és Lerer, 2000).

A stressz és a mentális zavarok összefüggését alapvetően két különböző keretrendszerben közelíthetjük meg. Az egyik, a tünetekre centráló és azokat összefoglaló klasszifikációs rendszeren keresztül – DSM vagy BNO – amelyben egyes tünetek, kórképek kapcsán vizsgálják a stresszteli életesemények hatásait (Riboni és Belzung, 2017). Ennek a megközelítésnek egy általános modelljét alkották meg Agid és munkatársai (2000). Elképzelésük szerint a mentális zavarokat két genetikai nyomvonal vagy érzékenység, illetve fiatal- és felnőttkori életesemények, környezeti hatások összjátéka határozza meg. A genetikai predispozíciók találkozáva az egyén élete során őt érő környezeti hatásokkal eredményezik a zavar kifejezésre jutását. Az egyik genetikai predispozíció azokat a géneket tartalmazza, amelyek az egyén érzékenységét határozzák meg a környezeti stresszorok negatív módon való megélésére. A másik genetikai meghatározottság pedig a specifikus pszichiátriai zavarokra való sérülékenységet foglalja magában. A modell szerint tehát az az egyén, aki genetikai predispozíciókat hordoz a környezet eseményeinek negatívabb megélésére, és sérülékeny a pszichiátriai zavarokra, pl. major depresszióra, ha korai életéveiben szülői szeparációt él meg, majd felnőttkorában elszenved egy traumatizáló közúti balesetet, nagyobb valószínűséggel reagál major depressziós tünetekkel (Agid és mtsai, 2000).



1. ábra: Interakció a környezeti stressz és a genetikai predispozíció között (Forrás: Agid, Kohn és Lerer, 2000; 139. old.)

A másik értelmezési keret egy úgynevezett dimenzionális, transznozológiai megközelítés, amelynek alapja a RDoC (Research Domain Criteria). Az elmúlt években a National Institute of Mental Health (NIMH) paradigmaváltást javasolt a pszichiátriai zavarok megközelítésében, ezt nevezték el Research Domain Criteria-nak vagy RDoC-nak. Ez a rendszer újrastrukturálja a pszichiátriai zavarokat azáltal, hogy azokat nem tünettan szerint rendszerezi, hanem bizonyos dimenziók szerint. A RDoC öt viselkedéses dimenziót foglal magába: 1. kogníció (figyelem, percepció, munka és deklaratív memória), 2. negatív érték (félelem, szorongás, veszteség), 3. pozitív érték (jutalom), 4. szocialitás (kötődés, szociális kommunikáció) és 5. arousal (ritmusok, alvás–ébrenlét). Ezen konstruktumok mindegyike meghatározott agyi területekhez, génekhez köthető, és a normálistól a patológiás övezetig változó intenzitásúak lehetnek. E szerint az elképzelés szerint – bár vannak érzékeny időszakok, melyek kórképtől függően változnak – a stressz mind a korai életszakaszban, mind felnőttkorban – a fejlődés folyamán, hátrányosan érinti a fenti dimenziókat és így hatással van minden pszichiátriai zavar kialakulására (Riboni és Belzung, 2017).



A stressz hatásait a következőkben foglalták össze (Riboni és Belzung, 2017):

- Anhedóniát indukál.
- Befolyásolja a kogníciót, ezáltal a tanulást és a memóriát.

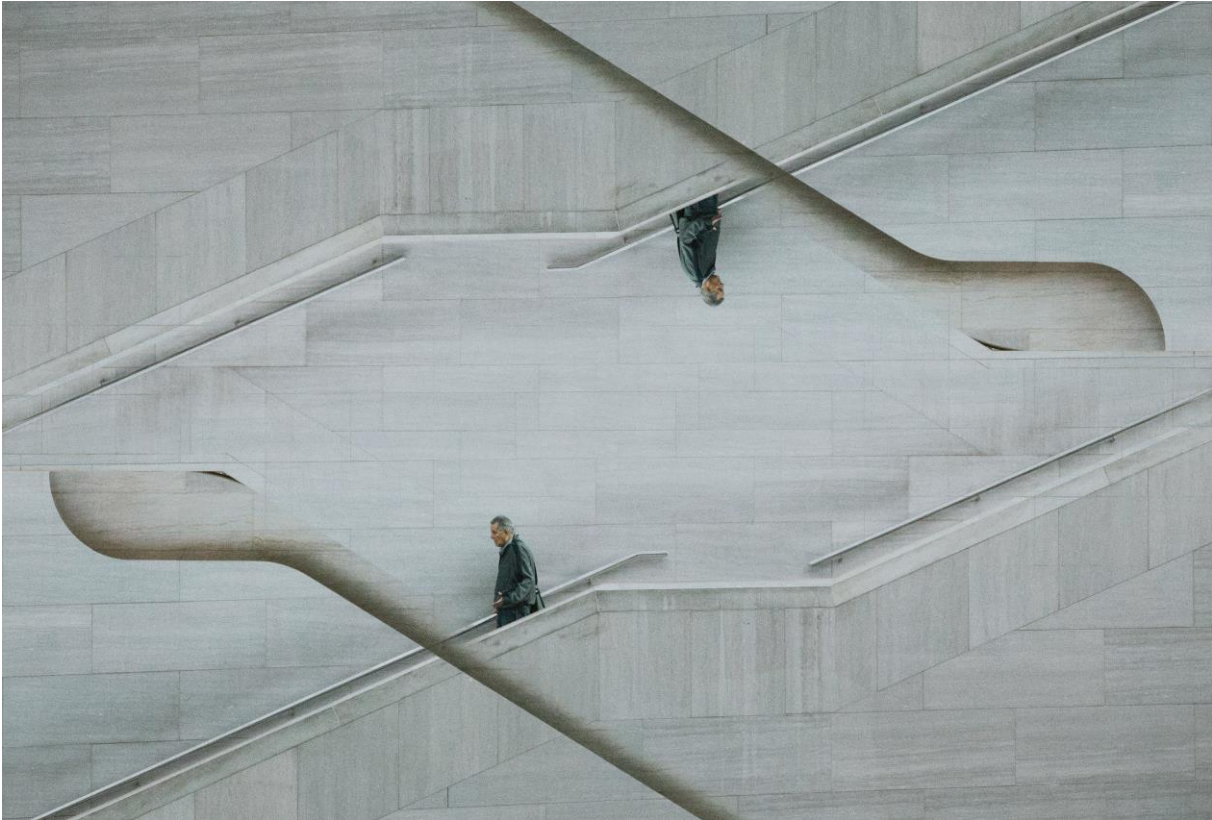
- Rugalmatlanná teszi a viselkedést, ezáltal megnehezíti az alkalmazkodást.
- Kedvezőtlenül befolyásolja a döntéshozatalt.
- Csökkenti a szociális motivációt és szétzúzza a szociális interakciókat, fokozza az agresszivitást, és agonista viselkedést hoz létre.
- Befolyásolja az arousalt és kedvezőtlen változásokat indukál az alvás–ébredés ciklusban.

A stressz tehát a fenti dimenziók normális működését megváltoztatva – amelyben genetikai, neurális, endokrin és egyéb fiziológiai kölcsönhatások is szerepet játszanak – vezet a mentális betegségek kialakulásához.

### *Pszichoszomatikus zavarok kialakulása*

Az elképzelés, miszerint a testi betegségek és a lelki eredetű problémák összefüggenek, egyidős a gyógyítás történetével. A testi és lelki folyamatok összefüggését a „pszichoszomatikus” jelzővel írjuk le, amelyet általában betegségek kapcsán használunk. A „pszichoszomatikus betegségek” olyan kórállapotok, amelyek testi elváltozásokkal járnak, de a betegség kialakulásának, fennmaradásának vagy lefolyásának háttérében pszichés tényezők állnak. A folyamat pontos mikéntje mindeztől tisztázatlan, ugyanakkor a legújabb kutatások eredményei szerint a pszichés faktorok közül például a stressz immunmodulációs, sőt epigenetikus (Koch, 2013) hatásukon keresztül képesek hatást gyakorolni testi betegségek kialakulására vagy meglévő kórképek progressziójára (Cohen, Janicki-Deverts, Miller, 2007).

A stressz alapvetően a szervezet nem specifikus válasza azokra a helyzetekre, melyek aktuális egyensúlyi állapotából kibillentik (Selye, 1976 idézi Bárdos, 2003). A szervezet egészséges egyensúlyi állapota a homeosztázis. Stressz hatására ez az állapot megváltozik és egy nem megfelelő vagy allosztatikus egyensúlyi állapotba kényszerül. Ez a megváltozott működés az alapja a későbbi stresszbetegségek kialakulásának. Ez a változás neuroendokrin folyamatokon keresztül valósul meg. A stressz tehát mint pszichés faktor az immun- és hormonrendszer működésére hatva válik testen belüli fiziológiai változássá (Ader, Felten & Cohen, 2001 idézi Segerstrom és Miller, 2004; Tamashiro, Sakai, Shively, Karatsoreos, Reagan, 2011). A hosszan tartó vagy krónikus stresszorok ily módon globális immunszuppressziót képesek okozni, amely esékennyé teszi a szervezetet különböző betegségekkel szemben (Miller, G.E., Cohen, S., Ritchey, 2002; Segerstrom and Miller, 2004).

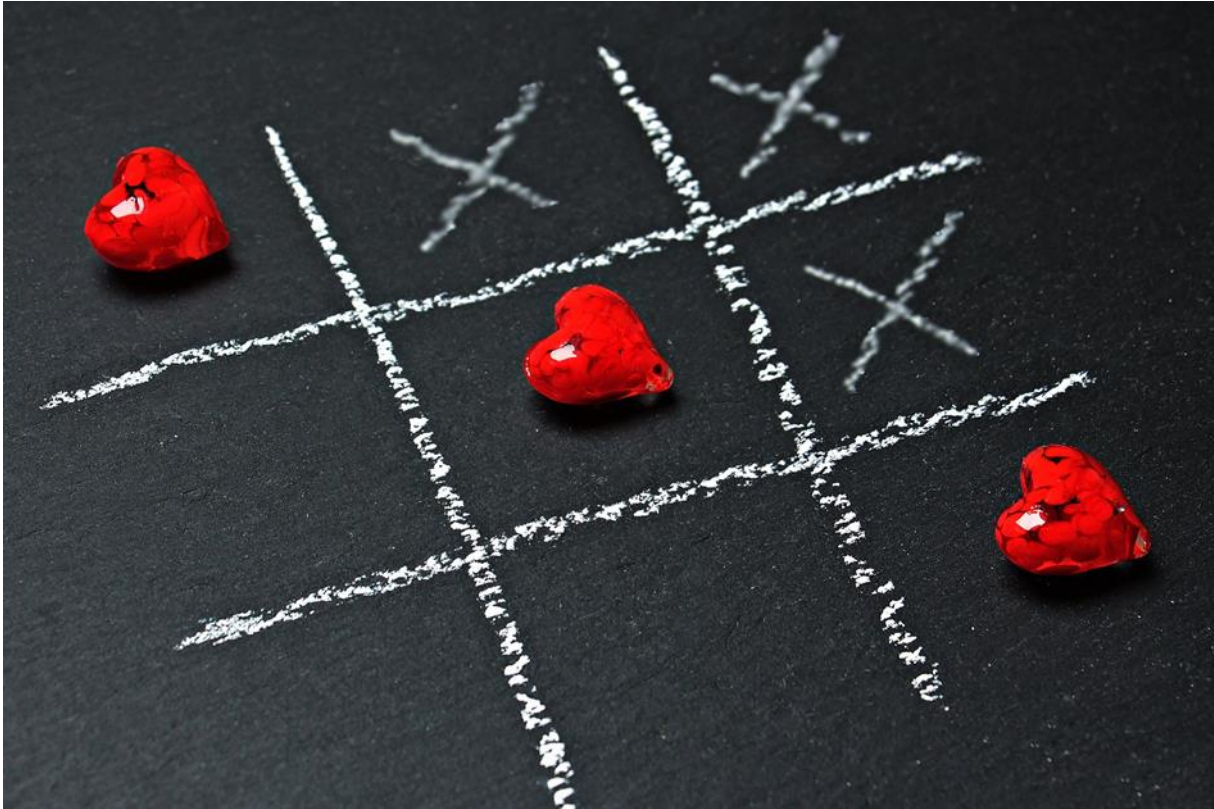


### ***Kardiovaszkuláris kórképek***

A stressz hatására megemelkedő pulzus és a szív elektromos instabilitása a ritmuszavarokra való hajlam növekedéséhez, az életveszélyes ritmuszavarok és a hirtelen szívhalál kockázatának növekedéséhez vezet úgy a szívelégtelenségben szenvedő, mint az átlagpopulációban. A hirtelen szívhalál (sudden cardiac death, SCD) definíció szerint egy olyan kardiovaszkuláris ok miatt bekövetkezett hirtelen halál, amely a tünetek észlelésétől egy órán belül beáll.

Egy másik potenciálisan letális kardiológiai probléma a szívizominfarktus (myocardialis infarctus), amely a koszorúerek súlyos szűkülésének vagy elzáródásának következtében létrejövő szívizomelhalás. A szűkület vagy elzáródás lehet átmeneti, amely a *„simaizmok görcsös összehúzódása révén jön létre, ez lehet oxigénhiány, anyagcseretermék-irritáció vagy idegi hatás következménye”* (Bárdos, 2003, p. 217). Ez esetben a stressz akut triggernek tekinthető az infarktus kialakulásban, amely hirtelen, perceken vagy órákon belüli rosszulléthez vezet (Edmondson, Newman, Whang, Davidson, 2013). Ezzel szemben a krónikus stressz kétféle úton fejtheti ki hatását. Egyfelől tartós szűkület kialakulásán keresztül, amely az érlemezésedés (atherosclerosis) következménye. Az érben ilyenkor olyan anyagok úgynevezett plakkok rakódnak le, amelyek az érfalat merevvé teszik, az ér átmérőjét

csökkentik, szűkítik, egészen addig, amíg az ér elzárul. Másfelől a véralvadási faktorokra gyakorolt kedvezőtlen hatásán keresztül egy de novo trombózis létrejöttét eredményezi (Eagle és mtsai, 2010).



A stressz hosszú távú és szintén magas morbiditást és mortalitást okozó következménye a magas vérnyomás vagy esszenciális hipertónia. Magasnak nevezzük a vérnyomást, amikor a szisztolés nyomás magasabb, mint 139 Hgmm vagy a diasztolés magasabb, mint 89 Hgmm (Kulkarni, Farrell, Erasi, Kochar, 1998). Az akut stresszorok által kiváltott szimpatikus aktivitás hatására a vérnyomás megemelkedik (Kulkarni, Farrell, Erasi, Kochar, 1998), amely a stresszválasz lecsengésével visszatér a normál értékekhez. A folyamatos stressznek való kitettség azonban tartós vérnyomás-emelkedéshez és magas vérnyomás betegséghez vezethet.

### ***Metabolikus kórképek***

A környezeti stresszorok a neuroendokrin és immunmodulációs hatásukon keresztül az egész szervezet működését képesek befolyásolni. Az egyik legáltalánosabb hatás az anyagcsere működésben érhető tetten, amelynek változásai komplex módokon kapcsolódnak össze, válnak egymás rizikófaktorává, és játszanak szerepet számos későbbi betegség kialakításában.

Az anyagcsere vagy metabolizmus lényegében az élő szervezetekben végbemenő, enzimek által szabályozott anyag- és energiaáramlás. Az anyagcserezavarok egy része genetikailag meghatározott betegség, amelyet a stresszhatások kedvezőtlenül befolyásolnak ugyan, de nem elsődleges kiváltói a betegség megjelenésének. Ilyen például a Wilson-kór vagy a fenilketonuria. Más anyagcserezavarok viszont egyértelműen a stresszbetegségek sorában említendők. Ezek közül a legáltalánosabb probléma a „metabolikus szindróma” vagy „X-szindróma”, amely metabolikus eredetű elváltozások egy csoportjára utal. A metabolikus szindróma általános jellemzői közé tartozik a centrális (hasi) obezitás, az inzulinrezisztencia (hiperinzulínia), a magas vérnyomás és a dyslipidémia. A szindróma kialakulásában szerepet játszó mechanizmusok közül a szakemberek kiemelkedő jelentőséget tulajdonítanak a krónikus stressznek (Pyykkönen, Räikkönen, Tuomi, Eriksson, Groop, Isomaa, 2010), amely egyrészt fiziológiás, másrészt viselkedéses módon – mozgásszegény életmód (Petersen, 2014), kedvezőtlen táplálkozási szokások (Tamashiro, Sakai, Shively, Karatsoreos, Reagan, 2011), dohányzás, alkoholfogyasztás stb. – befolyásolják az anyagcsere zavarainak kialakulását.

Stresszválasz alatt megemelkedik a vérnyomás és megváltoznak a hemodinamikai paraméterek, megemelkedik a koleszterinszint, megnő az LDL koleszterin és a trigliceridek aránya a véráramban (Stoney, 2007). Az akut stresszel való megküzdésben elengedhetetlenül fontos a lipidek, a glükóz és a fehérjék véráramba juttatása, mert ez teszi lehetővé a szervezet számára, hogy fenntartsa a homeosztázist és adaptálódjon a stresszorhoz. A stresszválasz lecsengésével azonban az előbbi változások visszaszabályozódnak, s a szervezet visszatér az eredeti, nyugalmi állapotra jellemző értékekhez (Klein Marcondes, das Neves, Costa, Sanches, Cunha, Moura, Tanno, Casarini, 2012). Krónikus stressz hatására azonban a szervezet nem tér vissza a stresszválaszt megelőző állapotba, hanem egy elnyújtott aktivitási állapotban marad. Krónikus stressz hatására csökken a tápanyagban gazdag véráramlás a vázizmokban, gyengül a glükóz és a lipoprotein-lipáz által mediált lipidfelvétel, valamint csökken az inzulin szenzitivitás, amely végül tartós dyslipidémiához vezet (Hjemdahl, 2002; Klein Marcondes és mtsai, 2012). A krónikusan megzavart lipidmetabolizmus és dyslipidémia inzulinrezisztencia megjelenéséhez (Bruce, Chisholm, Storlien, Kraegen, Smythe, 1992; Klein Marcondes és mtsai, 2012), obezitáshoz és különböző kardiovaszkuláris megbetegedésekhez vezet, mint például a magas vérnyomás, az érlemezésedés, koronária betegségek és sztrók (Brindley, McCann, Niaura, Stoney, Suarez, 1993 idézi Klein Marcondes és mtsai, 2012).

A lipidmetabolizmus megborulásának egyik közvetlen következménye az inzulinrezisztencia, amelyben a vércukorszint kontroll alatt tartásához a szervezet egyre nagyobb dózisú inzulin elválasztásra kényszerül. A patomechanizmus előrehaladtával a szuprafiziológias dózisok sem képesek a vércukorszint megfelelő szinten tartására, ennek eredményeképpen krónikusan magas vércukorszint alakul ki, amely diabéteszhez vezet (Surwit and Schneider, 1993). Az inzulinrezisztencia és a cukorbetegség továbbá számos betegség prediktora, mint például kardiovaszkuláris kórképek, daganatos betegségek és obezitás.

Mint láttuk, az előbbi kórállapotok rizikófaktora és következménye is az obezitás, amelynek számos mérhető hatása van a fizikai és mentális egészségre, és az életminőségre (Dixon, 2010). A tartósan meglévő túlsúly gyakran kiterjedt intraabdominális zsírszövet felhalmozódáshoz és viscerális obezitáshoz vezet. A viscerális zsírszövet lényegében egy önálló endokrin szervként működik, amely számtalan hormont és kémiai anyagot termel, ezek kulcsfontosságú szerepet játszanak az energiaháztartás felborulásában, és egy gyulladásozó állapot létrehozásában (Klop, Elte és Cabezas, 2013; Tchernof és Després, 2013; Ferguson, Divine, Kahan, Gallagher, Gooding és mtsai 2017). Az obezitás tehát különböző neuroendokrin hatáson keresztül inzulinrezisztenciához, magas vérnyomáshoz és trombózishoz vezethet, továbbá a centrális zsírszövet-felhalmozódás csökkent vizeletkiválasztáshoz és vesefunkcióromláshoz vezethet (Pinto-Sietsma, Navis, Janssen, Zeeuw, O.B. Gans, Jong, 2003).

### ***Emésztőrendszeri betegségek***

Az emésztőrendszeri betegségek kialakulásban, lefolyásában és a gyógyulás lassításában a stresszel teli életesemények rendkívül fontos szerepet játszanak. A stressz komplex módon fejti ki kedvezőtlen hatását az emésztőrendszer működésére. A stressz egyrészt fokozza a gyomorsav-szekréción, csökkentheti a gyomornyálkahártya vérellátását és ronthatja a gyomornyálkahártya védekező mechanizmusait (Arakawa, Watanabe, Fukuda és mtsai 1998). Másrészt lassítja a gyomor kiürülését, (Malagelada, Tache, Wingate és mtsai, 1991), növeli a disztális bélmotilitást (Welgan, Meshkinpour, Hoehler, 1985; Welgan, Meshkinpour és Beeler, 1988), illetve gyorsítja a béltranszportot (Ditto, Miller és Barr, 1998).

A gyomorfekély a gyomor falában létrejött szövetkárosodás, szövethiány. Kialakulásában jelentős szerepet játszik a nyálkahártya véráramlásának és védőmechanizmusainak heveny sérülése, illetve a túlzott gyomorsavtermelés, amely marja, erodálja a nyálkahártyát (Hersényi, Juhász, Mihály és Tulassay, 2015). A gyomorfekély: „*Jellegzetes tünete a sajjó*

*gyomortáji fájdalom, amely reggel éhgyomorra, vagy étkezés után néhány órával jelentkezik, és néhány korty folyadék, vagy kis mennyiségű étel elfogyasztására megszűnik. [...] Ezek a fájdalmak időszakosak, főleg tavasszal és ősszel jelentkeznek.*<sup>1</sup>. A kórállapot kialakulásában fontos szerepet tulajdonítanak biológiai, pszichológiai és szociális faktoroknak egyaránt. Rizikófaktornak tekinthető így a *Helicobacter pylori* fertőzés, a nem szteroid gyulladáscsökkentők használata, a dohányzás, a 0-s vércsoport, az alacsony szocioökonómiai státusz, a kemény fizikai munka, a reggeli étkezés rendszeres kihagyása, a krónikus alváshiány, és a súlyos alkoholfogyasztás. A betegség emiatt csakis egy komplex bio-pszicho-szociális modell keretében értelmezhető, amelyben a stressz egyrészt a neuroendokrin működésre hatva, másrészt az egészségmagatartás megváltoztatásán keresztül vesz részt a fekélybetegségek kialakításában (Levenstein, Rosenstock, Jacobsen és mtsai, 2015).

Gyulladásos bélbetegségeknek nevezzük a bél szöveteinek idiopátiás gyulladásával járó kórállapotokat. Attól függően, hogy a gyulladás az emésztőrendszer mely részét érinti, beszélhetünk Crohn-betegségről, illetve colitis ulcerosa (fekélyes vastagbélgyulladás)-ról. Utóbbi csak a vastagbelet érinti, míg Crohn-betegség esetén az emésztőrendszer bármely részén kialakulhat a gyulladásos folyamat. Mindkettő súlyos, az életet veszélyeztető betegség, amelyben hasmenéses és nyugodt időszakok váltogatják egymást. A legújabb kutatások bizonyítékai szerint a krónikus stressz és a megterhelő életesemények növelik a bélfalgyulladásos folyamatait, így relapszusokhoz vezethetnek (Mawdsley és Rampton, 2006).

---

<sup>1</sup> <https://hu.wikipedia.org/wiki/Gyomorfe%C3%A9ly>

## Légúti betegségek

Az asztma a légutak krónikus gyulladós betegsége. Fő tünetei közé tartozik a zihálás, a köhögés, a mellkasi szorítóérzés és a légszomj. Az asztma lényegében a légutak reverzibilis elzáródása, és a hörgők görcsös összeszűkülése, amelyet nagyban befolyásolnak a pszichológiai faktorok és a stressz (Vig, Forsythe és Vliagoftis, 2006). A stressz az asztmatikus rohamok kialakulásában játszik fontos szerepet azért, hogy felerősíti a fertőzésekre, az allergénekre és egyéb irritánsokra adott légúti gyulladós választ az asztmás személyeknél. A stressz tehát önmagában nem képes előidézni azokat az



immunológiai változásokat, amelyek az asztmás rohamot kiváltják, hanem elnyújtja a triggerekre adott légúti gyulladást, így növeli a frekvenciáját, a tartósságát és súlyosságát a páciens tüneteinek (Chen és Miller, 2007; Haczku és Panettieri, 2010). Ismételt stressznek való kitettség, vagyis krónikus stressz esetében az elnyújtott immunválaszok okán az immunrendszer tartósan eltolódik egy olyan irányba, amelynek során perzisztens és felerősített gyulladásban maradnak a légutak az allergénnek való kitettség után is (Haczku és Panettieri, 2010). A gyulladt állapotban lévő légutak pedig még érzékenyebben reagálnak a tovább környezeti triggerekre, circulus vitiosust hozva ezzel létre. Az asztmás roham kiváltásában triggernek tekintjük például a dohányfüstnek való kitettséget, amely ziháláshoz és asztmás rohamhoz vezethet (Jaakkola, Nafstad és Magnus, 2001), továbbá az alsó- és felsőlégúti fertőzéseket (Sigurs és mtsai, 2005), illetve a penészt vagy az állatszört. Ezek a triggernek vezetnek a légúti gyulladáshoz, amely immunválaszt a stressz felerősíti. Az immunmoduláción kívül a stressznek közvetlen hatása is lehet az asztmatikus tünetek kialakulására. Stressz hatására például a hörgők összeszűkülnek, és az asztmára jellemző hörgőgörcs alakulhat ki, illetve stressz hatása alatt megemelkedhet az interoceptív szenzitivitás a légúti tünetekre, amely asztmás görcsöt provokálhat (Wright, 2005; Wright, Rodriguez és Cohen, 1998).

## Népegészségügyi vonatkozások

A mentális és a testi egészség elválaszthatatlanok egymástól, amelyek egységben való kezelése népegészségügyi szempontból is elengedhetetlen. Az előbbiekben láthattuk, hogy a stressz miként alakít ki vagy súlyosbít testi betegségeket. Azonban emellett létezik egy oda-vissza kapcsolat is abban, hogy miként befolyásolják a stressz okán létrejött mentális problémák és testi betegségek az egészségügyi szolgáltatórendszerek igénybe vételét.



A rossz mentális állapot (szorongásos problémák, kimerültség, depresszió stb.) megnehezíti a fizikai betegségek kezelését és gyógyítását. A komorbid mentális problémákkal élő személyek kezelési költsége emiatt jóval magasabb, akár 50%-kal is több lehet (McDaid, 2011). Ez a plusz költségráfordítás ugyanakkor nem térül meg, mert a mentális problémákkal élő személyek fizikai betegségének prognózisa, illetve életminősége a többletráfordítások ellenére nem javul jelentősen, sőt – bizonyos esetekben – tovább romlik (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, Ustun, 2007; Naylor, Parsonage, McDaid, Knapp, Fossey, Galea, 2012). A várt javulás elmaradásának hátterében sokszor az együttműködés és az egészségmagatartás hiánya áll. Ezek a kontrollok elmulasztásában, a nem megfelelő gyógyszereszedésben, a diéta be nem tartásában stb. érhetők tetten. Emiatt az egészségügyi komplikációk, a betegségek

egészséggel kapcsolatos konzekvenciái drámaian megnőhetnek, melyek újabb orvosi viziteket, diagnosztikus alkalmakat, beavatkozásokat igényelnek, ezzel jelentős többletterhet jelentve az egészségügy számára. Emiatt a testi és lelki problémák interakcióinak figyelmen kívül hagyása az ellátórendszer részéről „bumerángxént” visszajáró betegeket eredményez, akik egyre sűrűbben, s egyre rosszabb kondíciókkal futnak neki az újabb és újabb kezeléseknél. A komorbid mentális problémáknak sok esetben maguk az ellátók vagy az elvégzett beavatkozás a forrásai, például olyan esetekben, mint az amputáció utáni fantomfájdalom vagy az intenzív osztályon eltöltött idő alatt megélt kiszolgáltatottság és tehetetlenség, amely bizonyos esetekben depresszióvá súlyosbodhat. Természetesen az is előfordul, hogy maga a betegség az elindítója a lelki problémák megjelenésének. Ezzel a jelenséggel olyan esetekben találkozhatunk, amikor valamely kórállapot idézi elő a mentális zavart. Ilyen lehet például, amikor a ritmuszavar miatt pánikbetegség alakul ki. Ide sorolhatók azok az élethelyzetek, amikor a betegség – mint a szívelégtelenség miatti energiahiány – megakadályozza a személyt olyan tevékenységek ellátásában, amelyek korábban a rutint vagy az örömet jelentették számára, ami miatt az egyén lehangolttá válik. Mentális és testi problémák persze egymástól függetlenül is létrejöhetnek, de egymás kedvezőtlen hatásait felerősítve, circulus vitiosusként súlyosbítják egymás tüneteit. Továbbá lelki probléma is vezethet testi tünetekhez vagy betegséghez, mint azt fent kifejtettük. Ezek egy része a krónikus stressz hatására kialakult, fiziológiai elváltozással járó betegségek, pszichoszomatikus kórképek. Más részük viszont az „orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek” kategóriájába eső szomatoform tünetek, amelyek háttérben nem tárható fel patológiás elváltozás, illetve az esetlegesen meglévő fizikai probléma nem magyarázza kellőképpen a szenvedés mértékét. A szomatizációs zavarokkal orvoshoz forduló személyek számottevő terhelést és költséget jelentnek az egészségügyi rendszer számára, hiszen ez ismételt orvosi konzultációkat, diagnosztikus tesztek igénybe vételét, esetleg szükségtelen beavatkozások elvégzését jelenti.

Bármelyik módon is kapcsolódnak a pszichés és testi tünetek, a személyek komplex bio-pszicho-szociális keretben való kezelése, a mentális zavarok felismerése elengedhetetlen fontosságú az ellátásban. A jobb mentális egészség a testi betegségek optimálisabb gyógyítását teszi lehetővé (McDaid, 2011). Emiatt a mentális zavarok szűrése, diagnosztikája és megfelelő terápiája hatékony költségcsökkentő beavatkozásnak tekinthető a szomatikus betegségek ellátásában is.

(Lásd bővebben a „Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztését megalapozó módszertan” című mérőföldkő vonatkozó fejezetét!)

## FORRÁSOK

- Agid, O., Kohn, Y. & Lerer, B (2000). Environmental stress and psychiatric illness. *Biomed & Pharmacother*, 54, 135-141.
- Arakawa, T., Watanabe, T., Fukuda, T., Higuchi, K., Fujiwara, Y., Kobayashi, K., & Tarnawski, A. (1998). Ulcer recurrence: cytokines and inflammatory response-dependent process. *Digestive diseases and sciences*, 43 (9 Suppl), 61S-66S.
- Bárdos Gy. (2003). Pszichovegetatív kölcsönhatások. *Budapest: Scolar Kiadó*.
- Bruce, D.G., Chisholm, D.J., Storlien, L.H., Kraegen, E.W., Smythe, G.A. (1992). The effects of sympathetic nervous system activation and psychological stress on glucose metabolism and blood pressure in subjects with Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. *Diabetologia*, 35, 835-843.
- Chen, E., & Miller, G. E. (2007). Stress and inflammation in exacerbations of asthma. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 993-999.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Gregory E. Miller, G.E. (2007). Psychological Stress and Disease. *JAMA*, 298(14), 1685-1687. DOI:10.1001/jama.298.14.1685
- Dixon, J.B. (2010). The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316(2), 104-108.
- Eagle, K.A., Ginsburg, G.S., Musunuru, K., Aird, W.C., Balaban, R.S., Bennett, S.K., Blumenthal, R.S., Coughlin, S.R., Davidson, K.W., Frohlich, E.D., Greenland, P., Jarvik, G.P., Libby, P., Pepine, C.J., Ruskin, J.N., Stillman, A.E., van Eyk, J.E., Tolunay, E., McDonald, C.L., Smith, Jr, S.C. (2010). Identifying Patients at High Risk of a Cardiovascular Event in the Near Future Current Status and Future Directions: Report of a National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group. *Circulation*, 21, 1447-1454.
- Edmondson D, Newman J, Whang W, Davidson K. (2013). Emotional triggers in myocardial infarction: do they matter? *European Heart Journal*, 34, 300-306.
- Ferguson, C., David, S., Divine, L., Kahan, S., Gallagher, C., Gooding, M., Markell, P. (2017). Obesity Drug Outcome Measures. A Consensus Report of Considerations Regarding Pharmacologic Intervention. *Letöltve: 2017.11.27-én: <https://publichealth.gwu.edu/pdf/obesitydrugmeasures.pdf>*
- Haczku, A., & Panettieri Jr, R. A. (2010). Social stress and asthma: the role of corticosteroid insensitivity. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(3), 550-558.

- Herszényi, L., Juhász, M., Mihály, E., & Tulassay, Z. (2015). Peptic ulcer disease and stress. *Orvosi Hetilap*, 156(35), 1426-1429.
- Hjemdahl, P. (2002). Stress and the Metabolic Syndrome – An Interesting But Enigmatic Association. *Circulation*, 106, 2634-2636
- Klein Marcondes, F., das Neves, V.J., Costa, R., Sanches, A., Cunha, T.S., Moura, M.J.C.S., Tanno, A.P., Casarini, D.E. (2012). Dyslipidemia Induced by Stress. In Kelishadi, R. (szerk) *Dyslipidemia – From Prevention to Treatment*. (pp. 367-390). Croatia: InTech.
- Klop, B., Elte, J.W.F., and Cabezas, M.C. (2013). Dyslipidemia in Obesity: Mechanisms and Potential Targets. *Nutrients*, 1218-1240. DOI:10.3390/nu5041218
- Koch, H.J. (2013). Psychocardiology: the spectrum of stress in the genesis of heart disease: a point of view. *Research Reports in Clinical Cardiology*, 4, 153–159.
- Kulkarni, S., O'Farrell, I., Erasi, M., Kochar, M.S. (1998). Stress and hypertension. *WMJ*, 97(11), 34-38.
- Levenstein, S., Rosenstock, S., Jacobsen, R. K., & Jorgensen, T. (2015). Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of Helicobacter pylori infection or use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(3), 498-506. Malagelada, Tache & Wingate (1991). *Brain-gutinteractions*, Boston: CRC Press.
- Mawdsley, J. E., & Rampton, D. S. (2006). The role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Neuroimmunomodulation*, 13(5-6), 327-336.
- Mayer, E. A. (2000). The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*, 47(6), 861-869.
- McDaid, D. (2011). Making the long-term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability. *European Union*
- Miller, G.E., Cohen, S., Ritchey, A.K. (2002). Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: A glucocorticoid-resistance model. *Health Psychology*, 21(6), 531–541.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858.
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities. *Letöltve: 2017. 11. 15-én: <http://www.kingsfund.org.uk/index.html>*

- Petersen, C.B., Nielsen, A.J., Bauman, A., Tolstrup, J.S. (2014). Joint association of physical activity in leisure and total sitting time with metabolic syndrome amongst 15,235 Danish adults: A cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 69, C: 5-7.
- Pinto-Sietsma, S-J., Navis, G., Janssen, W.M.T., Zeeuw, D., O.BGans, R., Jong, P.E. (2003). A central body fat distribution is related to renal function impairment, even in lean subjects. *American Journal of Kidney Diseases*, 41(4), 733-741.
- Pyykkönen, A. J., Räikkönen, K., Tuomi, T., Eriksson, J.G., Groop, L., Isomaa, B. (2010). Stressful Life Events and the Metabolic Syndrome – The Prevalence, Prediction and Prevention of Diabetes (PPP)-Botnia Study. *Diabetes Care*, 33(2), 378-384.
- Riboni, F.V. & Belzung, C. (2017). Stress and psychiatric disorders: from categorical to dimensional approaches. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 14, 72-77.
- Schneiderman, N. Ironson, G. & Siegel, S. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol.*, 1, 67-628.
- Segerstrom, S.C. & Miller, G.E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630.
- Stoney, C.M. (2007). Cholesterol and Lipoproteins, In Fink, G. (szerk.) *Encyclopedia of Stress*. (pp. 478-483). San Diego: Elsevier.
- Surwit, R. S., & Schneider, M. S. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 380-393.
- Tamashiro, K.L., Sakai, R.R., Shively, C.A., Karatsoreos, I.N., Reagan, L.P. (2011). Chronic stress, metabolism, and metabolic syndrome. *Stress*, 14(5), 468–474.
- Tchernof, A., and Després, J-P. (2013). Pathophysiology of Human Visceral Obesity: An Update. *Physiological Reviews* 93, 359–404. DOI:10.1152/physrev.00033.2011
- Vig, R. S., Forsythe, P., & Vliagoftis, H. (2006). The role of stress in asthma: insight from studies on the effect of acute and chronic stressors in models of airway inflammation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1088(1), 65-77.
- Welgan, P., Meshkinpour, H., & Beeler, M. (1988). Effect of anger on colon motor and myoelectric activity in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 94(5), 1150-1156.
- Wikipedia (2018). Gyomorfekély. Letöltve: 2018.07.30-án: <https://hu.wikipedia.org/wiki/Gyomor-fek%C3%A9ly>

### 3. A stressz és a kiégés gazdasági következménye

A munkahelyi stressz annak pszichés és szociális következményeivel együtt nagy gazdasági megterhelést jelent az egyén, a vállalatok és a munkáltatók számára egyaránt (European Commission, 2002).

Az egyén szempontjából a lelki egészség romlásának az egyéni egészségügyi kiadások növekedése, a csökkent jövedelem, illetve annak kiesése a közvetlen gazdasági következménye. A hosszabb betegszabadság, amelyet mentális vagy más, a stresszel összefüggésbe hozható krónikus betegség okoz, a hiányzások számának növekedésében és a munkahelyi teljesítmény csökkenésében jelenik meg. A mentális egészségi állapot nagymértékben befolyásolja az egyén munkahelyi viselkedését, motivációját és a munkához való attitűdjét. Hosszabb távon pedig az egyén számára ez azt jelentheti, hogy betegsége esetenként leszálalékoláshoz, csökkent képességű munkavégzéshez, korai nyugdíjazáshoz, avagy munkanélkülivé válásához, azaz a termelésből való időszakos, részleges vagy akár végleges kieséséhez vezethetnek (OECD, 2012).



Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OSHA) 2000-ben megjelentett kutatásából megtudhatjuk, hogy a munkahelyi stressz felelős a betegség miatt kieső munkanapok 50–60%-áért. Az Eurostat 2010-es összeállítása alapján a mentális egészségügyi problémák, a stressz, a depresszió és a hangulatzavar a munkahelyi hiányzások második leggyakoribb okai a mozgásszervi megbetegedések után. Nem utolsó sorban a hiányzás időtartama hosszabb, mint a legtöbb megbetegedésnél. Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal 2005–2013 közötti adatai szerint az egy esetre jutó táppénzes napok számát tekintve a legnagyobb ingadozás a mentális betegségek, viselkedészavarok esetén figyelhető meg, ahol az egy esetre jutó táppénz közel 50 nap volt 2007-ig, 2008-ban már csak 37 nap, majd – egy 2009-es kiugrást követően – 2013-ra 33 napra esett vissza a mutató értéke (KSH, 2014).

Az Eurostat 2010-es tanulmánya, az Európai Unió 27 országában végzett felmérése szerint, a munkavállalók közel 28%-a (ez 55,6 millió munkavállalót jelent) úgy érzi, hogy a munkahelyen tapasztalt stressz és a pszichoszociális kockázatok hatással vannak mentális egészségükre. A mentális problémával küzdők nagyobb eséllyel hiányoznak a munkából (Eurobarometer 73.2, 2010). Nemzetgazdasági szinten a munkahelyi stressz és a pszichoszociális kockázatok által okozott betegségek (közvetlen, közvetett) komoly terhet jelentenek az ország egészségügyi ellátórendszerére, csökkentik a gazdaság termelékenységét, így negatív hatással vannak a bruttó nemzeti össztermékre (GDP) (Hoel, Sparks és Cooper, 2001).

Az Európai Bizottság (2002) felmérése szerint, az összes munkával kapcsolatos betegség becsült költsége 2,6–3,8%-a egy ország GDP-jének, így ha ennek 10%-a a munkahelyi stressz miatt alakul ki, akkor az EU 15 országára vetítve ez 20 milliárd EUR/év (EU-OSHA, 2014). Matrix (2013) kutatásai azt mutatják, hogy az Európai Unió 27 országában a munkahelyi stressz által okozott depresszió összköltsége 617 milliárd euró. Az egészségügyi és szociális ellátó rendszer költségei, valamint a munkáltatóknál jelentkező termelési veszteség és nemzetgazdasági szinten a mentális betegség miatt dolgozni képtelen munkaerő kieső termelésének összege adja meg ezt a magas számot. A Sainsbury Centre for Mental Health (2007) Nagy-Britanniában végzett vizsgálati eredményei szerint a stressz, a depresszió és a hangulatzavar költsége a gazdálkodó szervezeteknél 25,9 milliárd GBP. Ebből 8,4 milliárd GBP a hiányzások miatt, 15,1 milliárd GBP a csökkent termelékenységéből adódóan, 2,4 milliárd GBP a kieső munkaerő pótlása miatt.

A munkahelyi stressz pszichés és szociális kockázatainak gazdasági terheit nagy arányban a munkáltatók viselik (Matrix, 2013). A gazdasági terhek a következő csoportokba oszthatók (Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD), 2008):

- Munkahelyi hiányzás, betegszabadság (absenteeism): a stressz okozta betegszabadság, amely nemcsak a kieső munkaerő pótlásának költségét jelenti a munkáltató számára, hanem a betegség alatt is fizetendő betegszabadságot, illetve táppénzt is.
- A munkahelyi teljesítmény csökkenése (presenteeism): a munkahelyi teljesítmény csökkenésének következtében elmaradt haszon rója rá a legnagyobb gazdasági terhet (58,4%) a szervezetekre a Sainsbury Centre for Mental Health (2007) számításai alapján.
- Munkaerő fluktuációja (turnover): a munkahelyi stressz okozta munkaerő elvándorlása, a munkaerő cserélődésének költsége, azaz mennyibe kerül újra betölteni az adott pozíciót.
- Egyéb költségek: Idetartozhatnak olyan költségek, mint például balesetek, sérülésekből adódó költségek, munkahelyi konfliktusok, szervezetfejlesztés költségei.
- Stakeholdereket terhelő költségek/marketing költségek: a vállalat hírnevét biztosító, márka és reklám költségek, befektetői bizalom és kapcsolatok.

Bond, Flaxman és Loivette, 2006-os tanulmánya szerint, ha figyelmen kívül hagyják a munkahelyi stressz kezelését, akkor az költségesebb mind a munkavállalónak, mind a cégeknek, ennek következtében az egész társadalomnak. Ennek belátása, a munkahelyi stressz gazdasági hatásának kimutatása egzakt módon segítené a szükséges szemléletváltást a lelki egészség terén, a munkahelyi stressz hatásával kapcsolatosan.

(Lásd bővebben a „*Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztését megalapozó módszertan*” című mérföldkő vonatkozó fejezetét!)

## FORRÁSOK

Bond, F.W., Flaxman, P.E. and Loivette, S. (2006): A business case for the management standards for stress, *Health and Safety Executive, University of London. Megtekintve: 2017. 11. 02-án: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr431.pdf>*

Chartered Institute of Personnel and Development, (2008): Building the business case for managing stress in the workplace, *Chartered Institute of Personnel and Development London. Megtekintve: 2017. 11. 17-én: [https://www.the-stress-site.net/uploads/2/7/0/6/2706840/business\\_case\\_for\\_managing\\_stress\\_at\\_work.pdf](https://www.the-stress-site.net/uploads/2/7/0/6/2706840/business_case_for_managing_stress_at_work.pdf)*

European Commission (2002): Guidance on work-related stress: spice of life or kiss of death, *European Communities, Luxembourg, European Communities EU-OSHA (2000): Research on work-related stress. Megtekintve: 2017. 11. 13-án: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>*

EU-OSHA (2014): Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risk, *Luxembourg, Publications Office of the European Union ISBN: 978-92-9240-420-8 DOI: 10.2802/20493*

Eurobarometer 73.2 (2010): Mental Health, *TNS Opinion & Social, Brussels. Megtekintve: 2017. 11. 15-én: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/ebs\\_345\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf)*

Eurostat (2010): Health and safety at work in Europe (1999–2007): A statistical portrait, *Luxembourg, Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-14606-0 DOI: 10.2785/38630*

Hoel, H., Sparks, K. and Cooper, C.L. (2001): The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment, *International Labour Organization (ILO), Genf*

Központi Statisztikai Hivatal (2014): Táppénz 2005-2013. *Megtekintve: 2017. 11. 02-án: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/tappenz13.pdf>*

OKI (2017): Lakossági Mentális Egészségtudatosság és Támogató Hálózat Fejlesztését Megalapozó Módszertan Népegészségügyi Ellátórendszer és Szolgáltatások Fejlesztése Alprojekt. „Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztése” című munkacsoport. *Eredménytermék*

Matrix (2013): Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives, *Executive Agency for Health and Consumers, Specific Request EAHC/2011/Health, Megtekintve: 2017. 11.10-én: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/matrix\\_economic\\_analysis\\_mh\\_promotion\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf)*

OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, *OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>*

Sainsbury Centre for Mental Health (2007): Mental health at work: developing a business case, policy paper. *Megtekintve: 2017. 11. 09-én: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/mental-health-at-work>*

#### 4. Stressz és kiégés szempontjából kiemelten veszélyeztetett szakmacsoportok

A modern kor népbetegségének tartott burnout tünetegyüttest először segítő foglalkozásúak körében észlelték, de megjelenése egyre kiterjedtebbé válik. Ma már szinte minden olyan tevékenységben előfordul, ahol az egyénnek tartós vagy ismételt érzelmi megterheléssel, stresszel kell megküzdenie, és ahol a munkaeszköze a személyisége (Rohánszky 2014, idézi: Molnár és Gyapjas 2015).



A kiégés kialakulásának folyamatából és aspektusaiból látható, hogy a kiégésnek leginkább kitett szakmák azok, melyekben a munkavégzés nemcsak az elméleti-gyakorlati tudás alkalmazásának függvénye, de az egyénnek a munkavégzés során érzelmi munkát, fokozott empátiát, hatékony együttműködést és kommunikációt kell folyamatosan megvalósítania. Ahhoz, hogy a kiégés egyre jelentősebb problémává válik önmagán a személyes és munkahelyi tényezőkön kívül azok egymásra hatása és össze nem illése is hozzájárul. Az egyén személyiségéből adódó, ún. személyes tényezők a korábban már említett emocionális kimerülés, deperszonalizáció és a személyes teljesítmény csökkenése. A munkahelyi tényezők között az egyén belső igényei és a munka során megélt munkaterhelés,

a kontroll hiánya, a munkáért kapott jutalom, becsületesség és az egyén és munkahely értékeinek össze nem illése, illetve a munkahelyi közösségek hiánya szerepel. Ezt a kialakult össze nem illést a környezet fenntartja és mélyíti, így járul hozzá a kiégés állapotának előidézéséhez (Maslach-Leiter, 1997, Maslach és mtsai, 2001, Angerer, 2003, idézi: Mészáros, 2012).

Az össze nem illés eredeztethető az elvárás–valóság közötti különbségből is, mely különösen a pályakezdők, rövidebb ideje pályán lévők esetében lehet jelentős. Pályakezdők nagy lelkesedéssel, gazdag elképzelésekkel és elvárásokkal kezdik meg a pályájukat, mely elvárásoknak egy része nincs összhangban azzal, amit a hétköznapi munkavégzés során megtapasztalnak, így ők különösen veszélyeztetettnek számítanak kiégés szempontjából (Ádám és mtsai, 2015).

Több csoportosítás is létezik arra vonatkozóan, hogy melyek lehetnek a fent részletezett szempontok alapján a kiégés tekintetében leginkább érintett területek, szakmacsoportok, munkakörök.

A kiégés szindróma kialakulásából egyenesen következtethető, hogy a humán területen, nagy érzelmi teherrel járó munkák azok, amelyek munkavállalói leginkább veszélyeztetettek (Price és Murphy, 1984, idézi: Szabó és Jagodics, 2016). Az egészségügyi dolgozók mellett más segítő foglalkozást végző személyeknél – pszichológusok, szociális munkások – vagy az oktatásban dolgozók között is beszélhetünk kiégésről (Szabó és Jagodics, 2016).



A kiégés Petróczi (2007) leírása szerint a humán szférában az alábbi két területre irányulhat:

- a segítséget nyújtó pályákra, mint például a tanácsadói, tanári, szociális munkás, egészségügyi dolgozói, iskolai adminisztrátori, pszichológusi,
- közalkalmazotti és köztisztviselői pályákra, mint például a rendőr, légiforgalmi irányító, kinevezett tisztviselők a hivatalokban, továbbá vezetőkre, menedzserekre.

Rohánszky (2014, idézi: Molnár és Gyapjas, 2015) csoportosítása szerint a kiégéssel leginkább érintett foglalkozások:

- egészségügyi dolgozók,
- pedagógusok,
- lelkeszek,
- diakónusok,
- szociális munkások,
- katonák,
- menedzserek.

Az egészségügyi dolgozók testi-lelki egészségére irányuló vizsgálatok kiemelt fontossággal bírnak, nemcsak az alapellátás biztosítottságának szempontjából, hanem közvetett módon az egész egészségügyi rendszer működésére, indirekt módon pedig a lakosság egészségi állapotára kifejtett hatásuk miatt is kitüntetett szerepük van. Az egészségügyi dolgozók csoportján belül is különbségek mutatkoznak az egyes területeken és munkakörben dolgozók között. Az orvosi hivatás a kiégés-szindróma mindhárom területét tekintve – mentális, érzelmi és fizikai szinten – erős terhelést jelent. A gyakorló orvosok körülbelül 10-20%-a betegszik meg valamely pszichiátriai zavarban (Kopp és Berghammer, 2005, idézi: Tandari-Kovács 2010). Pálfi (2007) ápolókkal végzett vizsgálatában azt találta, hogy a legvesélyeztetettebbek az intenzív osztályon dolgozók, őket követik a krónikus osztály dolgozói, ezt követik az aktív osztályon dolgozók. Ennek alapján az ápolók 34%-a veszélyeztetett, 5,5%-uk kiégett, 1%-uk szorul gyógyításra (Pálfi, 2007, idézi: Molnár és Gyapjas, 2015). A kiégés, különösen az érzelmi kimerülés, számottevő probléma a pszichiátriai–pszichoterápiás ellátás területén dolgozó szakemberek között (Kovács, 2006). A kutatásban vizsgált minta 38%-a közepes, 33%-a magas érzelmi kimerültségről panaszkodott.

- A vizsgálatok eredményei egyértelművé teszik, hogy a burnout szindróma az egészségügyi dolgozók között számottevő problémát jelent a rendszer számára, ezért nemcsak kezelése, de megelőzése is kiemelt fontosságú a betegellátás folyamatosságának és színvonalának fenntartásához (Molnár és Gyapjas, 2015).
- A kiégés szempontjából fentebb említett, különösen veszélyeztetett szakmacsoportokban kiemelt szerepe van a stressz és a kiégés prevenciójának, mely mind egyéni, mind szervezeti és közösségi beavatkozást is igényel. A prevenciós programok segítségével megelőzhetők a stressz és kiégés okozta költségek, mely az egyén mellett a nemzetgazdaságot is érinti a betegszabadságok, az alacsonyabb termelés és egyéb kötődő költségeken keresztül.

(Lásd bővebben a „*Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztését megalapozó módszertan*” c. mérföldkő vonatkozó fejezetét!)

## FORRÁSOK

Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K., Cserháti, Z., Mészáros, V. (2015). A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezőik feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében, *Budapest, Orvosi Hetilap, 156. évf. 32. sz. 1288-1297.*

Gyórfy, Zs. Girasek, E. (2015). Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legvesélyeztetettebbek? *Orvosi Hetilap, 156(14), 564-570.*

Mészáros, V. (2012). A gyógyítók egészsége: a kiégés és a kiégés megelőzése, illetve kezelése. *Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, In Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I., 219-250.*

Molnár, M., Gyapjas, T. (2015). „Hogy a lángból ne legyen hamu...” Kiégés-prevenciós program egészségügyi dolgozóknak. *In Gyógyítók egészsége. A hivatás kihívásai és a változás lehetőségei. Szerk.: Csabai, M., Papp-Zipernovszky, O., Oriold és Társai Kiadó, Budapest*

Kovács, M. (2006). Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban. *Pszichoterápia, 15(1):19-25.*

Petróczi, E. (2007). Kiégés – elkerülhetetlen? Budapest, Eötvös József Könyvkiadó.

SzabóÉ., Jagodics B. (2016). Erőforrások és követelmények: A tanári kiégés munkahelyi tényezőinek komplex vizsgálata. *Iskolakultúra: Pedagógusok szakmai-tudományos folyóirata, 26. évf. 2016/11. szám. 3-15., letöltve: 2017. október 1-én, <http://real.mtak.hu/47289/1/01.pdf>*

Tandari-Kovács, M. (2010). Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében, *Doktori Értekezés, Semmelweis Egyetem, Budapest, letöltve: 2017. szeptember 27-én, [http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/tandarikovacsMariann.d.pdf](http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/tandarikovacsMariann.d.pdf)*

## 5. Stressz és kiégés előfordulása hazánkban

Hazai mintán végzett kutatások szerint – a Hungarostudy 2002 felmérés és a Központi Statisztikai Hivatal 150 kistérségre vonatkozó adatai alapján – a szív- és érrendszeri megbetegedésekre visszavezethető halálozást a hétvégi munka és az alacsony munkahelyi kontroll jelentős mértékben magyarázta, férfiaknál és nőknél egyaránt (Kopp és mtsai, 2006). Az összhálaozást tekintve a Hungarostudy Egészség Panel (HEP) követéses vizsgálat eredményei szerint a 40–69 éves korosztályból azok között a férfiak között, akik 2002-ben munkahelyi bizonytalanságot, illetve alacsony kontrollt tapasztaltak, a halálaozás valószínűsége háromszorosára, illetve duplájára növekedett. Ugyanebben a korcsoportban nőknél az alacsony munkatársi támogatás bizonyult a 2006-ig bekövetkező halálaozás rizikófaktorának (Kopp, 2007).

A munkahelyi stressz az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OSHA) szerint az egyik legfontosabb mentális és testi egészséget befolyásoló tényező. Ennek megfelelően a törvényi szabályozásában is kitérnek rá, és a Munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 2008. január 1-jei módosítása előírja, hogy a munkáltató kötelessége a pszichoszociális kockázatok felmérése és csökkentése a munkahelyen.<sup>2</sup>

Nistor és mtsai (2015) munkahelyi pszichoszociális stressz tényezőket a COPSOQ II (Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II), míg a depressziós tünetegyüttest a rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel mérte fel hazai mintán. Az eredmények igazolták a depressziós tünetegyüttes összefüggését a munka–család konfliktussal, a fejlődési lehetőségekkel, a munka értelmességével és a munkahely iránti elkötelezettséggel.

A Hungarostudy 2006 és 2013 magyar munkavállalók mintáján végzett vizsgálatai igazolták, hogy az erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanság (EJE) modell keretein belül vizsgált munkahelyi stressz előrejelzője a hazai munkavállalók egészségének és jóllétének. A modell összetevői, az EJE és a túlvállaló magatartás meghatározója a depresszióknak, a szubjektív jóllétnek, a szomatikus tünetek súlyosságának, a kockázatos alkoholfogyasztásnak és a

---

<sup>2</sup><http://www.munkahelyistresszinfo.hu/a-munkahelyi-stressz-merese/a-pszichoszocialis-kockazat-jogi-szabalyozasa/>

dohányzásnak. A magyar munkavállalók körében kapott eredmények az egyéb pszichoszociális munkahelyi stressz tényezők egészségre gyakorolt hatását is megerősítik a munkahelyi bizonytalanság, a munkahelyi kontroll és a munkatársi támogatás esetében is (Salavecz 2008, 2013). A Hungarostudy 2013-as eredményei szerint a magyar aktív lakosság 28,6%-a élte meg úgy, hogy erőfeszítéseik és az érte kapott jutalom/juttatás nem volt egyensúlyban (az Erőfeszítés-Jutalom Egyenlőtlenség Kérdőív alapján). A korábbi Hungarostudy eredményekkel összevetve ennél a mutatónál egyértelmű emelkedést tapasztalhatunk, például a 2006-ban mért 18,3%-hoz képest. Az észlelt egyenlőtlenség együtt jár a depresszív tünetek és egyes önkárosító viselkedések megnövekedett arányával (dohányzás, alkoholfogyasztás) (Salavecz, 2013).

A kiégés témájában egyre több kutatás valósult meg az elmúlt másfél évtizedben Magyarországon. A kutatási eredmények főként egészségügyi dolgozókra és pedagógusokra vonatkoznak. A kutatások egy része igazolta a kiégés, valamint a pszichés és testi megbetegedések kapcsolatát (Ádám és mtsai 2006; Pikó, 2006). A kiégéssel kapcsolatban többen kutatták a szerepkonfliktust mint rizikótényezőt (Gyórfy és Ádám, 2004; Ádám és mtsai, 2006; Pikó, 2006), a stresszortényezőket (Petróczi és mtsai 1999, 2001), valamint a megküzdési stratégiák (Torma, 2013) és a társas támogatás szerepét (Kovács és mtsai, 2012). Vizsgálták továbbá a munkavégzés helyszínét (Pálfi, 2003), valamint a pályán eltöltött idő jelentőségét (Kissné, 2009).

### ***Pedagógusok, szociális területen dolgozók közérzete***

Petróczi és mtsai (1999) a pedagógusok és szociális területen dolgozók közérzetét, valamint a kiégés létrejöttében szerepet játszó egyéb tényezők jelenlétét vizsgálták, amelyben a legjelentősebb stresszortényezőkre hívták fel a figyelmet. A stresszortényezők hatására megjelenő tünetek közül a legmagasabb arányban az elégedetlenségérzés (58%) jelentkezett, ezt követte a jövő miatti aggodás, a problémák jövőbeli megoldásának bizonytalansága, a koncentrációs problémák, az állandó fáradtságérzés, a kilátástalanság, a tehetetlenségérzés, a rosszabb egészségérzet, illetve közérzet. Salavecz és mtsai (2006) kutatásának középpontjában a pedagógusok lelki egészsége és a munkahelyi stressz közti kapcsolat, valamint az énhatékonyság és a túlvállalás lelki egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálata állt. Megállapították, hogy a különböző mentális egészségi változókra eltérő módon és mértékben hatnak a munkahelyi stressz káros hatásait is befolyásoló egyéni jellemzők. A pedagógusok

lelki egészsége egyik fontos meghatározó tényezőjének az erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanságát találták. A kiégés leginkább a munkahelyi stressztől függött. Kissné (2009) a nyugat-magyarországi pedagógusokat vizsgálta, és főként a 21 évnél régebb óta dolgozó pedagógusok körében találta meghatározónak a kiégés gyakoriságát. Kutatási eredményei alapján elmondható, hogy a sport védelem lehet a kiégés ellen, főként a nők esetében. Emellett a munkastílusnak is jelentősége van a kiégésre való veszélyeztetettség mértékében. Torma (2013) vizsgálatában azt találta, hogy a kiégés háttérében a legfontosabb protektív tényezőnek a megküzdés bizonyult, amelynek hatását a flow csak tovább erősítette. A kiégés tünetegyüttes tekintetében Mihálka és Pikó 2018-as tanulmánya szerint (N= 2068) különösen a fiatal és férfi pedagógusok vannak veszélyben, ami azzal magyarázható, hogy nem rendelkeznek megfelelő rutinnal e problémák megoldásához. Ebben a magyar mintában a kiégés szorosan összefüggött a pedagógusok lelki egészségével, így a pszichoszomatikus tüneteikkel, az egészségi állapotuk önmegítélésével. Míg a nagyivás nem volt jellemző a mintára, a mérsékelt alkoholfogyasztás pozitív összefüggést mutatott az elszemélytelenedéssel (Mihálka és Pikó, 2018).



## Ápolók közérzete

Magyarországi adatok alapján az ápolók 33,9%-a kiégés veszélyben van, 5,5%-a kiégésben szenved, 0,9%-a pedig a kiégés mellett súlyos pszichiátriai megbetegedéssel is jellemezhető (Ádám és mtsai, 2015). További vizsgálatok hasonló – 40–50%-os – kiégési arányt publikálnak ebben a szakmában (Pálfi és mtsai, 2008; Bencés, 2006). A partner vagy gyermek megléte, a hosszabb, valamint a járóbeteg-ellátásban való munkaviszony a kiégés védőtényezőjének bizonyult. A partner hiánya és a férfi nem egyenként a depresszió és a deperszonalizáció kockázati tényezőjeként jelent meg Ádám és munkatársai vizsgálatában (2015). Győrffy és Ádám (2013) megállapították, hogy a fiatal orvosnők szignifikánsan nagyobb arányban látnak el ügyeleti és éjszakai munkát, kevesebb szabadidővel és szabadsággal rendelkeznek, kevésbé elégedettek munkájukkal, munkahelyükkel, a kollegiális támogatással, és a munkájuk anyagi jellegű elismerésével. A fiatal orvosnői csoportban szignifikánsan magasabb a kiégés, emocionális kimerülés és teljesítménycsökkenés dimenziója, összefüggésben a magasabb depressziópontszámokkal és az öngyilkossági gondolatok nagyobb arányával.

## FORRÁSOK

- Ádám Sz., Nistor A., Nistor K., Cserhádi Z., Mészáros V. (2015): A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezőik feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 156(32).
- Ádám, Sz., Győrffy, Zs., Csoboth, Cs. (2006). Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, 8(2), 113–117.
- Bencés, I. (2006). Az ápolók és a kiégés. *Nővér*, 19(3), 10–16.
- Bordás, A. (2010). A kiégés-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban. *Educatio*, 19(4), 666–672.
- Győrffy Zs., Ádám Sz. (2013) Fiatal orvosnők testi-lelki egészsége. Az emocionális kimerülés a hiányzó láncszem? *Orvosi Hetilap*, 154. évfolyam, 1. szám. 20–27.
- Győrffy, Zs., Ádám, Sz. (2004). Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle*, 14(3), 107–127.
- Kissné Geosits, B. (2009). Sport, pályaválasztás és a lelki egészség a nevelés, oktatás területén dolgozó szakembereknél. Doktori értekezés. *Budapest: Semmelweis Egyetem*

Kopp, M., Skrabski, A., Szántó, Z., Siegrist, J. (2006). Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *Journal Epidemiology Community Health*, 60(9):782–788.

Kopp, M.S., Stauder, A., Purebl, Gy., Janszky, I., Skrabski, A. (2007). Work stress and mental health in a changing society. *European Journal Public Health*

Kovács, M., Kovács, E., & Hegedűs, K. (2012). Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 219–241.

Nistor K., Nistor A., Ádám Sz., Szabó A., Konkoly Thege B., Stauder A. (2015). Munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezők kapcsolata a depressziós tünetegyüttessel a magyar munkavállalók körében. Az Országos Munkahelyi Stresszfelmérés előzetes eredményei. *Orvosi Hetilap*, 156. évfolyam, 11. szám. 439–448.

Pálfi, I., Németh, K., Kerekes, Zs., Kállai, J. & Betlehem, J. (2008). The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 14(1), 19–25.

Petróczi, E., Fazekas, M., Tombácz, Zs., Zimányi, M. (1999). A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54(3), 429–441.

Petróczi, E., Fazekas, M., Tombácz, Zs., Zimányi, M. (2001). A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Új Pedagógiai Szemle*, 52(6), 127–139.

Pikó, B. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311–318.

Salavecz, Gy. (2008): Munkahelyi Stressz és Egészség. In Kopp M. (szerk.): *Magyar Lelekiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó.

Salavecz, Gy. (2013): Munkahelyi stressz és egészségi állapot összefüggése a Hungarostudy 2013-as felmérés alapján. In Susánszky Éva (szerk.), Szántó Zsuzsa (szerk.): *Magyar lelekiállapot 2013*.

Salavecz, Gy., Neculai, K., & Jakab, E. (2006). A munkahelyi stressz és az énhatékonyság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(2), 95–109.

Torma, B. (2013). Pedagóguspályák – Utak és lehetőségek a kiégés és szakmai kiteljesedés között. *Alkalmazott Pszichológia*, 3, 7–25.

## Evidencián alapuló stressz- és kiégésmegelőző módszerek

### *Intervenciók*

A szakirodalomkutatás során számos beavatkozás hatékonynak bizonyult a stressz és a kiégés kezelésében és megelőzésében. Az evidencia szintje azonban nem minden esetben áll rendelkezésre az eddigi szisztematikus szakirodalmi áttekintések és metaanalízisek során, mely legfőképpen a heterogén vizsgálati elrendezésekből fakad. Néhány esetben azonban levonható volt következtetés az evidencia szintjére vonatkozóan. Ezen eredmények szerint kiemelendő a Mindfulness-alapú programok közepes–magas evidenciaszintje a stressztünetek csökkentésében. Ezt követően alacsony–közepes evidenciaszinttel találhatók a kognitív viselkedésterápiás (CBT) alapú eljárások, a meditáció és a zeneterápia (illetve maga a zenehallgatás) is. A többi beavatkozás esetén alacsony vagy nem meghatározható evidenciaszint volt jellemző. A kérdőjel esetén elmondható, hogy vannak alátámasztó kutatási eredmények, azonban abból egyértelműen nem lehetett levonni következtetést a metaanalízis hiánya, a vizsgálatok kevés száma, eltérő definíciók és mérési módok eltérése miatt. Mindezek miatt további kutatások lefolytatása szükséges.

Az alábbiakban az egyes intervenciók ismertetése következik, kifejezett figyelmet szentelve hatásmechanizmusuknak.

### *Jóga*

A jóga szanszkrit eredetű szó, jelentése összekötni, egyesíteni, figyelmünket ráirányítani valamire, illetve használni. További jelentése a mély és bensőséges kapcsolat. A jóga nem egyszerűen sport, hanem filozófiai alapokon nyugvó tudomány. A jóga részét képezi a relaxáció (helyes légzéstechnika) és a meghatározott testpozíciók, ászanák felvétele (álló, ülő és fordított) és kitartása, valamint a meditáció. Számos pozitív hatása van az egészségre, testi, lelki és szellemi síkon egyaránt. A jógának jótékony hatása van a különböző fájdalokra, hatásos alvásproblémák, fáradtság esetén, javítja az emésztést. Szorongásos megbetegedésekben és depresszióban szenvedőknél elősegíti a tünetek megszűnését, eredményesen csökkenti a stressz okozta panaszokat. Segít a megfelelő testtudatosság kialakításában, mivel egyik eleme a figyelem ráirányítása a test különböző részeire és a testünkben keletkező érzetek megfigyelése.

A kutatások eredményei szerint a jóga gyakorlatok és a jóga során alkalmazott légzési technikák bizonyítottan csökkentik a vérnyomást mind egészséges, mind hipertenzióval diagnosztizáltak esetén. A hatás azáltal jelenik meg, hogy a jóga ezen elemei lassú ritmusú proprioceptív és exteroceptív impulzusokat generálnak, csökkentik a perifériás adrenerg aktivitást, és elősegítik az autonómikus egyensúlyt. A jóga ászanák szintén kedvezően hatnak a vérnyomásra, illetve más kardiovaszkuláris kockázati tényezőkre (Tyagi és Cohen, 2014).

Kutatási eredmények alapján úgy tűnik, hogy a jóga ászanák széles körben, de főként depresszív tüneteket mutató személyeknél modulálják a szimpatikus idegrendszeri működést és a HPA-tengelyt, melynek eredményeképpen csökkentik a vérnyomást, a szívritmust, a kortizol, citokin és koleszterol szinteket (Pascoe, Thompson és Ski, 2017).

A hatha jóga kifejezetten ismertté vált stresszcsökkentő, életminőséget javító, pszichés és pszichoszomatikus betegségeket csökkentő, kedvező pszichológiai hatásának köszönhetően. Éppen ezért kifejezetten javasolt kiegészítő beavatkozás olyan stressz indukálta zavarok esetén, mint alvászavar, szorongás, depresszió, bronchiális asztma és magas vérnyomás betegségek (Tyagi és Cohen, 2014).

Hazánkban különösen sok lehetőség van a megfelelő jógaoktatóképzés kiválasztására. A jógaoktatás államilag nem szabályozott tevékenység, az országos képzési jegyzékben nem szerepel. Ezért jött létre a Magyar Jógaoktatók Szövetsége<sup>3</sup> 2006-ban, azzal a céllal, hogy egy minőségbiztosítási rendszert hozzon létre ebben a szerteágazó, egymástól nagyon eltérő környezetben a jógaoktatók és a képzések tekintetében. Így a Szövetség védjegyével rendelkező oktatók és képzési helyek megfelelnek a Magyar Jógaoktatók Szövetsége által támasztott minimális feltételeknek és minőségi kritériumoknak.

## FORRÁSOK

Bodolai M., Lívják E., Boda E., Bíró M. (2016). A jóga hatása a szervezetre, szerepe a stresszkezelésben. *Megtekintve: 2018. 09. 06-án.* [http://publikacio.uni-eszterhazy.hu/1489/1/51-67\\_Bodolai.pdf](http://publikacio.uni-eszterhazy.hu/1489/1/51-67_Bodolai.pdf)

Magyar Jógaoktatók Szövetsége: Bemutatókozás és Jógaoktatás törvényesen. *Megtekintve: 2018.09.23.-án,* <http://jogaoktatok.hu/bemutakozas/> és <http://jogaoktatok.hu/jogaoktatas-torvenyesen/>

---

<sup>3</sup>A Magyar Jógaoktatók Szövetségének honlapja: <http://jogaoktatok.hu>

Pascoe, M.C., Thompson, D.R., Ski, C.F. (2017). Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 86

Sharma, M. (2014). Yoga as an alternative and complementary approach for stress management: a systematic review. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(1), 59–67.

Tyagi, A., Cohen, M. (2014). Yoga and hypertension: a systematic review. *Alternative therapies in health and medicine*, 20(2)

## Művészetterápia

A művészetterápiában a művészet egyfajta közvetítő közeg, ahol a művészettel való kreatív munka az önismeret fejlesztését, stresszkezelést, traumákból való felépülést, függőségekről történő leszokást és rehabilitációt szolgálja. A művészetterápiáknak gyógyító, rekreációs, személyiségfejlesztő és gazdagító hatása van.

A kreatív tevékenységek, a művészeti tevékenységek fontos szerepet játszanak az egyén egészségének és jóllét érzésének támogatásában. A művészetterápiák lényege és működése azon a kreatív tevékenységen alapul, ami a képzőművészet, a zene, a mozgás által valósul meg. Az egyén, aki – a művészetterápiás módszertől függően – lehet alkotó és befogadó egyaránt, olyan tartalmakkal találkozik, amelyeket szavakkal nem vagy nem nagyon tud kifejezni. Ide tartozhatnak olyan elfelejtett, tudatalatti tartalmak, amelyek nehezen megfogalmazható konfliktusokat, emlékeket, személyeket, érzelmeket, gondolatokat foglalnak magukba. A művészetterápia különféle ágazatai csoportos formában és egyéni terápia keretében is megvalósíthatók, a kiegészítő terápiák közé sorolható.

A művészetterápiák közé tartozik:

- képzőművészet-terápia (rajz, festmény, kollázskészítés stb.),
- zeneterápia,
- mozgásterápia (mozdulat, tánc stb.).

A zeneterápia stresszcsökkentő és egyéb jótékony hatása fiziológiai (pl. vérnyomás, hormonszintek mérése stb.), neurológiai (EEG-vel) és pszichológiai eszközökkel (pl. szorongást és szubjektív fájdalmat mérő eszközökkel) is jól kimutatható. A hatás mind egészségesek, mind szomatikus és mentális betegséggel küzdők körében fennáll attól függetlenül, hogy csak zenét hallgatnak vagy azt zeneterápiás intervenciókkal is kiegészítik-e (Bradt és Dileo, 2009).

Hazánkban a következő képzési lehetőségek közül lehet választani:

Zeneterápiás képzés:

- Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola,<sup>4</sup>
- Művészetterápia-zeneterápia szakirányú továbbképzés – Pécsi Tudományegyetem Művészeti Kar,<sup>5</sup>
- Művészetterápiás akkreditált képzés – Lelki Egészségvédő Alapítvány.<sup>6</sup>

Jelenleg a képzés felsőfokú humán diplomával elvégezhető, azonban alkalmazhatósága csak azon kliensek körére terjed ki, akiket joga és kompetenciája az adott szakembernek elvállalni.

## FORRÁSOK

Anikó, I. (2009). A művészetterápia lehetőségei az oktatásban. *Új Pedagógiai Szemle*, 5, 6.

Bolwerk, A., Mack-Andrick, J., Lang, F. R., Dörfler, A., & Maihöfner, C. (2014). How Art Changes Your Brain: Differential Effects of Visual Art Production and Cognitive Art Evaluation on Functional Brain Connectivity. *PLoS One*, 9(7), e101035.

Bradt, J., Dileo, C. (2009). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(2) DOI: 10.1002/14651858.CD006577.pub2.

Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 501–509.

Virágné Horváth, E. (2006). Zeneterápia–mindenkinek. *Iskolakultúra*, 16(10), 148–149.

### **Autogén tréning és progresszív relaxáció**

Az autogén tréning Heinrich Schultz nevéhez fűződő relaxációs módszer, amelyet a hipnózisból fejlesztettek ki. Gyakorlása során kutatásokkal bizonyított kedvező fiziológiai folyamatok indulnak meg a szervezetben (pl. légzés, szívritmus rendeződése), mely a test öngyógyító folyamataival függnek össze. Maga az autogén elnevezés arra utal, hogy a kliens saját maga képes a kedvező folyamat előidézésére. Az autogén tréning gyakorlása során magunkra irányuló passzív figyelemmel képesek vagyunk létrehozni a testi-lelki ellazultságot, előidézve ezzel a paraszimpatikus vegetatív működést. Ezáltal csökkenteni tudjuk a stressz ártalmas hatásait, a szorongást és növeljük a szervezet önregulációs képességét, hozzájárulva

<sup>4</sup>A képzés honlapja: <http://www.barczy.elte.hu/content/zeneterapeuta-modszerspecifikus-szakiranyu-tovabbkepzes.t.861>

<sup>5</sup>A képzés honlapja: <https://felveteli.pte.hu/content/muveszetterrapia-zeneterapia>

<sup>6</sup>A képzés honlapja: <http://www.lelkiegeszsegert.hu/>

a szervezet öngyógyító folyamataihoz, erősítve az immunrendszert. Az önismereti folyamat révén kapcsolataink intimebbé, termékenyebbé válnak, önbizalmunk növekszik.

A módszer hatása a következő aspektusokban mutatkozik meg:

- a testi funkcióik normalizálása,
- pszichésen nyugodt állapot elérése,
- a meditációs részen keresztül a koncentráció, a kreativitás és a problémamegoldás előmozdítása (Davis, Eshelman és McKay, 2013).

A folyamat alapja az „organizmikus átkapcsolás”, amely nem jelent mást, mint hogy ha a testünket megtanítjuk a nyugalmi beállítódásra, akkor a lelkünk is vele együtt harmonizálódni fog, előbb utóbb kioltódnak a szélsőséges stresszválaszok és szorongások. Gyakorlottság birtokában testi és mentális működésképességünk képesek vagyunk szabályozni aktuális szándékainknak, céljainknak megfelelően (Bagdy és Koronkai, 1998). A test, lélek, szellem egysége mindannyiunkban benne rejlik irányulás. Az autogén tréning tulajdonképpen a bennünk rejlik öngyógyító folyamatokat erősíti fel, teszi érezhetővé a relaxáció során, a szabadon lebegő (passzív) figyelem által. A passzív koncentráció arra utal, hogy a figyelem csak követi a végbemenő változásokat, ítéletektől és elvárásoktól mentesen (Davis, Eshelman és McKay, 2013).

A módszer elsajátításához kb. tizenkét hetes, napi gyakorlásra van szükség. A gyakorlatok hetente egymásra épülnek, elsajátítását követően bárhol, bármilyen testpozícióban végezhető. Az alkalmak között célszerű írásban naplót vezetni az élményekről, amely segíti a folyamat elmélyítését és a tapasztalatok összegzését.

A **Progresszív relaxáció** az aktív (muszkuláris) relaxációhoz tartozik, amelynek célja a testi állapot tudatosítása, a felesleges izomfeszülések kikapcsolása, rendszeres tónus-szabályozás által. A módszer Edmund Jacobson nevéhez fűződik. Az egyes testtájak regionális lazítása segíti a feszültség és ellazulás közti különbség tudatosítását az izmok mély ellazításának köszönhetően (Bagdy, 1993). A módszer azon a tényen alapszik, hogy a test izmai szorongást, feszültséget kiváltó helyzetekben automatikusan megfeszülnek. Az izmok további feszítése azok elernyedéséhez fog vezetni, amely az ellazultság kellemes érzésével párosul (Davis, Eshelman és McKay, 2013). Lehetséges képzeleti műveletek bevonása (pl. hol van „maradék feszültség”, hogyan jelenítené meg, hogyan módosítaná, hogy jó legyen, majd térjen vissza figyelmével a már ellazult testhez). A progresszív relaxáció kifejezetten javasolt

azokban az esetekben, amikor a passzív relaxáció a magas feszültség- vagy szorongásszint miatt nehézségekbe ütközik (Bagdy, 1993).

A relaxációs beavatkozások kifejezetten ajánlottak szorongásos zavarok, pszichoszomatikus és szomatikus betegségek, kimerültség, depresszió, stressz, alvászavarok, indulatkezelési problémák esetén. Nem javasolt lázas állapotban, kényszerzavarok és pszichotikus zavarok esetén.

A módszer a Magyar Relaxáció és Szimbólumterápiás Egyesületnél<sup>7</sup> sajátítható el. Jelenleg a képzés felsőfokú humán diplomával elvégezhető, azonban alkalmazhatósága csak azon kliensek körére terjed ki, akiket joga és kompetenciája az adott szakembernek elvállalnia.

## FORRÁSOK

Bagdy E. (1993). Relaxációs és szimbólumterápiák. *Psychiatria Hungarica*, 8(3).

Bagdy E., Koronkai B. (1992). Relaxációs módszerek. *Budapest: Medicina*.

Davis, M., Eshelman, E.R. & McKay, M. (2013). Stresszoldó és relaxációs módszerek. *Budapest: Park Könyvkiadó*.

Krapf G. (1992). Az autogén tréning gyakorlata – Csoportos terápia – Szervi és szervrendszeri gyakorlatok. *Budapest: Springer Hungarica Kiadó. Megtekintve: 2018. 09. 14-én, <http://www.relaxacio.hu/modszerek.html>*

### Biofeedback

Testünk legtöbb vegetatív jelzése akaratlanul zajlik, nem vagy nehezen tudatosítható és befolyásolható (vérnyomás, pupillák, verejtékezés), számos jelzés azonban szabályozhatóvá és tudatossá tehető, ha valamilyen módon visszajelzést kapunk a működéséről. Ebben nyújt segítséget a biofeedback-módszer. A biofeedback szó jelentése biológiai visszacsatolás, jelzés testünk működéséről.

A módszer alkalmas a stressz prevenciójára és kezelésére. A helyesen végzett relaxációs gyakorlat, amelyhez hozzásegít testünk jelzéseinek ismerete, csökkenti a stresszt. A biofeedback-módszer során a testre helyezett kis érzékelők képesek mérni pl. egy relaxáció alkalmával az izmokban kifejtett erőt és az ellazulást, amelyet a gyakorlatot végző egy monitoron keresztül nyomon követhet, ily módon visszajelzést kaphat a gyakorlat helyes

<sup>7</sup>A képzés honlapja: <http://www.relaxacio.hu/modszerek.html>

végzéséről. Beazonosítható az adott funkcióért felelős izomcsoport, megismerhetjük a működését és képessé válhatunk a befolyásolásukra. A biofeedback tréning operáns típusú tanuláson alapuló módszer, a szoftverek különböző típusú, változatos megerősítőkről gondoskodnak, segítségével a test nem megfelelő működései korrigálhatók. A módszer jól alkalmazható felnőtteknél teljesítményfokozásra, az ún. csúcsteljesítmény elérése, szív-, érrendszeri problémák, fejfájás és pszichoszomatikus betegségek kezelésére. Gyermekes esetében ezeken kívül hatékony segítség a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és különböző tanulási zavarok kezelésében. Fokozza a kitartást és hatékonyságot a munkában, javítja a személyközi kapcsolati képességet, képes a figyelem terjedelmét növelni, csökkenti a distresszt és növeli a kreativitást.

A biofeedback típusai:

- *Izomzat-biofeedback* (elektromiogram, EMG): az izmok feszülését mérik.
- A stressz által okozott önkéntelen izomfeszülés megszüntetését segíti elő az izom-biofeedback-kel kísért relaxáció.
- *Hőmérséklet-biofeedback*: a bőr hőmérsékletének mérése. Szorongás során a vér a bőrből az izmokba, belső szervekbe áramlik, azonban, ha ezt az áramlást megfordítjuk, a szorongás is csökkenni fog. Szintén a relaxáció támogatására szolgál.
- *Bőrellenállás mérése (GSR)*: stressz hatására a verejtékezés fokozódik, erőteljesebb szorongásra az izzadságtermelés is fokozódik. Az izzadás tudatos csökkentése pozitív hatással van a szorongás érzésére.
- *Szívműködés-biofeedback*: szorongással való kapcsolata a pulzusszám emelkedésében látható, tudatos lelassításához és szabályossá tételéhez nyújt segítséget az eszköz.
- *EEG-biofeedback, azaz neurofeedback*: agyhullámok monitorozásával hatékonyabban végezhető a relaxáció, alkalmas még viselkedészavar korrigálására és a hiperaktivitás tüneteinek csökkentésére is.

A módszer elsajátítható a Magyar Relaxáció és Szimbólumterápiás Egyesületnél<sup>8</sup> mint módszertani továbbképzés. Jelenleg a képzés felsőfokú humán diplomával elvégezhető, azonban alkalmazhatósága csak azon kliensek körére terjed ki, akiket joga és kompetenciája az adott szakembernek elvállalni.

---

<sup>8</sup>További információ: [www.tanfolyam.neurofeedback.hu](http://www.tanfolyam.neurofeedback.hu) és Magyar Relaxáció és Szimbólumterápiás Egyesület <http://www.relaxacio.hu/modszerek.html>

## FORRÁSOK

Mi a biofeedback? *Megtekintve: 2018. 08. 27-én.* <https://www.biofeedback.hu/index.html>

A relaxációs és szimbólumterápiás módszerek és specializációk ismertetése. *Megtekintve: 2018.08.27-én.* <http://www.relaxacio.hu/modszerek.html>

### Hipnózis

*„A 'hipnózis' kifejezést általában olyan különböző célirányos, strukturált folyamatokra vonatkoztatva használják, melyekben az egyén vagy a csoport szuggesztibilitása, illetve motiváltságának foka másik személy (vagy személyek) hatására megnövekszik. Ezt a hatást az adott személy (vagy személyek) mechanikai eszközök, megfelelő támogató környezeti elrendezés vagy egyszerűen saját erőforrásai(k) révén éri(k) el. Ezek az eljárások elhomályosítják, fókuszálják vagy kiterjesztik a figyelmet, a mentális folyamatokat (pl. a képzeletet vagy a szándékosságot), s ez speciális viselkedéshez, esetenként különleges élmény átéléséhez vezet.”* (Krippner, 2008, 39. oldal)

A hipnózis mint módosult tudatállapot hatásmechanizmusát számos elmélet taglalja, ezekből a szociál-pszichobiológiai elméleti keret foglalja össze legteljesebben a hipnózis során bekövetkező változásokat. A hipnózis egy olyan adaptív módszernek tekinthető, amely *„alkalmas a feszültség szabályozására, új élmények, belátások és viselkedésmódok kialakítására, sőt testi változások létrehozására is.”* (Bányai, 2008, 381. oldal) A hipnózis *„a paraszimpatikus tónus viszonylagos túlsúlya irányába változtatja meg a szimpatikus és paraszimpatikus aktivitás arányát”* (Bányai, 2008, 22. oldal), amely ezáltal hatékony szorongáscsökkentő eljárás. A hipnózis tehát lehetőséget teremt arra, hogy a feszültségteli helyzetekre módosult tudatállapotban rátekintsünk, a problémás helyzetek új aspektusait fedezhetjük fel, új és adaptív viselkedésmódokat alakíthatunk ki és gyakorolhatunk, amely képes az észlelt stresszt visszaszabályozni, mind lélektani, mind testi szinten.

A hipnózis terápiás felhasználásának indikációja közé tartozik szinte minden mentális és stresszbetegség pl. hangulatzavarok, szorongásos zavarok, disszociatív zavarok, pszichoszomatikus kórképek. Használható továbbá a szomatikus orvoslás számos területén, pl. kardiovaszkuláris kórképek, bőrgyógyászati kórképek, gasztrointesztinális megbetegedések, fájdalomzavarok esetén, továbbá a fogorvoslás, a szülészet-nőgyógyászat területén, illetve a diszkomforttal járó kezelések és műtéti beavatkozások alatt. Kivételt képeznek az akut

pszichotikus és közvetlen veszélyeztető állapotok, az organikus agykárosodás, mentális retardáció és a motiváció hiánya (Füredi és Szőnyi, 2008). Magyarországon hivatalosan a Magyar Hipnózis Egyesület<sup>9</sup> biztosít hipnoterapeuta képzést.

## FORRÁSOK

Bagdy, E. (2000). Klinikai pszichológia. In Bagdy, E. & Klein, S. (szerk.) *Alkalmazott pszichológia. (333-361). Budapest: Edge Kiadó.*

Bányai, É. (2008). A hipnózis szociál-pszichobiológiai modellje. In Bányai, É. & Benczúr, L. (szerk.) *A hipnózis és hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény. (379-446). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.*

Bányai, É. (2008). Hipnózis és hipnoterápia a 21. században: a hipnózis a tudomány főáramában. In Bányai, É. & Benczúr, L. (szerk.) *A hipnózis és hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény. (15-34). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.*

Füredi, J. & Szőnyi, G. (2008). *A pszichoterápia tankönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó.*

Krippner, S. (2008). A természeti népek gyógyítói által alkalmazott hipnózis-jellegű eljárások kultúrközi összehasonlítása. In Bányai, É. & Benczúr, L. (szerk.) *A hipnózis és hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény. (39-64). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.*

### ***Meditáció és Mindfulness, tudatosjelenlét-alapú módszerek***

A meditációs technikák alapvetően két fő típusba sorolhatók:

1. **Koncentrációs módszerek**, amelyek az önfegyelem, belső nyugalom kifejlesztését, a szétszórtság csökkentését célozzák. Céljuk a szellemi műveletek hatékonyságának növelése, s a tudat alkalmassá tétele az introspekcióra.
2. **A belátás (insight) kifejlesztésének technikái**, amelyek annak felismertetésére irányulnak, hogy hogyan teremti maga a tudat a problémáit előidéző körülményeket és mindezt logikai elemzések, illetve közvetlen belátás útján teszi.

A keleti vallások terjedésével a figyelem irányításának és fenntartásának többféle módját és értelmezését is megismerték nyugaton a különböző meditációs módszerek útján (pl. vipassana, zen meditáció). A zen meditáció gyakorlása segítheti vérnyomás csökkentését, a vipassana meditáció pedig hasznos lehet alkoholfüggőség kezelésénél (Eberth és Sedlmeyer, 2012).

---

<sup>9</sup>Elérhetősége: <https://www.hipnozis-mhe.hu/>

Ezzel párhuzamosan kezdett el terjedni a tudatos jelenlét, a Mindfulness szemlélete a nyugati kultúrában, alapvetően a második világháború után. A Mindfulness angol szót magyarra általában tudatos jelenlétként fordítjuk, eredetileg azonban mindössze annyit jelent: „tudatosság”, „figyelem”. Alapvetően arra a folyamatra utal, amikor figyelmünket szándékosan és ítélezésmentesen a jelen pillanat tapasztalatai felé fordítjuk, és a pillanatnyilag észlelhető belső és külső tapasztalatokat tudatosítjuk.

A Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Mindfulness-alapú stresszcsökkentés-tanfolyamának formátumát Jon Kabat-Zinn és munkatársai dolgozták ki a Massachusettsi Egyetemen 1979-ben. Az MBSR főként buddhista meditációs módszerekre, illetve részben hatha jógára alapozott önsegítő program. Mióta a Massachusettsi Egyetem Stresszklínikáján kidolgozták, és 1979-ben alkalmazni kezdték ezt a programot, a Mindfulness szinte világméretű mozgalommá vált, különösen az angolszász országokban terjedt el. Számos új, tudományosan is akkreditált módszer született azóta. Az alábbi főbb tanfolyamtípusokat különböztethetjük meg: 1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Mindfulness-alapú stresszcsökkentés, 2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Mindfulness-alapú kognitív terápia, 3. Breathworks (Mindfulness-alapú betegségteher- és fájdalomcsökkentő program), 4. Mindfulness-Based Living Course (MBLC) Mindfulness-alapú életvitel, 5. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) Mindfulness-alapú szülés és gyereknevelés, 6. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors (MBRP) Mindfulness-alapú visszaesés-prevenció függők számára.



A tudatos jelenlét meditációinak hasznát jelentős mértékű tudományos kutatás támasztja alá. Eberth és Sedlmeyer vizsgálatai szerint az MBSR bizonyítottan sokat segít a stressz, a szorongás, valamint a negatív érzelmek csökkentésében és magasabb szintű jóllét kialakításában. Az MBSR különösen hatékony a stressz kezelésében (Teleki, 2008). Fontos megemlíteni, hogy a prefrontális kéreg aktivitásának a növekedése MBSR során az agy újrarahuzalozási tevékenységére utal, mely során a tudatos figyelem fenntartásával csökkentik a túlzott érzelmi reakciókat és ezáltal egy sokkal kiegyensúlyozottabb test – lélek interakció alapját teremtik meg (Chiesa és Serretti, 2010).

A hétköznapi stressz csökkentésén túl számos mentális és testi probléma esetén is bizonyítottan hatékony módszer lehet (pl. fájdalomzavar és krónikus fájdalmak, alvászavar, a depresszióba való visszaesés megelőzése, evészavarok, függőségek, ADHD, pánikzavar esetén).

A Mindfulness, tudatos jelenlét alapú programok általában nyolc hetesek. Ezeknek a programoknak az általános jellemzői: racionális alapokon nyugszanak, nem vallásos, szekularizált megközelítésűek; tanár vezeti őket; úgy kerültek kialakítására, hogy mérhetőek legyenek; rögzített tanterven alapulnak; melyek minimum 8 foglalkozást tartalmaznak; legalább 30–45 perc otthoni gyakorlást feltételeznek; személyes fejlődésre és tapasztalati tanulásra építkeznek; nyíltan elköteleződnek a bizonyítékokkal alátámasztott megközelítés mellett.

A Mindfulness-alapú megközelítésekkel dolgozó tanároknak el kell sajátítani a Mindfulness-alapú kurzusok megtanítandó tananyagát, különös tekintettel a tanfolyamok magját jelentő meditációs gyakorlatok személyes, elmélyült megtapasztalására. Ez a tanulás és tapasztalás egyéni vagy csoportos kurzuson való részvételt feltételez. A tanári képzések minimum 12 hónapos Mindfulness-alapú tanárképző programot tartalmaznak, és ezt követően szupervíziós folyamatban való részvételt írnak elő. Fontos az elkötelezettség a személyes Mindfulness-gyakorlás mellett, amely napi formális és informális gyakorlásban, illetve évente legalább egy, tanár által vezetett Mindfulness meditációs elvonuláson való részvételben valósul meg. Emellett elvárt olyan pszichológiai, egészségügyi, oktatási vagy szociális téren megszerzett végzettség, illetve azzal ekvivalens élettapasztalat, mint amelyet a Mindfulness-tanítás szervezeti környezete megkövetel.

Magyarországon jelenleg az MBCT tanárképzésre van lehetőség a Mindfulness Egyesület<sup>10</sup> és az Oxford Mindfulness Center (OMC) szervezésében. A képzés tapasztalt, az OMC nemzetközileg elismert oktatóinak közreműködésével valósul meg. Az MBCT tanítása esetén szükséges a releváns, alapvető pszichológiai folyamatok, a kapcsolódó kutatások és a bizonyítékokkal alátámasztott gyakorlat ismerete és megfelelő szakmai, klinikusi képzettség.

## FORRÁSOK

<http://oxfordmindfulness.org/>

<http://mindfulnesssegyesulet.hu/oxford-mbct-tanar-kepzes/>

<http://mindfulnesssegyesulet.hu/mindfulness-tanarok-gyakorlati-utmutatoja-good-practice-guidelines/>

Chiesa, A. & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine*, 40(8), 1239–1252.

Eberth, J., Sedlmeyer, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness* (3), 174–189.

Teleki, J. W. (2009). Mindfulness-based stress reduction: A meta-analysis of psychological outcomes. *Palo Alto University*.

### **Pszichoedukáció**

A pszichoedukáció primer prevenciós eszköz, melynek célja az információ- és tudásátadás. Gyakori eleme egy adott jelenség definiálása, és annak a jelenségnek a felismeréséhez, megértéséhez és előfordulásának csökkentéséhez szükséges ismeretek átadása. Az esetek többségében strukturált, általános és nem egyénre szabott tartalommal bíró tevékenység, amely gyakran csoportos formában kerül átadásra, de lehetséges egyéni formában is. Nemcsak személyes, hanem médiaeszközök használatával is hatékony a beavatkozás. Némi összefüggést mutat a Kognitív Viselkedésterápián alapuló programokkal, hiszen azoknak bevezető eleme a pszichoedukáció (Van Daele, Hermans, Van Audenhove, és Van den Bergh, 2012).

---

<sup>10</sup>A képzés honlapja: <http://mindfulnesssegyesulet.hu/oxford-mbct-tanar-kepzes/>

A stresszről tanulni és stresszel való minél több megküzdési technikát elsajátítani pozitív hatással van a lelki egészségre. A pszichoedukációs intervenciók olyan készségeket adnak az emberek kezébe, amelyek birtokában folyamatosan fejleszthetik a lelki egészségüket. A stresszel kapcsolatban ismereteket ad át a stressz jelenségéről, felismerhető jeleiről és arról, hogy milyen stresszel kapcsolatos megküzdési módok lehetségesek. Kutatások szerint a rövid ideig tartó (6-8 hét) képzések voltak a leghatékonyabbak. Az egészségügyi alapellátási feladatok egyre növekvő száma indokolttá és sürgetővé teszi a stressz csökkentésére irányuló preventív csoportok megtartását (Van Daele, Hermans, Van Audenhove, és Van den Bergh, 2012).

## FORRÁSOK

Van Daele, T., Hermans, D., Van Audenhove, C., & Van den Bergh, O. (2012). Stress reduction through psychoeducation: a meta-analytic review. *Health Education & Behavior, 39(4)*, 474–485.

### ***Kognitív viselkedésterápia (CBT)***

A Kognitív viselkedésterápia alapelvét Aaron Beck dolgozta ki az 1960-as években. Alapfeltevése, hogy az emberek hiedelmei meghatározzák a világhoz való hozzáállásukat, viselkedésüket és érzelmi megnyilvánulásait. Ennek fényében érthetővé válik, hogy ugyanarra a történésre más-más reakciót adhatnak az emberek. Ha pszichés zavarról van szó, akkor a szemlélet szerint az információfeldolgozás zavart szenved, amelynek következtében a pszichés zavarral küzdő személyek félreértelmezik az események jelentését és negatív érzelmi állapotok alakulnak ki. Az értelmezést befolyásolják a múlt történései is a korai gyerekkorban kialakult maladaptív sémákon keresztül. Egy adott helyzet félreértelmezése a kora gyerekkori maladaptív sémák aktivizálódásán keresztül vezet negatív automatikus gondolatokhoz, diszfunkcionális attitűdökhöz és kognitív torzításokhoz (pl. „*Nekem semmi sem sikerül.*”), végül pedig a zavar maladaptív viselkedés formájában nyilvánul meg (pl. problémák elkerülése anélkül, hogy megpróbálná megoldani az egyén). A kognitív viselkedésterápia ötvözi a kognitív és a viselkedésterápia technikáit. Segíti az embereket a hibás, torz gondolkodási folyamatok (kognitív torzítások, negatív automatikus gondolatok) felismerésében és megváltoztatásában, illetve maladaptív magatartásuk felismerésében, adaptívak kidolgozásában, valamint az egyén képessé válik általa, hogy saját viselkedését és annak utóhatásait kontrollálja.

A módszer strukturált, egyéni és csoportos formában is végezhető, gyakorisága heti 1-2 alkalom, az ülések között házi feladatként gyakorlatok végzése is a terápia szerves részét

képezi. A módszer hatékony unipoláris depresszió, disztímia, szorongásos zavarok, pánikzavar, evészavar, poszttraumás stressz zavar, alkalmazkodási zavarok, bizonyos személyiségzavarok, pszichózisok pozitív tünetei, kapcsolati zavarok, obszesszív–kompulzív zavarok, krízisállapotok kezelésére. Nem alkalmazható akut pszichotikus állapotban, súlyos demencia esetén, tudatzavart állapotokban, mentális retardáció fennállásakor.

A stressz csökkentésében hatékonysága a problematikus helyzetekben aktiválódó, és a valóság értékelését negatív irányba befolyásoló negatív automatikus gondolatok, diszfunkcionális attitűdök és maladaptív sémák felismerésében és korrekációjában rejlik, mely a valóság reálisabb, és ezáltal pozitívabb értékelését teszi lehetővé. Mindezek következtében a maladaptív stresszkezelő magatartások is kisebb eséllyel aktivizálódnak, helyettük adaptív viselkedési módok jelennek meg.

A módszerrel megismerkedni a VIKOTE Kognitív és Sématerápiás Központban lehet, a képzési kínálatban jelenleg megtalálható a CBT konzultáns képzés is, ahol humán alapdiplomával rendelkezők is elsajátíthatják a módszert. Képeznek továbbá pszichoterapeutákat, és indítanak Sématerapeuta képzést is. Pszichoterapeuta képzésre a jelen szabályozás szerint klinikai szakpszichológus, neuropszichológiai vagy alkalmazott egészségpszichológiai szakvizsgával rendelkező pszichológusok, illetve szakorvosok jelentkezhetnek. A Williams ÉletKészségek® Program (WÉK) bizonyítottan hatékony, komplex, multimoduláris stresszkezelő program, amely kognitív viselkedésterápiás elemekre épül (Stauder és mtsai, 2016). Magyarországon kizárólag a Selye János Magyar Magatartástudományi és Magatartásorvoslasi Társaság (Selye Magatartástudományi Társaság), illetve a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete jogosult a képzésre.

## FORRÁSOK

Viselkedésterápia. *Megtekintve: 2018. 08. 21-én:*

<http://vikote.hu/oktatas/kognitiv-modszerek-bemutatasa/viselkedesterapia/>

Kognitív terápia. *Megtekintve: 2018. 08. 21-én.*

<http://vikote.hu/oktatas/kognitiv-modszerek-bemutatasa/kognitiv-terapia/>

Kognitív viselkedésterápia. *Megtekintve 2018. 08. 21-én:*

<http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai->

[profilok/pszichoterapiak/kognitiv-viselkedesterapia/](#)

<http://vikote.hu/oktatas/cbt-konzultans-kepzes/>

NICE Guideline Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (2009). *Megtekintve: 2018. 08. 25-én:* <https://www.nice.org.uk/guidance/CG91>

Stauder A., Balog P, Kovács M., Susánszky É. (2016). A Williams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 17(2), 81–95.

### ***Interperszonális kommunikáció és társas támasz***

„Az interperszonális kapcsolati paradigma az emberi társas rendszerek tükrében láttatja a személyiséget és működészavarait.” (Bagdy, 2000, 338. oldal) Az interperszonális szemlélet szerint a mentális zavarok kialakulásának hátterében gyakran társas problémák, személyközi konfliktusok állnak. Ezen problémák és a kapcsolatok természetének feltárása, megoldási lehetőségek keresése és a bizonytalanságot csökkenteni képes kommunikáció az irányzat fő hatásmechanizmusa. Ez az irányzat a szociális környezeti erőket, a társas támaszt használja fel az életminőség javítására és a zavarok helyreállítására (Bagdy, 2000). A stresszcökkentésben tehát az információ átadásával, a személyközi konfliktusok oldásával és a valahova tartozás érzésével, szociális támasz nyújtásával játszik fontos szerepet.

Az interperszonális kommunikáció és társas támasz minden mentális és szomatikus megbetegedésnél és problémánál alkalmazható, kontraindikációja nem ismert.

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet szervezésében már több alkalommal volt lehetőség elvégezni „Az Interperszonális Pszichoterápia (IPT) alapjai” című képzést, amely a kezdő és a gyakorlott szakembereknek is nyújt bevezetést a módszerbe, nehézséget okozó interperszonális helyzetekben jól alkalmazható technikák ismertetésével.

## FORRÁSOK

Bagdy, E. (2000). Klinikai pszichológia. In Bagdy, E. & Klein, S. (szerk.) *Alkalmazott pszichológia*. (333–361). *Budapest: Edge Kiadó*.

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, *Az Interperszonális Pszichoterápia (IPT) alapjai* című képzés. *Megtekintve: 2018. 09. 15-én,*

[https://www.oftex.hu/project\\_o/system/launch.php?pg=./oftex/TANF\\_Adatlap.php%3Fmsgid=63907&tableid=0&retcode=tanflist](https://www.oftex.hu/project_o/system/launch.php?pg=./oftex/TANF_Adatlap.php%3Fmsgid=63907&tableid=0&retcode=tanflist)

## Szupervízió

Szervezeti szinten az adott munkakörben tapasztalható stressz csökkentésére gyakran alkalmazott módszerek az esetmegbeszélő csoportok, a Bálint-csoport és a problémás esetek szupervíziója (Purebl, 2012).

Az esetmegbeszélő csoport során lehetőség nyílik egy nehézséget okozó helyzet megbeszélésre a munkatársak között, amely oldja az elakadást, segíti a jó gyakorlatok átadását, a munkafolyamatok optimalizálását ezen kívül pedig lehetőség adódik egymás támogatására, amelynek eredményeképpen a munkahelyi kohézió is fejlődik. Segíthet azzal is, hogy egy nehéz döntési helyzetben az adott eset átbeszélésével közös döntés születik, így megosztva a résztvevők között a döntés okozta felelősség terhét (Purebl, 2012).

A Bálint-csoport az esetmegbeszélő csoport egy speciális formája, amely Nyugat-Európában az orvosok körében terjedt el, speciális szempontokat alkalmazva az esetmegbeszélések során, pl. orvos-beteg kapcsolat, kulturális beágyazottság, esethozó passzív megfigyelést követően reflektálhat stb. (Purebl, 2012).

A szupervízió célja a segítő, nonprofit és forprofit szférában dolgozók mentális védelme és szakmai kompetenciájuk fejlesztése. Olyan személyes tanulási folyamat, amely a szakmai interakció és a szakmai személyiség problémáira és konfliktusaira reflektál, egy személyes tanulási folyamat során (Bagdy és Wiesner, 2005; Carpenter, Webb és Bostock, 2013).

A szupervízió fókuszában a szakmai személyiség áll, a személyiségfejlesztés a szakmai kontextus keretei között zajlik, hiszen előfordulhat olyan munkahelyi helyzet, amelyben személyes érintettség tapasztalható. Emiatt túlzott bevonódás jelenhet meg, amely akadályozza a munkafeladatok ellátását és elakadást okoz. A szupervízió segíti a problémákra való rálátást egy külső szemszögből. A szupervízor kérdéseivel segítségével a szupervizált képes lesz rálátni önmagára, a saját működésmódjára, elsajátítja az önreflexió képességét (Bagdy és Wiesner, 2005).

Az egyéni, illetve csoportos formában zajló szupervízió során a cél az, hogy a kliensek segítséget kapjanak a munkájuk során felmerülő konfliktusok, problémák megoldásában, a kollégákkal való esetleges kommunikációs nehézségek leküzdésében is, külső szakember visszajelzései alapján. A szupervízió a gyakorlati tapasztalatokból kiinduló, és oda visszacsatoló tanulási folyamat. Munkamódja az esetmegbeszélés, abban a tekintetben, hogy mindig egy konkrét esetből, az esethozó által hozott konkrét szituációból indul ki. Az eset lehet „én és a kliensem/gondozottam”, „én és a főnököm”, „én és a munkatársam” stb. közötti konfliktus,

elakadás. A szupervízió témakörébe tartozik az „én és a szakmám” problematika is, mint a szakmai identitás problémája. El kell határolni azonban az esetmegbeszélő csoporttól a szupervíziót, hiszen a szupervízióban nem a kliensen van a hangsúly, hanem az esethozón, és a benne megjelenő érzelmeken, hiedelmeken, melyek akadályozzák abban, hogy objektíven, hatékonyan tudja kezelni az adott nehézséget (Bagdy és Wiesner, 2005).

## FORRÁSOK

Bagdy Emőke, Wiesner Erzsébet. (2005). Szupervízió: Egyén-Csoport-Szervezet. *Budapest: Printx Budavár Rt.*

Carpenter, J., Webb, C.M., Bostock, L. (2013). The surprisingly weak evidence base for supervision: Findings from a systematic review of research in child welfare practice (2000-2012). *Children and Youth Services Review, 35(11)*

Purebl Gy. (2012). A kiegészi szindróma megelőzése. In Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F., Bitter I. (szerk.), *A pszichoterápia alapjai. (pp. 262–263). Budapest: Semmelweis Kiadó.*

### **Szervezeti intervenció**

Az emberek az életük jelentős részét munkahelyeiken, munkahelyi szerepeikben töltik. Így az ott tapasztalt stresszt keltő helyzetek és benyomások jelentős tényezőként jelennek meg az egyén stresszkezelésének szempontjából. A munkahelyi mentálhigiéné kérdésköre azonban nemcsak az egyén, azaz a munkavállaló lelki egészségét tekintve fontos tényező, hanem a munkáltató szempontjából is kiemelt jelentőséggel bír a szervezet működőképességére, hatékonyságára vonatkozóan.

#### **A munkahelyi stressz kiváltói lehetnek:**

- az egyén-munkahely/munkakör össze nem illéséből adódó kiváltó okok (pl. alulterheltség, túlterheltség, nem megfelelő munkakörülmények stb.),
- lehetnek a munkahelyen betöltött szereppel kapcsolatos kiváltó okok (pl. a szerep kétértelműsége, az autonómia hiánya, túl nagy/túl kevés felelősség, a karrierfejlődés problémái stb.),
- csoport szintjén jelentkező kiváltó okok (pl. összetartás hiánya, konfliktusok, vezető-beosztott problémás kapcsolata stb.),

- szervezet szintjén jelentkező kiváltó okok (pl. rossz légkör, alkalmatlan vezetési stílus, állás bizonytalansága stb.),
- szervezeten kívüli, de a munkateljesítményben tetten érhető okok (pl. családi problémák, megterhelő munkába járás, gyakori költözés stb.).

A munkahely lelki egészségben betöltött szerepe elsősorban a primer prevenció szintjén határozható meg, abban az értelemben, hogy megelőzze a dolgozók lelki egészségének romlását, illetve felderítse a már kialakult/kialakulóban lévő lelki egészséget veszélyeztető helyzeteket.

A lelki egészséget veszélyeztető munkahelyi stressz csökkentésének két lehetséges, munkahelyen belül, illetve munkahely által szervezett beavatkozási irányát különbözteti meg a szakirodalom:

- egyénközpontú intervenciók, amelyek önismeretfejlesztést és helyes megküzdési stratégiák kifejlesztését segítik elő [kognitív-viselkedésterápiás programok, relaxáció, zene, fizikai relaxáció (pl. masszázs) és multikomponensű beavatkozások],
- a munkára/munkakörülményekre irányuló intervenciók.
- Munkahelyi/munkakörülményekre irányuló intervenciók lehetnek például:
  - szervezeti kommunikáció fejlesztése,
  - attitűdváltozás elősegítése,
  - társas támogatás elősegítése (pl. csapatépítő tréningek), munkahelyi légkör javítását célzó beavatkozások,
  - munkafeladatok megváltoztatása (munkakör gazdagítása, más munkakörbe történő rotáció stb.),
  - munkakörülmények megváltoztatása (pl. rugalmas munkaidő, távmunka lehetősége),
  - átszervezés támogatása,
  - változásmenedzsment,
  - problémamegoldás és döntéshozás fejlesztése,
  - munkaszervezetet érintő változások megvalósítása.

Szervezeti intervencióban a munkáltatók segítségével lehetnek pszichológusok, coachok, trénerek, szervezetfejlesztők.

A szakemberek képzése akkreditált, egyetemi és posztgraduális szinteken történik:

- Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Pszichológia képzés MA, Munka- és Szervezetpszichológia specializáció,
- Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézet, MA képzés, Munka- és Szervezetpszichológia specializáció,
- Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia MA, Társadalom- és Szervezetpszichológia specializáció,
- Károli Gáspár Tudományegyetem, Pszichológia MA, Interperszonális és Interkulturális Pszichológia specializáció,
- Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Munka- és Szervezet Szakpszichológus szakirányú továbbképzés,
- Coach képzések egyetemi, főiskolai képzés:
- Károli Gáspár Református Egyetem, Szupervizor-coach Szak,
- Eötvös Loránd Tudományegyetem Coach-üzleti edző szak,
- Budapesti Gazdasági Egyetem, Business Coach szak,
- Budapesti Metropolitan Egyetem, Coach – üzleti edző szak,
- Akkreditált coach képzések (pl. International Coach Federation).

## FORRÁSOK

Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.

Naghieh, A., Montgomery, P., Bonell, C. P., Thompson, M., & Aber, J. L. (2015). Organisational interventions for improving well being and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD010306.

Barcsi, T., Juhász, É., Karamánné Pakai, A., Szabó, J. (2014). Munkahelyi lelki egészségvédelem – mentális egészség, stresszkezelés, változások elfogadásának segítése, *Pécsi Tudományegyetem, Pécs*,

letöltve: 2018. szeptember 8-án, [https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati-Munkahelyi lelki egészségvedelem.pdf](https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati-Munkahelyi%20lelki%20egeszsegvedelem.pdf)

## **Pozitív pszichológia**

Szellemiségében a humanisztikus pszichológiához közel álló tudományos áramlat, a pozitív pszichológia, mely a pszichológia feladatairól való gondolkodás terén hajtott végre forradalmi fordulatot.

A pozitív pszichológia a XX. század végén kifejlődött irányzat, amely a humanisztikus irányzattal mutat hasonlóságot, hiszen mindkettő az emberi képességek jobb kibontakozását helyezi előtérbe szemben a pszichológia korábban uralkodó, betegségközpontú, pszichés problémákat középpontba helyező megközelítésével. A pozitív pszichológia a jól működő személyiséget, a növekedést és azok kialakítását támogató empirikus módszereket helyezi középpontba.

A pozitív pszichológia tehát éppen arra fókuszál, ami a WHO lelki egészség meghatározásában egy fontos komponens, amely válaszokat kíván keresni arra, hogy az egészség-betegség dimenzión túl az egyén az életében – a benne rejlő potenciál kiaknázásával – hogyan tud a kiteljesedés, egy örömteli élet felé lépni.

Éppen ezért a pozitív pszichológia körébe olyan intervenciók és módszerek tartoznak, amelyek nem a szenvedés megszüntetésére irányulnak, hanem az erősségek fejlesztésével, a boldogságra való törekvést, az értelmes élet és a jóllét kialakítását célozzák meg.

A pozitív pszichológiának köszönhetünk olyan elméleteket, mint a pszichológiai immunitás, a reziliencia vagy a flow-élmény, amely elméleti modellek a jóllét érzés képességének fejlesztését támogatják.

Valamennyi, a személyiség fejlődését, a személyes növekedést segítő módszerek a pozitív pszichológia égisze alá tartoznak, ilyenek például:

- tudatos jelenlét (Mindfulness) alapú kognitív terápiás módszer (MBCT),
- tudatos jelenlét (Mindfulness) alapú stresszcsökkentő módszer (MBSR),
- relaxáció,
- elfogadás és együttérzés terápia (ACT).

Magyarországon önálló képzési rendszerrel jelenleg nem rendelkezik. Az egyes módszereknél olvashatók bővebb információk. Külföldön saját képzési rendszere van, többek között az Egyesült Királyságban, Ausztráliában és az Egyesült Államokban.<sup>11</sup>



## FORRÁSOK

Peterson, C., Nansook, P., Seligman, M.E.P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, (3) 25–41.

Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., & Loftus, G. R. (2005). Atkinson & Hilgard Pszichológia. *Osiris Kiadó, Budapest*, 437.

Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.

Seligman, MEP, & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.

Nagy, H., Oláh, A. (2012). A pozitív pszichológia hozzájárulása a megküzdés értelmezéséhez. A személyiség protektív faktorai. In Demetrovics Zs., Urbán R., Rigó A., Oláh A. (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása. Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 2012. pp. 45–67.

---

<sup>11</sup>Bővebb információ: <https://positivepsychologyprogram.com/positive-psychology-courses-programs-workshops-trainings/mapp/>

