

EGY LOGISZTIKAI BÁZISON MEGVALÓSÍTOTT MUNKAHELYI EGÉSZSÉGMEGTARTÁS-FEJLESZTŐ PROGRAM ÉS KUTATÁSI PROGRAM TAPASZTALATAI

II. RÉSZ

Az első részben a logisztikai bázison megvalósított egészségmagatartás-fejlesztő program került bemutatásra, a második részben a szomatizációs tünetegyüttes problémakörének feltárását szolgáló kutatás eredményeinek bemutatása történik meg. A kutatási folyamat során 10 profilos Szondi teszt, TCI kérdőív és az Experiences in Close Relationship Questionnaire – Közeli Kapcsolatok Élmény Kérdőív használatára került sor, s ezen tesztek kiemelkedő eredményeinek elemzése következik.

Katonai státusz, közalkalmazott státusz összehasonlítása

Úgy döntöttem, hogy megvizsgálom a katona, közalkalmazotti státuszban dolgozók személyiségjegyeit is. 25-25 főt szerettem volna megvizsgálni a katonák közül, ez sikerült is, azonban csak 6 közalkalmazott férfi adatait sikerült összegyűjteni, ezért csak a 25 közalkalmazott nő adatait tudtam elemezni.

Státuszok összehasonlítása

7. számú táblázat

	Optimizmus-pesszimizmus	Jutalom függőség	Szenti mentalitás	Leleményesség	Társas elfogadás	Szeparációs szorongás	önállóság	Harag vagy frusztráció a partnerrel szemben	Félelem az elhagyástól
Katona férfi	3,44	12,44	4,9	4,2	6,44	2,4	3,9	2,07	2,3
Katona nő	4,48	15,68	7,08	3,7	7,00	3,4	4,7	2,8	3,1
Közalkalmazott	4,96	16,32	7,6	3,4	6,08	3,5	4,39	3,1	3,71
Chi-Square	7,105	13,470	21,899	7,266	6,651	13,935	8,440	11,141	10,287
Asymp. Sig.	,029	,001	,000	,026	,036	,001	,015	,004	,006

A TCI és az ECR teszt eredményei szerint a következő dimenzióban van szignifikáns különbség a 3 csoport között. A katona nőkre, s a közalkalmazott hölgyekre jellemző a jutalomfüggőség, őket a segítőkészség, az együttérzés, a szociális érzékenység, a nyíltság és a melegszívűség jellemzi. Erzékenyen reagálnak a dicséretre és szociális jelzőingerekre, kitartóan sóvárogják az emocionális megerősítést, erről nehezen mondanak le. Mindezek mellett a későbbi megerősítés, jutalom reményében képesek a késleltetésre. Annyira vágnak az elismerésre, hogy a jutalommal történő megerősítés elmaradása esetén is, akár hosszú időn keresztül is képesek kitartani.

Az ilyen személyek sokkal több érzelmetli kapcsolatot létesítenek. A katona férfiak érzéketlenebbek a társas jelzésekre, hidegek, gyakorlatiasak, keményfejűek, zárkóztak, és érzelmileg függetlenek. Szeretik a pénzt, nemigen hat rájuk a verbális megerősítés. Hamar közömbössé válnak, lemondanak a jutalommal nem kecsegtető aktivitásról. S ha a szentimentalitás aldimenziót is megvizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy a közalkalmazott hölgyek a legszentimentálisabbak. Katona nők élik át leginkább a társas elfogadást.

Katona férfiak a legleleményesebbek, visszafogottak, a katona nők és a közalkalmazott hölgyek extravagánsabbak. Az együttműködés tengelyén a katona nők a leg-együttműködőbbek, utána őket követik a katona férfiak, és csak harmadik helyen vannak a közalkalmazottak.

Harag vagy frusztráció a partnerrel szemben a közalkalmazott hölgyeknél tapasztalható. Korábbi vizsgálataimban is azt tapasztaltam, hogy a közalkalmazottak azok, akik szubjektíven több stresszhelyzetet élnek át, kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnek tartják a mindennapjaikat, ezért tartanak leginkább attól, hogy elhagyják őket. Ennek oka lehet, hogy a katonai rendfokozattal rendelkezők a hierarchia csúcsán lévőként kevesebb stresszt érzékelnek, hiszen általában döntéshozó pozícióban vannak, s ez a döntési lehetőség a hierarchia alsó rétegén lévő végrehajtó közalkalmazotti állomány számára adatik meg. A közalkalmazotti állomány nem rendelkezik olyan előmeneteli rendszerrel, mint ami a katonák számára biztosított, és annyi szociális juttatás sem jár nekik, mint a katonáknak, gondolok itt az albérlet támogatásra, lakásvásárlási lehetőségekre, étkezési lehetőségekre, nyelvi képzésekre, külszolgálati missziók vállalására. A közalkalmazottak ebben a háttérintézményben szubjektíve szembesülhetnek azzal, hogy ők is ugyanannyit dolgoznak, mint a katonák, mégis kevesebb anyagi és erkölcsi elismerésben van részük.

A Szondi teszt alapján a következő összehasonlító eredmények születtek:

A három csoport összevetésekor megállapíthatjuk, hogy a kapcsolati ösztönkörben mindhárom csoport (C+) reakciót ad. A kapcsolati vektor a tárgyhoz, örömföráshoz való kötődés ösztönét mutatja. Ez összefüggésben állhat azzal, hogy mindhárom csoport tagjai ugyanazon munkahelyen, a Magyar Honvédségnél dolgoznak, amelynek eszmerendszere a hűségen alapul – a hazához, családi értékekhez-, s azzal, hogy ezt a hivatást egy életre választják az egyének.

Az irányfeszültségi hányados mindhárom csoport esetében a normál övezetbe tartozik, míg mindhárom csoport enyhén emelkedett tüneti százalékkal rendelkezik, a belső feszültség közalkalmazott csoportnál magasabb. „Ez mindenesetre utal arra,

hogyan az egyes csoportok az ösztönvézből a cselekvés, a viselkedés szintjén keresnek vezető szelepet” (Schwoy, 2011 14. old).

Az értelmezéskor meg kell említenünk a telített reakciók jelenlétét is, mely mindhárom csoportnál a m+! hy-! válaszok többsége jellemző (Isd. 8.táblázat).

Az első helyen az m+! reakció áll. Ez az erőteljes megkapaszkodási vágyat jelenti, a társas társadalmi kapcsolatok szorongásokkal teli állapotát. A telített reakciókban második helyen áll a hy-!, ami az elrejtésnek, „elbújásnak”, a rejtegetésnek a faktora, fokozottan jelentkezik a lány érzelmek elrejtésének igénye, ezáltal az érzelmi élet megdermed. amiből az következik, hogy ösztönkésztetési rejtve maradnak még önmaga számára is, ami ennek következtében feloldhatatlanná válik.

Mennyiségi feszültségek a különböző statuszoknál

8. számú táblázat

Mennyiségi feszültségek rangsora katona férfiaknál															
m+!	hy-	h+!	s-!	k-!	p+!	d-!	s+!	d+!	e-!	e+!	h-!	p-!	k+!	m-!	hy+!
51	49	31	19	17	9	9	7	4	3	2	1	1	0	0	0
Mennyiségi feszültségek rangsora női katonáknál															
m+!	hy-!	h+!	s-!	s+!	p+!	k-!	d-!	d+!	e-!	p-!	k+!	m-!	k+!	h-!	hy+!
59	43	32	24	15	15	13	8	5	4	3	1	1	0	0	0
Mennyiségi feszültségek rangsora női közalkalmazottaknál															
m+!	hy-!	s-!	p+!	h+!	k-!	d-!	d+!	e+!	k+!	e-!	m-!	p-!	s+!	h-!	hy+!
53	43	26	26	25	18	12	5	4	1	1	1	1	0	0	0

Katonák esetében a harmadik helyen áll a h+! reakció, ami a felfokozott mértékű szeretet- és gyengédségigényt, és a kielégíthetetlen szeretve lenni érzés vágyát mutatja. Közalkalmazottak esetében az s- áll a harmadik helyen, amely a passzivitásra való hajlamot mutat.

Ha a csoportos ösztönképleteket hasonlítjuk össze, akkor azt tapasztaljuk, hogy a hy-és az m+ faktor mindhárom csoport képletében szerepel. Ezek a gyökérfaktorok, amelyeket megbetegítő tényezőként tartunk számon, mivel kielégíthetlenségük folytán a lelki megbetegedés okozói lehetnek. Az elrejtőzés igénye (hy-) és a megkapaszkodás igénye, a megszerzett tárgyak biztonságos megtartásának igénye (m+) nem tud kielégülni egyik csoportban sem, talán ezért választották munkahelyüknek azt a munkahelyet, amely ezen szükségleteket biztosítja számukra azzal, hogy egy szabályozott, zárt világot képez. Katonák esetében a h+ is, a szeretet, gyengédség iránti vágy, a szeretve lenni érzés (h+) kielégíthetlensége is jelen van, s a katonánőknél a s- is látható, ami a passzivitásra való hajlamuk kielégíthetlenségéről szól, tehát esetükben a szexuális tengely mindkét faktora érintett. Ezért valószínűsíthető, hogy azért képesek egy olyan helyzetben létezni, amelyben mind a férfi, mind a női

szerepet át tudják élni. Öngyógyítási kísérlet lehet a katona férfi szerep felvétele számukra.

Csoportképletek a különböző státuszoknál

9. számú táblázat

	Katona férfiak csoportos ösztönképlete	Katona nők csoportos ösztönképlete	Közalkalmazottak csoportos ösztönképlete
szimptomatikus faktorok	p0+ e0	p0+ e0 d0+-	p0+
szublatens és szubmanifeszt faktorok	k- d0+- s-+	k-	h+ s- e+ k- d0+-
Gyökérfaktorok	hy- m+ h+	hy- m+ h+ s-	hy- m+

A tüneti faktorok a szeleptényezőket jelentik, mindhárom csoport a p vektort használja feszültségei kanalizálására, amely az én-ideálképzést jelenti, emellé társul a katonáknál a lelkiismereti korlátok kiépítésének faktora (e) is. A katona nők még a d vektort a hűtlenség, hűség vektorát is használják ösztönfeszültségeik levezetésére. Összességében elmondható, hogy a közalkalmazottak vannak a leghátrányosabb helyzetben, mind érzelmi és anyagi szempontból. A lelki apparátusuk is kevesebb feszültségkezelési módot talál problémáik kezelésére.

Dohányzás problémaköre

A KSH munkatársai szerint (Józan, 2002) hazánkban a dohányzásnak tulajdonítható halandóság az 1970-1990 időszakban növekedett, olyannyira, hogy a 35-64 éves korú férfinepességben a halálozások közel 35 %-a a dohányzással hozható összefüggésbe. A középkorú nőknél a halálozásoknak mintegy 17 %-a volt kapcsolatban a dohányzással 1999-ben.

A 2005-ben a Magyar Honvédségben folytatott vizsgálat (Urbán, 2005) arra is rámutatott, hogy a dohányzás negatívan hat a hivatásos katonák mentális egészségére, amely ronthatja teljesítményüket a megküzdő képességek széles repertoárját igénylő helyzetekben. A dohányzók között az egyes megküzdési képesség (coping potenciál) dimenziók alacsonyabb értékeit találták. A vizsgálat eredményei arra a feltételezésre engedtek következtetni, hogy a dohányzásról való leszokás feltehetően segíti a pszichológiai megküzdés belső erőforrásait megerősíteni. Az önszabályozással kapcsolatos személyiségvonásoknak fontos szerepe van az érzelmileg irányított viselkedések kontrolljában. A dohányzók alacsonyabb self-regulációs készségei egybeesnek azokkal a vizsgálatokkal, amelyek arra mutattak rá, hogy a dohányzók kevésbé képesek anticipálni a viselkedés negatív következményeit (Dinn, Aycicegi és Harris, 2004). Az alacsony mértékű önszabályozás esetében a személynek külső segítségre van szüksége ahhoz, hogy megküzdjön az érzelmeivel és a környezetével. Éppen ebben segíthet a dohányzás, amivel összefüggésben a dohányzók gyak-

ran a cigarettát megküzdő stratégiaként is emlegetik. A dohányzók egy része a cigarettával pótolja a hiányzó belső szabályozó készségeket, s adataik értelmezésénél nem hagyhatták figyelmen kívül azt a lehetőséget sem, hogy a dohányzás hozzájárulhat a megküzdési potenciálok csökkenéséhez.

A szenvedélybetegség etiológiájában több szerző a diszfóriás élmények sorozatának tulajdonít szerepet. Úgy gondolják, hogy a szenvedélybetegek általában nem tudják feldolgozni a feszültségüket, nehezen viselik el a fájdalmat és a frusztrációt, tehát az emocionális feszültségek elviselésének képtelensége a lényegi elem. /Buttsworth, Fenichel és Rosenberg/. A szenvedélybetegségeket a feszültség fokozódásának hatására bekövetkező reakcióként értelmezik, amiben a nyomott, feszült, rossz hangulatot oldó, a közérzetet a feszültség csökkentésével javító „kellemesebb” tévő hatás, az emocionális igénybevétel elhárítása a döntő. /Feuerlein/

Az elmúlt években több egyénnek segítettem a dohányzás leszokási folyamatában, ezért úgy döntöttem, hogy a rendelkezésemre álló kutatási alanyok közül kiválasztom a dohányzókat, és hozzájuk illeszték 30 fő nemdohányzó egyént, és megvizsgálom a 2 csoport közötti különbségeket. A vizsgálati minta 60 főből állt, mely egyenlő arányban oszlott meg a 2 minta között (csoportonként 30 fő), melyben a nemek aránya – 20 nő 10 férfi - megegyezett. Az életkori eloszlás 25-55 év között van. Az iskolázottság azonos a csoportokban, középfokú és felsőfokú végzettségűek a vizsgálati személyek.

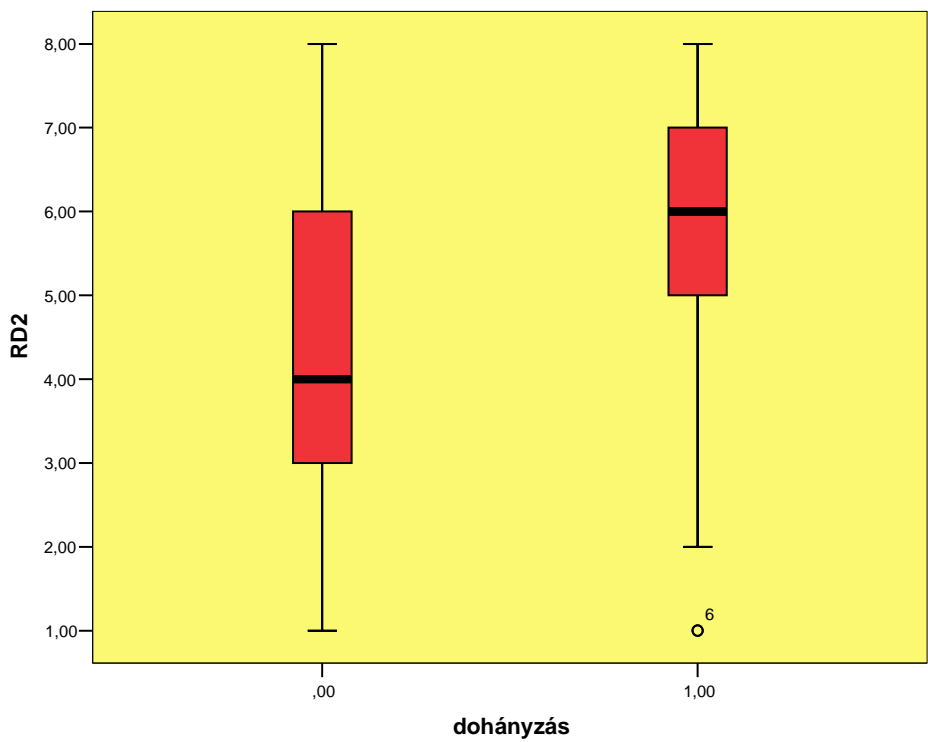
A TCI és az ECR eredmények közül a következő dimenziókban találtam szignifikáns különbséget.

Dohányzók és nemdohányzók összehasonlítása

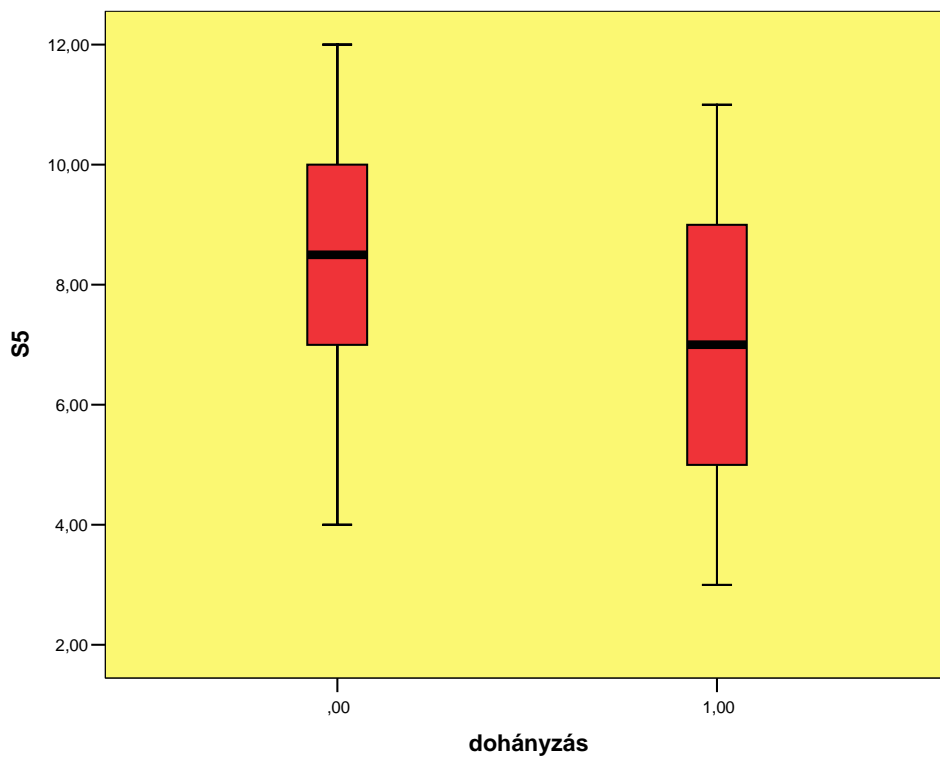
10. számú táblázat

	Ragaszkodás	Személyes tulajdonságok belátása	Félelem az elhagyástól
Dohányzó	5,6	7,2	3,5
Nemdohányzó	4,3	8,5	2,7
Mann-Whitney U	262,000	295,000	270,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005	,020	,030

A ragaszkodás dimenzióan a dohányosoknak magasabb az értékei, ami utal a dohányzás szenvedélymagatartására. Érdekes eredmény, hogy a személyes tulajdonságok belátása a dohányosok számára nehézséget jelent, talán ezzel magyarázható a leszokás folyamatának problematikus volta, és a szerhasználat oka is. A dohányzók félnek attól, hogy elhagyják őket, ezért is használják megküzdési stratégiaként a dohányzást.



13. sz. ábra: Ragaszkodás skála



14. sz. ábra: Személyes tulajdonságok belátása

A Szondi teszt alapján a következő összehasonlító eredmények születtek:

A két csoport összevetésekor megállapíthatjuk, hogy a kapcsolati ösztönkörben mindkét csoport (C+) reakciót ad. A kapcsolati vektor a tárgyhoz, örömforráshoz való kötődés ösztönét mutatja.

Az irányfeszültségi hányados mindkét csoport esetében a normál övezetbe tartozik, míg mindkét csoport enyhén emelkedett tüneti százalékkal rendelkezik, a belső feszültség a nem dohányzó csoportnál magasabb. „Ez mindenestre utal arra, hogy a dolgozók az ösztönvérszóból a cselekvés, a viselkedés szintjén keresnek levezető szelepet” (Schwoy, 2011 14. old).

Az értelmezéskor meg kell említenünk a telített reakciók jelenlétét is, az m+! válaszok többsége mindkét csoportnál jellemző (Isd.11. táblázat). Ez az erőteljes megkapaszkodási vágyat jelenti, a társas társadalmi kapcsolatok szorongásokkal teli állapotát. A telített reakciókban harmadik helyen a h+! reakció áll mindkét csoportban, ami a felfokozott mértékű szeretet- és gyengédségigényt, és a kielégíthetetlen szeretve lenni érzés vágyát mutatja.

A nemdohányzóknál első helyen a hy-! áll, ami az elrejtésnek, „elbújásnak”, a rejtegetésnek a faktora, fokozottan jelentkezik a lágy érzelmek elrejtésének igénye, ezáltal az érzelmi élet megdermed. amiből az következik, hogy ösztönkésztetései rejtve maradnak még önmaga számára is, ami ennek következtében feloldhatatlanná válik. A szemérmesség és az alkalmazkodás extrém volta tapasztalható a nemdohányzóknál.

Mennyiségi feszültségek összehasonlítása

11. számú táblázat

Mennyiségi feszültségek rangsora dohányzóknál															
m+!	s-!	h+!	hy-!	p+!	k-!	d+!	e+!	d-!	s+!	e-!	p-!	k+!	hy+!	k+!	m-!
44	40	36	33	25	23	9	9	8	4	2	2	2	1	1	0
Mennyiségi feszültségek rangsora nemdohányzóknál															
hy-!	m+!	h+!	p+!	k-!	s-!	d-!	s+!	d+!	p-!	e+!	m-!	h-!	e-!	k+!	hy+!
72	59	30	27	21	14	13	8	4	2	2	1	1	0	0	0

A telített reakciók táblázatos bemutatása

A telített reakciókban második helyen áll a dohányzóknál a s-! reakció, ami a mazochizmust, a passzivitásra való hajlamot mutatja. Ez is magyarázhatja a sikertelen leszokási kísérleteket, mert a sikeres leszokáshoz aktivitásra van szükség.

Ha a csoportos ösztönképleteket hasonlítjuk össze, akkor azt tapasztaljuk, hogy az m+ faktor mindkét csoport képletében szerepel. Ezek a gyökérfaktorok, amelyeket megbetegítő tényezőként tartunk számon, mivel kielégíthetlenségük folytán a lelki

megbetegedés okozói lehetnek. A megkapaszkodás igénye, a megszerzett tárgyak biztonságos megtartásának igénye (m+) nem tud kielégülni egyik csoportban sem, Nemdohányzók esetében a h+ is, a szeretet, gyengédség iránti vágy, a szeretve lenni érzés (h+) kielégíthetlensége is jelen van, s a hy- a lágy érzelmek elrejtésének igényének kielégíthetlensége is jelen van.

A dohányzóknál k- is megtalálható a gyökérfaktorok között, ami azt jelenti, hogy hajlammal rendelkeznek lemondásra. Az s- is látható, ami a passzivitásra való hajlammal kielégíthetlenségéről szól, érdekes eredmény, hogy a nemdohányzók ezen szükségletüket képesek szelektíven tényezőként használni, ezen ösztönfeszültségeiket kivetülítenni. Mindkét csoport főként a lelkiismereti korlátok kiépítésének faktorát (e) használja feszültségeinek kanalizálására s a nemdohányzók még a p vektort az éni-ideál képzést is feszültségei levezetésére használják.

Dohányzók és nemdohányzók ösztönképletének összehasonlítása

12. számú táblázat

	Dohányzók csoportos ösztönképlete	Nemdohányzók csoportos ösztönképlete
szimptomatikus faktorok	e+0	e+ p+ s-
szublatens és szubmanifeszt faktorok	h+ hy- d- p+0	k d
gyökérfaktorok	s- m+ k-	h+ m+ hy-

Ha a csoportos latenciasort megvizsgáljuk a következő eredményeket kapjuk:

A dohányzókra jellemző csoportos latenciasor

13. számú táblázat

Schk-	:Cm+	:Phy-	:Sh+
1.2	1.13	0.93	0.2

A nemdohányzókra jellemző csoportos latenciasor

14. számú táblázat

Phy-	:Sh+	:Cm+	:Schk-
2.13	1.5	1,26	0.76

A dohányzó minta ösztönosztálya a Schk-:

Ők a nappali álmodozók, a destruktívak és önsorsrontók, hallgatók és az elidegenedettek, az örökké nemet mondók. Képtelenek azt a szükségletet natív módon kiélni, hogy magukat a világtól hermetikusan elzárják, és a saját énjük börtönében töltsék életüket. Ehelyett gyakran használják a birtoklási vágy, az elidegenedés, a hallgatás vészkijáratait. Ennek az alosztálynak a tagjai számára minden, ami a saját személyükkel kapcsolatos, kezük, arcuk, testük, beszédük, időnként hirtelen idegenné válik egész ténykedésükkel és viselkedésükkel együtt, vagyis néha úgy érzik, mintha egy idegen, nem pedig ők mozognak, beszélnek, cselekszenek és gondolkodnak.

Gyermek-és ifjúkorban szükségűak, zárkóztak. Álomvilágban élnek, s voltaképp azonban mint felnőttek is éber-álmodozók maradnak. Mint gyerekek kapaszkodnak abba, aki velük törődik. Az élettől idegen, félénk gyermekek módjára keresik helyüket az életben. Ösztöneik miatt, szükségük van az eltávolodásra – s ha visszatérnek s tudják működtetni tovább a kapcsolataikat.

A nemdohányzó minta ösztönosztálya a Phy-.

Szondi egyik 1942-es előadásában a következőképpen mutatta be ezen ösztönosztály tagjait: "Ezen ösztönosztályba tartozó személy nem meri megmutatni magát, s ezt szégyenkezés és szorongás formájában éli át. A szereplési vágy fantázia formájában érvényesül. Kialakul a belső „theatrum” a képzeletbe fordított exhibíciós és siker igény. Az ösztönosztály fő jellege, hogy tagjai a ki nem elégített, lappangó szükséglet, a ki nem élt szeretés, siker-és exhibicionálási vágy miatt kerültek ösztönvészbe. Jellemük és betegségük gyökere tehát: a rejtett hisztéria." Oly egyének tartoznak ebbe az ösztönosztályba, kik képtelenek a szeretés vágyát kiélni. (Szondi, 1942. 87.old)

Az adatok elemzése megerősítette azt a korábbi véleményemet, hogy a dohányzásról való leszokáshoz szükséges egy tudatos döntés, amely a szenvedélymagatartás biológiai, szociális, és érzelmi aspektusainak feltárása után hozható meg. Fontos, a szakemberek által vezetett, egyéni pszichológiai vizsgálatokon alapuló, egyedre tervezett - és menet közben is módosítható- mentálhigiénés program, mivel az egyéni pszichikus háttér nagyban meghatározhatja a folyamat menetét.

Fontos a dohányzási szokás megtartását elősegítő hiedelmek módosítása és az asszertivitás és a problémafókuszú megküzdési módok elsajátítása, valamint a pszichológiai lemondási folyamat átélésének a képessége. Ezen képességek a Szondi teszt eredményei szerint nem állnak rendelkezésre a dohányzóknál, tehát ezen készségek fejlesztésével kell a leszokási folyamatot indítani.

S fontos, hogy a leszokni kívánó egyén rendelkezzen a kudarcok és a fenyegetések keltette negatív emóciók uralásának konstruktív viselkedésbe való transzformálásának képességével.

Pszichoszomatikus betegségek vizsgálata

Az egészségügyi intézmények betegellátási statisztikái alapján (2002), az alábbi öt betegség-csoport a leggyakoribb Magyarországon:

Leggyakoribb betegségcsoportok Magyarországon

15. számú táblázat

Betegségcsoport	Gyakoriság (A lakosság hány százalékát érinti)
A keringési rendszer betegségei	39,2
A légző rendszer betegségei	13,7
Az emésztőrendszer betegségei	12,6
Mentális- és viselkedészavarok	11,6
A csont-, izomrendszer és a kötőszövetek betegségei	11,2

Magyarországon a fiatalabb korosztályban vezető haláloknak számítanak a külső okok, az öngyilkosság és a baleset. A középkorúakat aggasztó mértékben fenyegeti a rákos megbetegedések esélye, főként a 36-45 év közötti nők körében vezető halálok a rákos megbetegedés. A férfiaknál ebben a korosztályban az emésztőrendszeri megbetegedések szedik a legtöbb áldozatot. Világviszonylatban Magyarországon a második legmagasabb az emésztő szervrendszeri betegségek miatti halálozás.

Az elhízás egy összetett tünetegyüttes, amelynek leglátványosabb eleme a magas testzsírtartalommal párosult magas testtömegindex (28-30 kg/m² feletti). Ugyanakkor számos egyéb jellemzővel bír, amelyek elsősorban az anyagcsere sebességének lelassulásában, hormonváltozásokban, szív-érrendszeri zavarokban, ízületi megbetegedésekben érhetők tetten és fokozatosan alakítanak ki esetenként visszafordíthatatlan változásokat a szervezetben. A magyar felnőttek több mint 55%-a túlsúlyos. A 18 évnél idősebbek 21%-a klinikailag elhízott. További 42%-a a férfiaknak és 28%-a a nőknek elhízás előtti állapotban vannak, azaz közel járnak az elhízáshoz. A 18 és 30 évesek között a férfiak 87%-a, míg a nők 95%(!)-a volt fizikailag inaktív. A túlsúly kezelése azonban ritkábban belgyógyászati probléma, mint amennyiszer pszichológiai kezelést igényel. Az összes elhízásformáknak mindössze 10-15%-át teszik ki a másodlagos elhízás kategóriájába sorolt kórképek, amikor a túlsúly valamilyen belső, szervi működés zavaraként jelenik meg. Az elhízott emberek 85-90%-a esetében rossz környezeti minták és szokások, valamint kommunikációs és önérvényesítési problémák állnak a túlsúly hátterében, amely viszont idővel testi megbetegedésekhez vezet ugyanúgy, mint a másodlagos elhízásformák esetében.

Mozgásszervi megbetegedések is korunk népbetegségének számítanak, hazánkban is a lakosság 15-20%-nál diagnosztizálható a betegség valamely típusa és több mint 100 ezren szenvednek gyulladáson alapuló ízületi megbetegedésben. A mozgásszervi betegségek a fejlett és közepesen fejlett országok leggyakoribb, legnagyobb számú és legtöbbször kerülő betegségecsoportja. Legutóbbi „Eurobarométer” (Health in the European Union) jelentése szerint mozgásszervi problémák tekintetében hazánk 33 %-kal az unióban belül az élen áll. E betegségek mellett, hogy szignifikánsan befolyásolják a mozgásszervi betegek, és családjaik pszichoszociális státusát, mind a keresőképzetlenség, mind a munkaképzetlenség okai közül a 2. helyen állnak. A leggyakoribb okai a fogyatékosnak, illetve az egészségi állapothoz köthető életmódcsökkenésnek, s e betegségek 60 %-ban okai a hazai, korai nyugdíjaztatásnak, ill. a hazai táppénzes napok számának is.

Már Alexander (1953 idézi: Kökönyei 41. old) fontos szerepet tulajdonított az érzelmi kifejezés elnyomásának a pszichoszomatikus betegségek kialakulásában. Úgy vélte, hogy az elfojtott emóciók feszültséghez vezetnek, amely így az érzelmet kísérő vegetatív innerváció mértékének fokozódását és időbeli elhúzódását eredményezi. Minden betegség szeretet és figyelem kérés is. Az emberek egyik leghétköznapibb konfliktusát a saját szeretetük és a környezetük által nyújtott szeretet mennyisége és minősége közötti ellentmondás okozza. Egyesek azért betegszenek meg, hogy biztosítsák maguknak azt a figyelmet és törődést, amelyre szükségük van, és a betegség igény, igazolás és ugyanakkor vezeklés is az igényelt szeretetért.

Általában a beteg számára valamilyen feladatot is teljesít a betegség, A beteg törődésre való igényét, szeretetigényét, rokonszenvre való szükségét mindenképpen komolyan kell venni, és a kezelés során bizonyos határig ki kell elégíteni, mielőtt elvárhatjuk tőle, hogy a betegségétől eltérő módszerekkel kísérelje meg azt a szeretetet és gondoskodást megszerezni, amire vágyódik.

Alexander multikauzális pszichoszomatikus betegségmodellje szerint pszichodinamikailag az alapvető etológiai tényező egy specifikus emocionális konfliktushelyzet. Ha az egyén nem képes a szervezet homeosztázisát veszélyeztető fenyegető ingerrel megbirkózni, agresszív késztetéseit nem képes levezetni verbális vagy viselkedéses úton, akkor tartós készenléti állapot alakul ki, mely a szimpatikus idegrendszer túlműködését eredményezi. Az agresszió, a vetélkedés elfojtása a szeretet, a biztonság, elvesztésétől való félelem miatt funkcionális idegrendszeri zavarokhoz, majd tartós konfliktus esetén szomatikus sérülésekhez vezethet (hipertónia, migrén, stb).

A fenyegető, averzív ingerek kivédésének az aktív megküzdés mellett a másik lehetősége az önálló viselkedés kockázatának elkerülése, a passzivitás, a dependencia. Ha azonban a dependencia-igény megghiúsul, frusztrálódik, akkor tartós konfliktushelyzet esetén a paraszimpatikus idegrendszer túlműködése alakul ki, majd ennek következtében olyan pszichoszomatikus betegségek jöhetnek létre, mint az ulcus, colitis ulcerosa, asztma.

Az aktuális élettörténeti esemény aktiválhatja az egyén pszichodinamikai konfliktusait, és sikertelen elhárítás révén pszichofiziológiai regresszió következhet be.

A szervi érzékenység, mint bizonyos szervi betegségekre prediszpozícionáló tényező figyelembe veszi az öröklött hajlamokat, és főleg a korai szociális tanulási tapasztalatokat.

Antalfai Márta szerint a pszichés és a pszichoszomatikus betegség is felfogható részben változásra, változtatásra való képtelenségnek, mivel mindkét betegség hátterében sok esetben éngyengeség (Antalfai 1994, 2001) s ennek következtében a külvilág kihívásaival szembeni megküzdési elégtelenség húzódik. (Antalfai 2007, 360.)

Ursin és Eriksen (2004 idézi Kökönyei, 2008) azt emeli ki, hogy csak a fenntartott stressz/arousal jelent potenciális veszélyt az egészségre. Minden olyan pszichológiai, biológiai és szociális jellemző tehát, amely a stressz tartósságát eredményezi – az egyéni hajlam függvényében – potenciálisan hozzájárul különböző betegségek kialakulásához. Érdemes megemlíteni azt is, hogy a fenntartott magas arousal gyakran jár együtt alacsony pozitív válaszkimenetellel, ez pedig megküzdési képtelenséggel, reménytelenséggel vagy tehetetlenséggel érzéssel párosul, hosszú távon pedig hipoaktív HPA-tengely aktivitáshoz vezethet (Ursin és Eriksen, 2004 idézi Kökönyei, 2008). Ezek az elképzelések szintén azt erősítik, hogy nem a stresszreaktivitás az elsődlegesen kritikus tényező, hanem a stresszből való felépülés képessége. A kulcstényező tehát, hogy a stressz elmúlását követően a pszichés és biológiai működés milyen gyorsan áll helyre. (Kökönyei, 2008)

A vizsgálati minta 45 főből állt, mely egyenlő arányban oszlott meg a 3 minta között (csoportonként 15 fő), melyben a nemek aránya - 11 nő 4 férfi - megegyezik. Az életkori eloszlás 25-55 év között van, az átlagéletkor 36,6 év volt a túlsúlyosoknál, a mozgásszervi csoportnál 41,3 év az emésztőszervi csoportnál 37,7 év. Az iskolázottság azonos a csoportokban, középfokú és felsőfokú végzettségűek a vizsgálati személyek.

Mindhárom csoport esetében a kapcsolati ösztönvektor a kötődési tapadás jellegzetes konstellációját mutatja. Ez az inceszt vezérlésű kapcsolódás képe, amelynél a kötődéssel együtt a kötődési tilalom élménye is jelen van. A kapcsolódás eleve büntudatos, a kötődés igen gyakran eszmékre vonatkozik, ilyenkor az eszméhez való kötődés bizonyos fokig az incesztuózus feszültség áttétele. Az egész konstellációt a tárgy kapcsolódás neurotikus volta jellemzi. A személy irracionálisan megtapad a tárgynál, majd meghasonlik vele, mégis kitart. A kapcsolatok véget nem érőek, a személy nem tud leválni, elszakadni, így minden kötődésben alárendelt szerepet játszik. Irrealitás és hűség egybefonódnak. C (-+)

Az emésztőszervi és a túlsúlyos csoportnál a szélen az S (+-) és a C (-+) vektor reakció található: a személyszeretet (+h) a passzív nőies szexualitással (-s) ötvöződik, lágy, önmagát a másiknak fenntartás nélkül odaadó ember konstellációja, szolgálatkészség, vezetettség igénye látható a szexuális tengelyen S (+-).

A mozgásszervi betegek csoportjánál a szélen az S (+ +) és a C (-+) vektor reakció található: a személyszeretet (+h) a szerelem tárgyának megragadásával, aktivitással, vezetés igényével (+s) ötvöződik. Az átlagemberre jellemző szexualitásról beszélhetünk az S (+ +) tekintetében.

Mozgásszervi és az emésztőszervi betegeknél közepén P (0-) vektorban a szituatív indulatok közvetlen érvényesülése feltételezhető. A személy azonnal megsértődik, támad, de indulatosságát szégyenli, robbanásait racionalizálni igyekszik. Ez az érzékeny sértődési beállítottság egész életvezetését színezi, a fék gyenge. Az Sch (- +) vektorjelzés a serdülő képét mutatja, a személy minden szeretne lenni, de ezt az ál-

lásfoglaló énje letiltja. Sokféle változatos funkcionális beszűkülés kapcsolatban, érdeklődésben, mozgásban, evésben, munkában, alvásban.

A képlet két szélén stabilitás látható, de a közép üres. Az egyén akar érzelmeket megélni, akar kapcsolódni, vágyik intim kapcsolatra, de az érzéseket nem tudja megélni. A szeretet- gyűlölet mentén üríti ki ösztönkésztetéseit, ott szelepel, ahol kapcsolódhatna.

Dialektika véleményem szerint úgy valósulhat meg, hogy a szélén kapcsolati szorongás az elfogadási igény, a szeretet és a gyengédség iránti extrém vágy található, miközben középen a kapcsolódási képtelenség, kontaktusképtelenség található.

Túlsúlyos csoportnál középen P (+-) és Sch (- 0) vektorjelzések találhatóak: a paroxizmális tengelyen P (+-) vektor reakció található, amely konstellációnál a személy tekintetbe veszi a másik szempontját, belátása morálisan racionalizált. Viselkedésében szégyenlős, fantáziaéletben visszahúzódt, engedékeny, toleráns, s ez ötvöződik a jóság szemérmes elrejtésével, tehát az elismerést, hálát nem váró, a saját érdemét nem néző jóság képletével. Az Sch -0 neurotikus én képe, az alkalmazkodás jegye. Gátláshangsúlyú tünetképződés jellemzi.

Dialektika véleményem szerint náluk úgy valósulhat meg, hogy a szélén kötődési tapadás, az elfogadási igény, a szeretet és a gyengédség iránti extrém vágy található, s ezen igényeinek kielégítését a másokhoz való alkalmazkodással próbálja elérni a személy.

A telített reakciók táblázatos bemutatása

16. számú táblázat

Mennyiségi feszültségek rangsora túlsúlyos betegeknél															
m+!	hy-!	h+!	d-!	k-!	s-!	p+!	e-!	s+!	e+!	d-!	p-!	h-!	hy+!	k+!	m-!
38	29	16	12	11	11	8	2	2	1	1	1	0	0	0	0
Mennyiségi feszültségek rangsora mozgásszervi betegeknél															
hy-!	m+!	h+!	k-!	s-!	s+!	d-!	e-!	e+!	D+!	p+!	m-!	p-!	hy+!	k+!	h-!
34	33	26	6	4	4	4	3	3	3	3	1	1	0	0	0
Mennyiségi feszültségek rangsora bélrendszeri betegeknél															
s-!	M+!	p+!	H+!	hy-!	d-!	k-!	e+!	H-!	e-!	S+!	D-!	p-!	k+!	m-!	hy+!
25	24	21	16	16	5	3	3	2	1	1	1	0	0	0	0

Túlsúlyos csoportnál az első helyen áll az m+! reakció. Ez az erőteljes megkapaszkodási vágyat jelenti, a társas társadalmi kapcsolatok szorongásokkal teli állapotát. Az m faktor az orális faktor is egyben, ami az evés szorongásoldó hatására is utalhat. Éretlen érzelmszabályozását az evésben éli ki, meg tud felelni az élet elvárásainak, de annak az árán tartja a kereteket, hogy az evésben kontrollálatlan.

A telített reakciókban második helyen áll a hy-!, ami az elrejtésnek, „elbújásnak” a faktora, fokozottan jelentkezik a lágy érzelmek elrejtésének igénye, ezáltal az érzelmi élet megdermedését tapasztalhatjuk. amiből az következik, hogy ösztönkésztetése

rejtve maradnak még önmaga számára is, ami ennek következtében feloldhatatlanná válik.

A harmadik helyen áll a h+! reakció, ami a felfokozott mértékű szeretet- és gyengédségigényt, és a kielégíthetetlen szeretve lenni érzés vágyát mutatja.

A mozgásszervi csoportnál az első helyen áll a hy-! reakció, ami az elrejtésnek, „elbújásnak”, a rejtegetésnek a faktora, ami arra utal, hogy az egyén ösztönkésztetése rejtve maradnak még önmaga számára is, ami ennek következtében feloldhatatlanná válik.

A második helyen áll az m+! reakció. Ez az erőteljes megkapaszkodási vágyat jelenti, a társas társadalmi kapcsolatok szorongásokkal teli állapotát.

A harmadik helyen áll a h+! reakció, ami a felfokozott mértékű szeretet- és gyengédségigényt, és a kielégíthetetlen szeretve lenni érzés vágyát mutatja

Emésztőszervi betegeknél az első helyen a s- reakció áll, ami mazochizmusra, passzivitásra való hajlamra utal. A második helyen áll az m+! reakció. Ez az erőteljes megkapaszkodási vágyat jelenti, a társas társadalmi kapcsolatok szorongásokkal teli állapotát. A harmadik helyen a p+ reakció áll, amely az én-ideál képzésre utal.

A betegek jellemző csoportos ösztönképletek:

A tesztben a gyökérfaktorok jelentik a megbetegítő/ konduktor tényezőket, melyek kielégíthetlenségük folytán a megbetegedés okozói lehetnek. A szimptomatikus (tüneti) faktorok a szelep tényezőket jelentik, és az ösztönfeszültségek kanalizálódási, ventilálódási lehetőségét mutatják. A szubmanifeszt, illetve a szublatens faktorok a normál övezetbe esnek. (Gyöngyösiné, 2011, 6. old)

Csoportos ösztönképletek a különböző betegségcsoportokban

17. számú táblázat

szimptomatikus faktorok	e+	p+, e0	e0+ p+ d-
szublatens és szubmanifeszt faktorok	m s k h p d	s+ d- m+ k-	h+ k-
gyökérfaktorok	hy-	h+, hy-	s- hy- m+

A csoportos ösztönképlet alapján a megbetegítő tényező túlsúlyos csoportnál a hy- lehet. A faktor mennyiségi túlsúlya miatt- aktuálisan nem elégülhet ki, így tudatlan dinamikája révén megbetegítő hatást gyakorol. Az látható, hogy a túlsúlyos csoport esetében egy ösztönosztály érintett, több szelep működtetésére van lehetőségük.

A mozgásszervi betegek esetében a gyökértényezők között szerepel a h+ és hy-, vagyis a szeretet, gyengédség iránti vágy, a szeretve lenni érzés (h+) kielégíthetlensége, és az elrejtőzés igénye. (hy-) Sok a e0 és az e- a tüneti szintben, nagyon haragosak s ezt nem tudják kifejezni (hy-).

Az S tengely (s+) aktivitást mutat, de ellenállással van benne a kapcsolataiban, ezzel másokat megtéveszt, mert valódi cselekvés nem történik. Válaszai merevek,

nem dolgozza meg etikai választát, nem alkalmazkodik, távol tudja tartani magát másoktól. Az e-t kiüríti, kiviszi a feszültségeit, ezért ő az, akitől a környezete szenved. S többségében + ad ki, aktívan agresszív, cselekvő valakit mutat a kép, túlterheli magát cselekvéssel, nem akar a helyzetbe beleállni.

Az emésztőszervi betegségek esetében a gyökértényező az (s-) a passzivitásra való hajlam és a megkapaszkodás igénye, a megszerzett tárgyak biztonságos megtartásának igénye (m+) nem tud kielégülni. s a hy- a lágy érzelmek elrejtésének igénye. Ebben a csoportban is sok a e0 és az e- a tüneti szintben, nagyon haragosak s ezt nem tudják kifejezni (hy-).

Mindhárom minta csoportos ösztönosztálya a Phy-

Szondi egyik 1942-es előadásában a következőképpen mutatta be ezen ösztönosztály tagjait: "Ezen ösztönosztályba tartozó személy nem meri megmutatni magát, s ezt szégyenkezés és szorongás formájában éli át. A szereplési vágy fantázia formájában érvényesül. Kialakul a belső „theatrum” a képzeletbe fordított exhibíciós és siker igény. Az ösztönosztály fő jellege, hogy tagjai a ki nem elégített, lappangó hiszteriform szükséglet, a ki nem élt szeretés, siker-és exhibicionálási vágy miatt kerültek ösztönvészbe. Jellemük és betegségük gyökere tehát: a rejtett hisztéria." Oly egyének tartoznak ebbe az ösztönosztályba, kik részben paroxizmális génkonstrukciók sajátos dinamizmusa, részben külső okok miatt képtelenek a szeretés vágyát kiélni. (Szondi, 1942. 87.old)

Csoportos latenciasorok összehasonlítása

18. számú táblázat

Túlsúlyos betegek jellemző csoportos latenciasor			
Phy-	:Schk-	:Cm+	:Sh+
2,6	1,24	1.1	0.5
Mozgásszervi betegek jellemző csoportos latenciasor			
Phy-	: Schk-	: Sh+	:Cm+
2.2	1.44	1.27	1.07
Emésztőszervi betegek jellemző csoportos latenciasor			
Phy-	:Cm+	: Schk-	:Ss-
1.8	1.2	0.6	0.5

A csoportok összevetésekor megállapíthatjuk, hogy a C ösztönkörben mindhárom csoport (C++) reakciót ad. A C vektor a tárgyhoz, örömforráshoz való kötődés ösztönét mutatja. Ez összefüggésben állhat azzal, hogy mindkét csoport tagjai ugyanazon munkahelyen a Magyar Honvédségnél dolgoznak, amelynek eszmerendszere a hűségen alapul– a hazához, családi értékekhez-, s azzal, hogy ezt a hivatást egy életre választják az egyének. Az is érdekes tapasztalat, hogy a honvédségben dolgozók a feszültségeiket nem gyulladásba, heveny állapotba teszik, hanem belemerevedésbe

viszik bele. Ez azzal is összefüggésben lehet, hogy aki ezt a szintű fegyelmességét kibírja, annak erre belső igénye van.

A csoportos ösztönosztály tekintetében mindhárom vizsgálati csoport a Phy- ösztönosztályba tartozik. Mindhárom ugyanazt a tengelyt mozgatja intenzíven, ugyanazon adja ki a legtöbb képletet. Túlsúlyosok esetében 3 ösztönosztályban kevés feszültség van, 1 ösztönosztály van jelentős feszültségcsökkenés nélkül. Mozgásszervi és az emésztőszervi csoportnál három ösztönosztály érintett, kevesebb szelep működik.

Az irányfeszültségi hányados mindhárom csoport esetében a normál övezetbe tartozik, míg mindhárom csoport enyhén emelkedett tüneti százalékkal rendelkezik, a belső feszültség a túlsúlyos csoportnál a legmagasabb. „Ez mindenestre utal arra, hogy az egyes csoportok az ösztönvérszől a cselekvés, a viselkedés szintjén keresnek levezető szelepet” (Schwoy, 2011 14. old).

A vizsgálat egyik kiemelendő eredménye, hogy a három csoport agressziókezelésben és indulati életben tér el. A mozgásszervi betegeknél, mivel a csoport nagy része nőkből áll, úgy tűnik, hogy a nemi azonosulásukkal lenne probléma, mint ha ellenazonosulásban lennének. Apával azonosulnak, férfi módjára működnek, kevésbé jelenik meg a náluk a női befogadás. A túlsúlyos és az emésztőszervi betegcsoport tagjai ezzel szemben főként női képet mutatnak.

A mozgásszervi és az emésztőszervi csoport az érzéseit nem tudja megélni, szeretet-gyűlölet mentén ürítenek. Indulataikat átfolyatják, szuperegojuk fejletlen. Nem tudják valójában, hogy mi a konfliktusuk, elkerülők, nem alkalmazkodnak. A túlsúlyos csoportra viszont a másokhoz való túlzott alkalmazkodás, a saját igények elfojtása a jellemző, viszont ők azt nem tudják felismerni, hogy a szeretet kielégítésére az evés rítusát használják. Ők pozitív érzésekben vannak, s csak másodsorban szelepelnek a szeretet-gyűlölet mentén.

Ezen eredményeket Margaret Mahler kutatási eredményeire alapozva is átgondoltam. A pszichológiai születés Mahler (1975. idézi:Kulcsár,1992) szerint egy hosszú folyamat eredménye, mely bizonyos szakaszokra bontható. Ezek: a normál autisztikus fázis, a szimbiotikus fázis, és a szeparáció individuáció folyamata, melynek alfázisa a differenciáció és a testkép alakulása, a kikelés, a gyakorlás, és az újraközeledés, majd az individualitás konszolidációja és az emocionális tárgykonstancia kezdetei. A folyamat lényege tehát az anyától való elkülönülés, valamint az autonóm pszichés funkciók kialakulása.

Mahler gondolkörében a túlsúlyos csoport tagjaira az inceszt kötődés jellemző, ők a szimbiózis állapotában vannak, amelynek leglényegibb jellegzetessége a szomatopszichikus omnipotens összeolvadás az anya leképeződésével, és különösen a fizikailag két különböző egyént körülvevő közös határ illúziója. (Wilber, 2006)

A kapcsolat a táplálkozás és a szeretet, biztonság között sokszor egy egész életen át fennmarad. A vágy arra, hogy tartva legyünk, ölelve legyünk, a legtöbb normális felnőttnél a későbbi kapcsolatok során is megmarad. Ammon (1973 idézi Kulcsár, 1992) hangsúlyozza „externális narcisztikus ellátás” jelentőségét az egészséges énefejlődés feltételeként, amelyet az anya és a primer csoport a szimbiotikus fázisban, az énhatárok kialakulása előtt szolgáltat. Ha ez nem megfelelő módon történik, pél-

dául ha az anya jelen van, de a saját szükségleteit projektálja gyermekére, és az ő szükségletei határozzák meg a táplálás alkalmait, mert nem tud vagy nem akar a gyermek jelzései között differenciálni, és ennek megfelelően cselekedni, akkor reakciója a gyermek jelzéseire nem adekvát. Az alkalmazkodás azért alakulhat ki ezeknél a gyermekeknél, mert azt tapasztalja, hogy érzései, és a külvilágból való reakciók nem felelnek meg egymásnak. Mivel a túléléshez a külvilág válasza van utalva, kénytelen együttműködni vele, behódolni, alkalmazkodni. A gyerek megtanulja saját érzéseit nem észlelni, nem figyelembe venni, érzései között nem tanul meg differenciálni, csak azt tanulja meg, hogy anyja szükségleteinek eleget tegyen. Ekkor fehér foltok keletkeznek az én térképen, olyan szférák, ahol a személy védtelen, mind az ösztönkésztetésekkel, mind a külső hatásokkal szemben. S az ilyen énpatológia képezi többek között a pszichoszomatikus betegségek alapját, amelyek közé a táplálkozási zavarokat is sorolják. (Kulcsár 1992, 26 old)

Ezt alátámasztja Skarderud is, aki szerint a felnőttkori pszichoszomatikus zavarok az affektív fejlődésben történt megrekedésnek tudhatók be. Az előnyös alanyközi környezet hiányának szerepe van annak, ha az érzelmek továbbra is primer szinten, testi élményként jelentkeznek, azaz egy fejlődéslélektani akadály miatt az archaikus selfrendszer rögzülhetnek. A kutatók ilyenkor két lehetséges útról számolnak be. Az egyik a nem –fejlődés: megerősítő válasz hiányában a testhez kötött affektusok nem alakulnak érzéské, az egyén nem formálja meg azokat, alexithímiás lesz. A másik esetben, amikor a gyermek úgy találja, hogy érzelmi tapasztalatai elviselhetetlenek a gondoskodója számára, ezek szimbólumokká formálása a selftárggyal fenn tartandó kapcsolat megőrzése érdekében megakad. (Skardeud, 194.old) A táplálkozási zavaroknál a konkrét viselkedésnek azon formájára bukkanunk, amely egyértelműen rámutat arra, hogy itt a test egy selftárgyat helyettesít, olyan feladatokat kap, amelyek utánozzák a hiányzó selftárgy-funkciókat. Éhezéssel kábít, étellel megtölt, fájdalommal táplálkozik -egyáltalán stimulálja magát, és ehhez a testét használja. A tünet utánozza a problémát és a megoldást is. Ez a szemlélet közel áll Winnicott nézőpontjához, aki szerint a táplálkozás zavaros páciens teste egy átmeneti tárgy fixálódása (Sugarman és Kurash 1982 idézi Skarderud 195.) azzal vigasztalódik, ami a rendelkezésére áll.

A túlsúlyos csoportnál azért nem jelenik meg a gyökérben a hy mellett a h faktor is, a kielégíthetetlen szeretetigény, mert kapaszkodik még. A túlsúlyos csoportnál korábbi a sérülés, nem indult el a szeparáció, az optimális frusztrációt nem kapták meg, nem akarnak valódi érzelmi munkát végezni, a boldog szoptatás állapotára vágnak, amelyet a meleg elfogadói légkör biztosíthat számukra a pszichológiai támogatás során, valószínű ezért választják ezt a segítségkérési formát. Az emésztőszervi betegek csoportjánál már megjelenik a harag érzése, sokkal jobban tudatosítják, mint az előző csoport. Más elhárító mechanizmust használnak, ők már nem tagadják konfliktusaikat, azonban az alávetettség élményük miatt nehezen képesek kezelni indulataikat.

A mozgásszervi betegek a szeparáció-individuáció fázisában vannak, ebben a Mahleri szakaszban a gyerek úgy tűnik, megmámorosodik saját képességeitől és világának nagyságától. Felvillanyozódik a saját képességeitől, folyamatosan örül a táguló világában tett felfedezésének. Ebben a gyakorlási szakaszban az aktív helyváltoztatással a gyermek aktívan szeparálódik anyától, ami katalizálja énjének további fejlődését. Három egymással kölcsönösen függő folyamat járul hozzá az individuáció folyamatához: a gyors testi elkülönülés az anyától, speciális kapcsolat

kialakítása vele, s az autonóm énfunkciók érése az anyához való szoros közelségben. De a szeparáció irányába tett minden újabb lépés a tárgyvesztés veszélyét hordozza magában. Optimális esetben azonban a gyermeket átsegíti ezen a funkcióöröm, és a nárcisztikus kielégülés. Valószínűsíthető, hogy a mozgásszervi betegek fejlődése során az optimális frusztrációt megkapták, azonban az anyához nem tudtak visszatérni védelmet kapni, a tárgyvesztés élményét átélték, s egyedül maradtak, csalódottakká váltak, s azóta e csalódás mentén szervezik kapcsolataikat. Azért nem tudnak segítséget kérni, mert dacosak, nem hisznek a kapcsolatban, el sem jutottak személyiségfejlődésükben addig, hogy kapcsolódni lehet s érdemes.

Korábbi vizsgálataimra alapozva, azt feltételeztem, hogy a pszichoszomatikus betegségek kialakulásának hátterében az egyén szorongásai, feszültségkezelésének hiányosságai állnak, s ezt ezen vizsgálat eredménye is alátámasztotta. A munkahelyi egészségfejlesztési programokat azért tartottam megfelelő beavatkozási formának, mert ez olyan eljárás, melynek célja a dolgozók egészségének, életminőségének fejlesztése, de a hagyományos orvoslástól eltérően ezt úgy próbálja elérni, hogy az egészség feletti kontrollt és felelősséget az egyénnek adja át. A programon való aktivitási részvételre, és az önváltozási készség alacsony voltára a Szondi teszt eredményei magyarázatot adnak. A fő feladatomban a programban az öngondozás- self nurture képességének a fejlesztését tűztem ki. Ezen eredmények azt mutatják, hogy a betegek nem jutottak el az érzelmi tárgyállandóság fázisába, ahol elkülönülnek az én- és a tárgyrepresentációk, és már a gyermeknek megvan a képessége arra, hogy a szükségleti állapotától is függetlenül is fenntartsa a tárgyrepresentációkat. Ezért nem tudtam az egyéni felelősségvállalás érzését kialakítani náluk, mert nem képesek még erre. Csécseyné (2011) az egészségfejlesztő foglalkozásokat szakember által kísért önváltoztatási folyamatként definiálja. Azt gondolja, hogy ha tudatosítjuk betegségünket vagy rejtett indítékainkat azzal már el is kezdtük legyőzni őket. A lényeg, hogy miként fogadjuk el indítékainkat, és hogyan éljük meg a bekövetkező krízist. Az egészségmagatartás program része volt a kognitív átstrukturálás, relaxációs program, de számomra az bizonyosodott be, hogy a tudattalan indítékok mind mélyebb ismeretének biztosítására is szükség van ezekben a folyamatokban. Az önváltoztatási folyamat indukálásához arra is szükség van, hogy a beteg minden erejével akarja a változást, de ehhez előbb be kell ismernie maga előtt, hogy nem a lehető legjobban vezette az életét (Csécseyné, 2011.), de ennek kialakítása ezekben a csoportokban nem kivitelezhető, mert a szimbiotikus állapotukkal és a csalódottságukkal való szembenézés az első pont ebben a folyamatban. Az egészségpszichológus a rendszer minden pontján akcióba léphet, de ez a vizsgálat abban erősít meg, hogy az egyéni szint pontos ismerete nélkül valódi sikeres folyamat nem valósulhat meg. Hiszek abban, hogy az egyén többet tehet saját egészségéért, mint bármely orvos, gyógyszer, kórház, egzotikus gyógyászati eljárás, de csak akkor tudjuk egészségfejlesztő pszichológusként ezt a folyamatot segíteni, ha az egyén pszichodinamikájával is tisztában vagyunk.

A pszichológus segítségét kérő csoport vizsgálata

A fő pszichológiai tünetek, amelyek miatt az állomány segítséget kér, a szorongásos tünetek, indulatkezelési, -önértékelési problémák, mások megértéséhez kapcsolódó problémák, valamint gyászfeldolgozás közeli hozzátartozó halála miatt. Ezek a tünetek abból fakadnak, hogy a személyek nem rendelkeznek hatékony, konstruktív megküzdési stratégiákkal, a napi felhalmozódott stresszt nem tudják megfelelően

kezelni, s így egy idő után túlnő rajtuk, és egy esetleges munkahelyi konfliktus során kerül felszínre.

A vizsgálatom arra is lehetőséget adott, hogy választ keressek arra is, vajon milyen személyiségstruktúrával rendelkeznek azok a kollégáim, akik életük különböző krízishelyzeteiben segítséget kérnek a pszichológustól. Ők azok, akik nem betegséget választanak a problémájuk megfogalmazására, hanem a belső feszültségnyomás hatására meg tudják fogalmazni konfliktusaik valódi okát.

A pszichológiai problémát meghatározó csoportnál a szélén az S (+ +) és a C (-+) vektor reakció található: a személyszeretet (+h) a szerelem tárgyának megragadásával, aktivitással, vezetés igényével (+s) ötvöződik. Az átlagemberre jellemző szexualitásról beszélhetünk az S (+ +) tekintetében. A kapcsolati ösztönvektor a kötődési tapadás jellegzetes konstellációját mutatja. Középen P (+-) és Sch (- +) vektorjelzések találhatóak: a paroxizmális tengelyen P (+-) vektor reakció található, amely konstellációnál a személy tekintetbe veszi a másik szempontját, belátása morálisan racionalizált. Viselkedésében szégyenlős, fantáziaéletben visszahúzódott, engedékeny, toleráns, s ez ötvöződik a jóság szemérmes elrejtésével, tehát az elismerést, hálát nem váró a saját érdemét nem néző jóság képletével. Az Sch (- +) vektorjelzés a serdülő képét mutatja, a személy minden szeretne lenni, de ezt az állásfoglaló énje letiltja. Sokféle változatos funkcionális beszűkülés kapcsolatokban, érdeklődésben, mozgásban, evésben, munkában, alvásban.

A telített reakciókban első helyen áll a hy-!, ami az elrejtésnek, „elbújásnak”, a rejtetésnek a faktora, melyben fokozottan jelentkeznek a lágy érzelmek elrejtésének igénye, ezáltal az érzelmi élet megdermedésével találkozunk. amiből az következik, hogy ösztönkésztetései rejtve maradnak még önmaga számára is, ami ennek következtében feloldhatatlanná válik

A telített reakciók következtében felfokozódott mértékben jelenik meg a kapcsolati vektorban a megkapaszkodási és elfogadási igény (m+), amely a túlzott mérték miatt bizonytalanság érzettel és szorongással telített. S fokozott mértékben jelenik meg az én-ideálképzés igénye (p+!) reakció, s ennek kielégíthetlensége, talán ezért kérnek segítséget, mert meg tudják fogalmazni maguknak már, hogy a működésük eltér a többi személytől, akikhez hasonlítják magukat, s a saját maguk által felállított éniideáltól is.. A negyedik helyen áll a h+! reakció, ami a felfokozott mértékű szeretet- és gyengédségigényt, és a kielégíthetetlen szeretve lenni érzés vágyát mutatja.

Mennyiségi feszültségek rangsora pszichológiai csoportnál

19. számú táblázat

Mennyiségi feszültségek rangsora pszichológiai csoportnál															
hy-!	m+!	p+!	h+!	k-!	s-!	d+!	s+!	p-!	d-!	k!	m-!	e-!	e+!	h-!	hy+!
35	28	23	21	17	16	7	3	3	3	3	2	2	1	0	0

A pszichés problémával segítséget kérők csoportos ösztönképlete

Pszichológiai csoport csoportos ösztönképlete

20. számú táblázat

szimptomatikus faktorok	e0+- p0+ d0-
szublatens és szubmanifeszt faktorok	h+ hy- k- s+
gyökérfaktorok	m+

A csoportos ösztönképlet alapján a megbetegítő tényező az m+ tényező. Ez a faktor mennyiségi túlsúlya miatt aktuálisan nem elégülhet ki, így tudattalan dinamikája révén megbetegítő hatást gyakorol, mivel kielégíthetlensége folytán a lelki megbetegedés okozója lehet. A megkapaszkodás igénye, a megszerzett tárgyak biztonságos megtartásának igénye (m+) nem tud kielégülni ebben a csoportban.

A képletből az látható, hogy csak egy ösztönosztály érintett, több szelep működtetésére van lehetőségük. A szimptomatikus, tüneti faktorok a szeleptényezőket jelentik, és az ösztönfeszültségek kieresztésének lehetőségét mutatják. A csoport a p vektort használja feszültségei kanalizálására, amely az én-ideál képzést jelenti, emellett társul a lelkiismereti korlátok kiépítésének faktora (e) is, s még a d vektort a hűtlenség, hűség vektorát is használják ösztönfeszültségeik levezetésére.

A pszichés problémával segítséget kérőkre jellemző csoportos latenciasor

21. számú táblázat

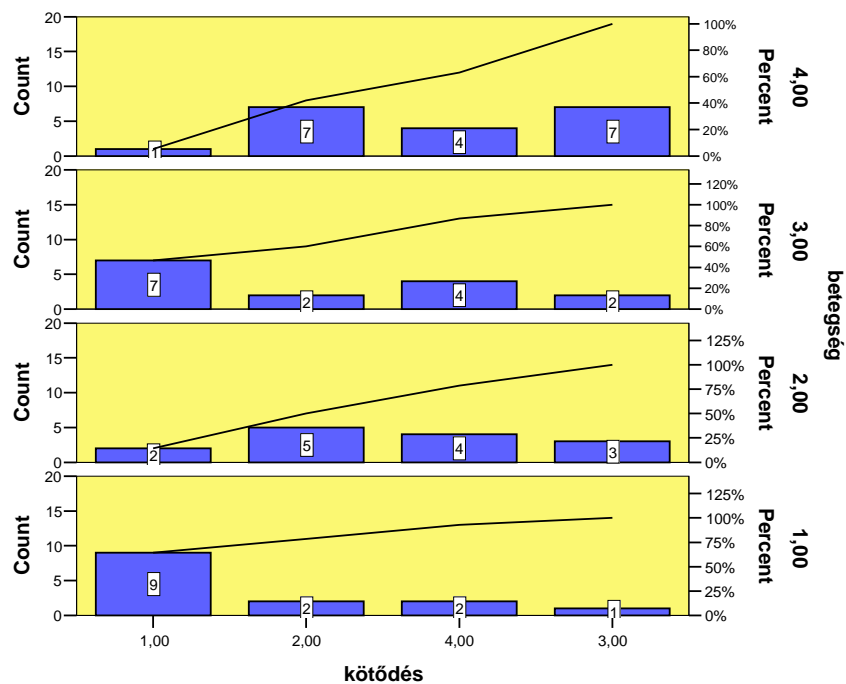
Cm+	:Schk-	:Phy-	:Sh+
1.49	1.42	1.1	0.3

Ha az ösztönosztályukat vizsgáljuk, akkor azt tapasztaljuk, hogy ennek a csoportnak az ösztönosztálya a Cm⁺ ösztönosztály. Ők az örök támaszkeresők, örök kapaszkodók, akik a tárgyvesztéstől félnek.

Ennek az osztálynak a képviselői hajlamosak leginkább szorongásos állapotokra, amely során attól félnek, hogy elveszítik a megtartó tárgyat. Az ösztönvesztést a tárgyba való kapaszkodás szükségletének latenciája határozza meg. Képtelenek úgy érezni, hogy a tárgyat biztosan birtokolják. Még akkor is bizonytalanok a tárgy birtoklásában, amikor a tárgy a valóságban már biztos tulajdonukban van. Annak szükséglete, hogy a tárgyba kapaszkodjanak csillapíthatatlan, és mennyiségileg túlságosan nagy, csakúgy, mint egykor az anyával szemben. A kielégítetlen szükséglet ebben az esetben az elfogadás. Ebből adódik a participációs zavarokra való hajlamuk is.

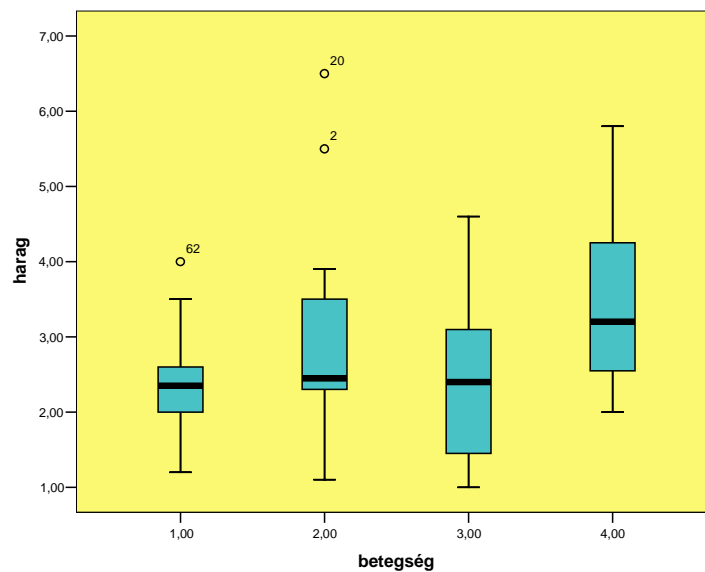
Elkészítettem a 3 betegségcsoport, és a pszichés problémával hozzám fordulók csoportjának összehasonlítását a kötődési stílusokat vizsgáló ECR kérdőív segítségével, minek során az ábrán látható eredmény született. A túlsúlyos és az emésztőszervi betegek csoportjában a biztonságosan kötődők vannak túlsúlyban. Azonban a pszichológiai problémát meghatározók között csak egy egyén van, aki biztonságosan kötődik, a többiek az elárasztott, félelemteli és az elkerülő kötődési stílussal rendel-

keznek. Ez is lehet az oka, hogy olyan belső feszültségük van, amely arra készíteti őket, hogy segítséget kérjenek szakembertől.



15. sz. ábra: Kötődési stílusok és a betegségcsoport összehasonlítása

Ha a harag a partnerrel szemben skálát vizsgáljuk, azt látjuk, hogy ezen csoport tagjai élnek meg leginkább haragot a partnerekkel szemben, ez is oka lehet, hogy segítséget kérnek, mert a harag kezelésének készségeinek elsajátítására is szükségük van.



16. sz. ábra: Harag a partnerrel szemben skálák a különböző betegségcsoportoknál

Összeségében azt mondhatjuk, hogy azért lépések a betegségbelátásra, s a pszichés probléma felvállalására, mert képesek érzékelni azt, hogy a működésük eltér a körülöttük lévő személyek működésétől. Mások a reakcióik, más a gondolkodásmódjuk, és eltávolodtak az általuk felállított énídeáltól. Azért képtelenek a biztonságos kötődésre, mert mind tudattalan szinten, mind a tudatos szinten hiányoznak azok a készségeik, amelyekre szükség lenne a kiegyensúlyozottság érdekében. Ezen készségek fejlesztését kaphatják meg egy pszichológiai folyamattól.

Kitekintés

Reinhardt Melinda (2007) tanulmányában felhívja a figyelmet arra, hogy a hatékony betegedukációs programok tervezéséhez és megvalósításához olyan orvosi-egészségpszichológiai, egészségpszichológiai, klinikai pszichológiai együttműködés szükséges, amely a bio-pszicho-szociális szemléletmódot, és az életminőség koncepcióját szem előtt tartva dolgozna ki, és szervezne meg betegoktató programokat, melyek építenének arra, hogy betegség-reprezentációk nem stabil képződmények, a betegség lefolyása során folyamatosan alakulhatnak, illetve alakíthatók. (Reinhardt, 2007, 180) A gyógyítás-gyógyulás folyamatában annak az alapvető szegmensnek a fontosságát is hangsúlyozza, hogy a beteg személyt annak egyedi gondolataival, hiedelmeivel, érzéseivel és félelmeivel, azaz laikus egészség- és betegség-definícióival együtt szükséges szemlélni. (Reinhardt, 2007, 180) Szakmai tapasztalataim is megerősítik ezeket a gondolatokat, hiszen munkám során szembesültem azal, hogy a páciensek hasonló életprobléma fennállása esetén is mennyire más gondolati keretben gondolkoznak, s az egyéni problémamegoldás érdekében az egyénre jellemző kognitív torzítások és diszfunkcionális attitűdök korrigálása elengedhetetlenül szükséges. Ez a vizsgálat azt is megerősítette bennem, hogy az egyén pszichodinamikájának ismerete is szükséges a pontos változtatási folyamat kialakításához.

Azért tartom fontosnak a Szondi tesztek használatát ezekben a programokban, mert pszichológiájában Szondi azt a szemléletet vallotta: hogy a sorsanalitikust nem az egyedülálló pszichoszomatózis érdekli, hanem a mögötte álló ösztönkör, nem klinikai diagnózist kíván szerkeszteni, hanem az ösztön- és én-hajlamok arányát kívánja feltárni, amely révén a sorsanalitikus gyógyító eljárás kapujába juthatunk. Azt gondolom, hogy a valódi segítségnyújtás lehetőségéért ezen a kapun be is kell mennünk, mivel Szondi Lipót pszichológiai elméletével, terápiás gyógy módjával „az embert akarta megváltani, tüneteitől, lelki szenvedéseitől, betegségéből kigyógyítani, végső soron egy örömteli léthez, a személyiség kibontakoztatásához, a szabad sorsválasztás lehetőségéhez kívánta az embert elvezetni., (Gyöngyösiné, 1999).

Úgy érzem a csapatpszichológusi munka fontosságát sikerült bizonyítanom ezen vizsgálattal. A kollégák számára biztosított segítségnyújtási formáknak helye, szerepe van ezen munkahelyen. Az adatok elemzése után még fontosabbnak tartom mind a csoportos, mind az egyéni folyamatok indukálását. A 17.sz. ábrán szemléltetem ezen munkakör feladatrendszerét.

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. Törvény 2008. január 1-jétől hatályos módosítása emeli be a munkavédelem törvényi szintű szabályozásába a **pszichoszociális kockázati tényezők** kezelésének munkáltatói feladatát, egyben

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

A törvény a munkáltató feladataként határozza meg az **egységes és átfogó megelőzési stratégia kialakítását**, mely a szomatikus és mentális egészség állapotának megőrzését és visszaállítását is szolgálja. **A munkavállalók lelki támogatása** egyik pillére lehet az átfogó stratégiának, amelyet a csapatpszichológusi feladatrendszer mindhárom eleme támogat. Az egyéni folyamatok az egyéni életút tragikus fordulatainak feldolgozását tűzik ki célul, a patológiás gyászfolyamatok oldását, és a betegségreprezentációk módosítását.

A csoportos folyamatok közösségformáló hatásuk miatt különösen fontosak az állomány számára. A relaxációs folyamatokra épülő művészetterápiás tematikájú folyamatok betegségmegelőző és érzelmi korrekciót is eredményező hatása miatt kedveltek az állomány körében.

A szervezettefejlesztési folyamat pedig mind a missziós állomány visszaillesztési folyamatát, mind a munkahelyi konfliktusok kezelését és a vezetői állomány készségfejlesztését is magában foglalja.

Remélem az általam bemutatott egészségfejlesztő program és kutatási eredmények rámutatnak arra, hogy a munkavállalók lelki támogatása az egyén pszichodinamikájának ismeretében hasznos pillére a katonák egészségmagatartás fejlesztésének.

Csapatpszichológiai feladatrendszer

```
graph TD; A[Csapatpszichológiai feladatrendszer] --> B[Egyéni folyamatok]; A --> C[Csoportfolyamatok]; A --> D[Szervezetfejlesztési folyamatok];
```

Egyéni folyamatok

- Stresszkezelési képességek fejlesztése
- Gyászfeldolgozási folyamat vezetése
- Egyéni eredményességhez szükséges készségek fejlesztése
- Pszichoszomatikus betegek életminőségének javítása
- Dohányzásról való leszokás támogatása

Csoportfolyamatok

- Egészségmagatartás fejlesztő program
- Művészetterápiás tematikájú személyiségfejlesztő folyamatok
- Művészetterápiás tematikájú betegedukációs folyamatok

Szervezetfejlesztési folyamatok

- Visszaillesztési folyamat indukálása missziós katonák számára
- Vezetői készségek fejlesztése
- Munkahelyi konfliktusok kezelése

Irodalomjegyzék

- Az egészségfejlesztés alapelvei - az egészségfejlesztés nemzetközi alapküldokumentumai módszertani Füzet letöltve: 2010. 02.20. <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf>
- ANTALFAI M.(2007): Katarzis élményre épülő tematikus művészet-pszichoterápia In: Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh Attila (szerk) Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig Trefort Kiadó 356-382
- CSERJÉSI R.(2009):Érzelem, kogníció, tudatosság és viselkedési problémák evészavarokban. Összefoglaló vizsgálat: obesitas és anorexia nervosa. Orvosi hetilap 150 évfolyam 24 sz. 1135-1143
- CSÉCSEYNÉ NAGY Zs. (2011) Gyógyító beszélgetések a rehabilitációban c. szakdolgozat
- GYÖNGYÖSINÉ KISS E. (1999) Szondi Lipót Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest
- HARASZTI L. (2001): A felnőttkori elhízás, a kövérség pszichológiai problémái. MH Egészségügyi Csoportfőnökség kiadványa
- HARGITAI R. (2001) Sorsanalízis és pszichoszomatika: 5-6 éves asztmás gyerekek személyisége a Szondi teszt tükrében. Magyar Pszichológiai Szemle, 1, 35-52.
- HARGITAI R.(2004): A narratív pszichológia hozzájárulása Szondi Lipót sorsanalíziséhez. Magyar Pszichológia Szemle LIX 3. 455-466.
- HARGITAI R. (2008):Sors és történet Szondi Lipót sorsanalízise a narratív pszichológia tükrében Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest
- KÖKÖNYEI GY.: Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban. Doktori (PhD) értekezés 2008 Budapest ELTE letöltve: 2010.04.06.
- KELEMEN G. (2001): Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia Pro Pannonia Kiadói Alapítvány Pécs
- LUKÁCS D. (1996). Szondi: Az ösztönprofilról az elméletig: Esetillusztrációkkal, a számítógépes adatfeldolgozás instrukciójával és példákkal. Animula, Budapest
- Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának Luxemburgi Deklarációja, (1997) In: Lőrinc Eszter Az OEFI szerepe a Munkahelyi egészségfejlesztésben letöltve:2010 04.02.<http://www.oefi.hu/egfszak3.pdf>
- NOSZLOPI L. (1989) Sorselemzés és kísérleti ösztöndiagnosztika. Akadémiai Kiadó, Budapest
- PETZ, G. (1953) Triebstrukturanalyse bei Lungentuberkulösen. Szondiana,1, 134-144.
- PIKÓ B.(2005): Lelki egészség a modern társadalomban Akadémiai Kiadó, Budapest
- PIKÓ B. (2002a): Egészségszociológia. Új Mandátum, Budapest
- PIKÓ B. (2002b): Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai, Budapest
- REINHARDT M.(2007): Kognitív reprezentációk a krónikus betegségről. Betegségkogníció és önszabályozás összefüggéseinek empirikus vizsgálata I. és II. típusú cukorbetegség körében In: Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh Attila (szerk) Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig Trefort Kiadó 156-185.
- SCHWOY DÓRA, SCHWOY DEZSŐ, GY. KISS ENIKŐ: Angliában élő különböző népcsoportok multikulturális összehasonlítása a Szondi- teszttel Megjelent: Deák Anita, Nagy László, Péley Bernadette (szerk. 2011): Lélek-képek, Pécs, Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, 169-181.
- SKARDERUD F.: A self súlya-étkezési zavarok és selfpszichológia In: Kohut utáni fejlődés

SZONDI L. (1942): Előadások a kísérleti ösztöndiagnosztika köréből. IV. kötet. Az ember meghatározása az ösztönök tapasztalati rendszerében. Az ember ösztön-linnaeusa. Budapest, Diószegi sokszorosítás.

SZONDI L. (1996): Ember és sors Kossuth Könyvkiadó, Budapest

SZONDI L. (2002) A Szondi teszt: A kísérleti ösztöndiagnosztika tankönyve. Új Mandátum, Budapest

Nemzeti program a mozgásszervi betegségek leküzdésére Letöltés: www.eum.hu/egeszsegpolitika/koncepcio-k-vitaanyagok/nemzeti-program-mozg-be 2012. 10.01. 3-4 oldal

A cikket szakmailag lektorálta:

Dr. Tarnóczy Richárd ny. ezds.

Dr. Svéd László ny. altbgy.