

Munkahelyi egészségmagatartás fejlesztő program a Szondi teszt tükrében

1. Bevezető

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1998-as Közgyűlése nemzetközi nyilatkozatot fogadott el az egészségről, amely szerint az *elérhető legjobb egészségi állapot* egyike az alapvető emberi jogoknak. A WHO az egészség fogalmát a következőképpen határozza meg: „az egészség a teljes testi, lelki (szellemi) és szociális jólét állapota és nem csupán a betegség és a nyomorékság hiánya”. A definícióban nem valaminek a hiánya, hanem valaminek vagy valamiknek a megléte utal az egészségre. Ebben az értelemben az egészség pozitív fogalomként értelmezhető, amely a társadalom, a közösségek, valamint egyén erőforrásait, testi-lelki képességeit hangsúlyozza (Ottawai Charta, 1986). Ezért az egészséget nem passzívan elviselt állapotként, hanem tevékeny folyamatként értelmezhetjük. Az egészségünk a mindennapi élet erőforrása, fontos eszköze életcéljaink megvalósításának, sőt annak alapvető feltétele.

Antalfai Márta megközelítésében az egészséges személyiségen „a külső és a belső világ közötti harmonikus kapcsolatot érti, mely kapcsolat a psziché egészének - a gondolkodásnak, érzékelésnek, érzésnek, intuíciónak és az akarati életnek - differenciált és összehangolt működését foglalja magában „(Antalfai, 2007, 372.). Az egészség pszichológiai értelemben tehát elsősorban pszichoszomatikus egészséget jelent, azaz a lelki - beleértve a pszichofiziológiai, valamint a magatartási szintű - működések relatív egyensúlyát, harmóniáját (Pikó, 2005).

Az Egészségügyi Világszervezet 1986. évi Ottawai Chartája fordulópontot jelentett az egészségvédelem terén. Ekkora már nyilvánvalóvá vált, hogy az egészség, illetőleg az egészségvédelem nem rendelhető el „felülről”, hanem csak minden egyes személy közreműködésével érhető el e téren eredmény. Az egészségfejlesztés modern koncepciója középpontjában tehát életmódunk megváltoztatása áll (Pikó, 2002a). Az ún. Ottawa Charta az egészségpromóciót úgy határozza meg, mint az a folyamatot, amely képessé teszi az embereket az egészségük feletti kontroll megszerzésére és egészségük fejlesztésére. Az egészségünk feletti kontrollt pedig kétségtelenül az életmódunk feletti kontroll tudatos és aktív megszerzése biztosítja. Az életmód egyik megnyilvánulása az egészségmagatartás. Az egészséggel kapcsolatos magatartás magában foglalja a preventív egészségmagatartást, az egészség megtartását és az egészség fejlesztését elősegítő magatartásformákat, mint például a táplálkozáskontrollt, a sportolást, a biztonsági öv viselését vagy a biztonságos szexuális viselkedést. Vizsgálatok azt mutatják, hogy e magatartásformák aktív döntések eredményei, amelyek az egészségtudatosság magas szintjét feltételezik (Pikó, 2002b). Azok, akik aktívan egészségük

megőrzésére törekednek, nagyobb önbizalommal rendelkeznek, jövőorientáltak és elégedettebbek életükkel, mint azok a társaik, akik kevésbé figyelnek oda az egészséges életmód követésére.

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

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

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 háttérében, 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 gyulladással járó ízületi megbetegedésben. A mozgásszervi betegségek a fejlett és közepesen fejlett országok leggyakoribb, legnagyobb számú és legtöbbször kerülő betegségcsoportja. Legutóbbi „Eurobarométer” (Health in the European Union) jelentése szerint mozgásszervi problémák tekintetében hazánk 33 %-kal az unión belül az élen áll. E betegségek mellett, hogy szignifikánsan

befolyásolják a mozgásszervi betegek, és családjaik pszichoszociális státusát, mind a keresőképtelenség, mind a munkaképtelenség okai közül a 2. helyen állnak. A leggyakoribb okai a fogyatékosnak, illetve az egészségi állapothoz köthető életminőség-csökkenésnek, s e betegségek 60 %-ban okai a hazai, korai nyugdíjaztatásnak, ill. a hazai táppénzes napok számának is.

A jelenlegi vizsgálat előzményeként 2007-ben az évi kötelező szűrővizsgálatokat kiegészítettem az állomány megküzdési mód preferenciáinak vizsgálatával, amikor is 119 férfi és 72 nő adatait elemeztem, és a 191 főből 82 fő tekinthető egészségesnek a BMI szerint, túlsúlyos kategóriába (BMI 25-30) 53 fő tartozott, és az elhízott kategóriába (BMI – 30 fölött) 56 fő volt rendelhető. A munkahelyen végzett vizsgálat, amely a dolgozók életmódjának feltérképezésére készült a következő eredményekkel zárult 2010-ben: a munkavállalók 38 %-a dohányzik, a munkavállalók fizikai aktivitása és edzettségi állapota nem megfelelő. A dolgozók 1/3- a időszakos, vagy állandó alvásproblémával küzd, s magas számban tapasztalhatók pszichoszomatikus megbetegedések, A dolgozók mentális állapota nem megfelelő: kiégés, depresszió, magas észlelt stressz szint jellemzi őket. Az állomány 20%-át 182 főt gondoz az egészségügyi szakszemélyzet: 83 fő rendszeres szív-és keringési panaszok, valamint magas vérnyomás betegség miatt szorul gondozásra, 14 fő cukorbetegség miatt, 55 fő mozgásszervi betegséggel küzd s 30 fő egyéb betegségcsoportokban.

A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát a munkahelyi stressz egyik legfontosabb indikátoraként értelmezzük. 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.

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 prediszpozicionáló 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. Érdeemes megemlíteni azt is, hogy a fenntartott magas arousal gyakran jár együtt alacsony pozitív válaszkimenetellel, ez pedig megküzdési képtelenséggel, reménytelenség vagy tehetetlenség 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 két csoport vizsgálatára azért került sor, mert a Magyar Honvédség egyik alakulatának Egészségügyi Központjában segítséget kérő dolgozóknál azt a megfigyelést tettem, hogy a két csoport tagjai különböző magatartással kérnek segítséget az egészségügyi személyzettől. A mozgásszervi megbetegedés során fizioterápiás és fizikoterápiás segítségnyújtást veszik igénybe a betegek, inkább a fizikális állapotjavításban bíznak. A túlsúlyos betegek pedig pszichológiai támogatást veszik igénybe, inkább a személyes támaszkeresésben, az emberi kapcsolatban bíznak. S a 2010-ben megvalósított 6 hónapos egészségmagatartás fejlesztő program során szerzett tapasztalataim kapcsán döntöttem arról, hogy megvizsgálom a két csoportot Szondi teszt segítségével, mert azt tapasztaltam, hogy a program során eltérő magatartást, eltérő motivációt, s eltérő kapcsolódási formákat mutattak a résztvevők. 100 fő vizsgálatára került sor ezideáig, s jelen tanulmányban a mozgásszervi betegek és a túlsúlyos csoport eredményeit ismertetem.

A vizsgálatomban arra kerestem a választ, hogy a segítségkérés különböző formái kiválasztásának és elfogadásának okát, magyarázatát megtalálom-e a két csoport ösztönképzetében.

A vizsgálat során arra is kívánok választ kapni, hogy a Szondi által ránk hagyott munkamódszer hozzájárul-e a túlsúly és a mozgásszervi panaszok pszichoszomatikájának megismeréséhez, s célom a

betegségekben szerepet játszó a családi tudattalan által meghatározott közös ösztönfeszültségek feltárása

„Szondi Lipót nem dolgozott ki önálló elméletet a pszichoszomatikus megbetegedések kialakulására vonatkozóan, munkássága mégis nagymértékben hozzájárulhat a pszichoszomatikus betegségek megértéséhez. (Hargitai, 2001. 35.). Szondi szerint a különböző betegségek megjelenését alapvetően meghatározza az illető személy látens öröklött hajlama. „A morbotropizmus értelmében a hasonló latens anyaggal - családi tudattalannal- rendelkező személye kielégíthetetlen ösztön szükségleteiket ugyanazon ösztönkörhöz tartozó betegségforma választásában vezetik le.” (Hargitai, 2001. 36)

Szondi szerint a családi tudattalan a választásainkban nyilvánul meg: ez irányítja a partner-, barát-, foglalkozás-, betegség-, és halálnemválasztásainkat egyaránt. A családi tudattalan működése révén eljuthatunk a sorsanalízis és a pszichoszomatika közötti kapcsolat harmadik fontos állomásához, a betegségválasztáshoz. Ez a morbotropizmus jelensége, amely Szondi szóhasználatával élve-arra ad választ, hogy miért vonzódik valaki. egy bizonyos betegségformához- és nem másához” (Szondi,1996b): gyakorlatilag a szimptómaválasztás kérdésével állunk szemben. Szondi felismeri, hogy hasonló családi tudattalannal rendelkező személyek kielégíthetetlen ösztön szükségleteiket ugyanazon ösztönkörhöz tartozó betegségforma választásában vezetik le. Szondi a betegválasztás lehetőségeit nem szűkíti le, utalva ezzel arra, hogy választásaink pszichoszomatikus megbetegedési formákra is irányulhatnak. (Hargitai, 2001. 37.)

2. Az empirikus vizsgálat bemutatása

2.1 A vizsgálati minta

A vizsgálati minta 30 főből állt, mely egyenlő arányban oszlott meg a 2 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 iskolázottság azonos a csoportokban, középfokú és felsőfokú végzettségűek a vizsgálati személyek, s mindenki a Magyar Honvédség ugyanazon alakulatánál dolgozik.

2. 2. A vizgálathoz használt módszerek

A vizsgálat során az alapvető szocioökonómiai státuszra vonatkozó kérdéssor tartozott, amely a nemre, korra, iskolázottságra, és rendfokozatra kérdezett rá.

Emellett a Szondi projektív tesztet alkalmaztam, amely 48 darab képből áll, s melynek minden képe ez olyan személyt ábrázol, aki valamely ösztönfaktor megbetegített variánsát jeleníti meg. Mind a hat

sorozatban mind a nyolc ösztönfaktor képviselteti magát, mégpedig oly módon, hogy minden ösztönfaktorhoz tartozik egy kép. Az egyes ösztönfaktorokat tehát a sorozatokban összesen hat fotó képviseli. (Szondi, 2002)

A kísérleti eljárásban mind a 30 személlyel 10 profilos Szondi tesztet vettem fel, melynek során összesen 300 tesztprofil született.

2.3. Az eredmények bemutatása

A továbbiakban először a Szondi teszt eredményeit fogom ismertetni, majd az ezekhez fűződő értelmezések, magyarázatok következnek. A csoportos összegeket (csoportos ösztönképlet, csoportos látenciasor és ösztönosztály) PETZ (1953) leírása alapján határoztam meg: a 300 tesztprofilban található ösztönfaktorokat összegeztem, majd átlagoltam, a végleges számításokat pedig az említett szerző munkája alapján végeztem el. Az eredményeket táblázatban szemléltetem, szintén a Petz által alkalmazott módszer alapján.

I. Túlsúlyos csoport

1. táblázat. Összesített vektor reakciók és értelmezésük a szél-közép dialektika alapján

Vektor reakciók	S	P	SCH	C
+ +	1,93	0,06	0,33	0,6
+ -	2,2	2,6	0,13	0,13
+ 0	1,2	0,2	0,13	0,6
+ +/-	<u>1,26</u>	0,06	0	0,53
- -	0,33	<u>1,26</u>	<u>1,06</u>	0,13
- +	0,13	0,06	2,4	2,86
- 0	0	0,6	2,73	0,4
- +/-	0,06	0,06	0,13	0,4
0 +/-	0,66	0,46	0,06	0,46
0 0	0,06	0,6	0,13	0,4
0 -	0,8	2,53	0,06	0,2
0 +	0,6	0,06	0,46	<u>2,06</u>
+/-+	0,13	0	0,6	0,66
+/- -	0,33	0,93	0,53	0
+/- 0	0,13	0,4	1,2	0,33
+/- +/-	0,13	0,06	0	0,2

Megjegyzés: A vastagon szedett, aláhúzott értékek a leggyakoribb vektor reakciókat mutatják, a dőlt és aláhúzott értékek pedig a további leggyakoribb reakciót.

2. táblázat.:A leggyakrabban előforduló vektor reakciók összesítése

(A gyakoriság mértéke felülről lefelé csökken)

S	P	SCH	C
+ -	+ -	- 0	- +
+ +	0 -	- +	

A túlsúlyos csoportnál a szélén az S (+-) és a C (-+) vektor reakció található: a személyszeretet (+h) a passzív nőies szexualitással (-s) ötvöződik, lágy, önmagát a másikkal fenntartás nélkül odaadó ember konstellációja, szolgálatkészség, vezetetség igénye látható a szexuális tengelyen S (+-). 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 érnek, a személy nem tud leválni, elszakadni, így minden kötődésben alárendelt szerepet játszik. Irrealitás és hűség egybefonódnak. C (-+)

Az értelmezés teljességére rámutatva ugyanakkor mindenképpen már itt meg kell említenünk a telített reakciók jelenlétét, mely a túlsúlyosoknál a m+! h+! válaszok többsége jellemző (lsd. 3 táblázat). A szélén a telített reakciók következtében felfokozódott mértékben jelenik a szeretet- és gyengédségigény a szeretve lenni érzésének a vágya, valamint a kapcsolati vektorban a megkapaszkodási és elfogadási igény, amely a túlzott mérték miatt bizonytalanság érzettel és szorongással telített.

Középen P (+-) és Sch (- 0) vektorjelzések találhatók: 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 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.

3. táblázat. A telített reakciók táblázatos bemutatása

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

Az első helyen áll az m+! reakció. Ez az erőteljes megkapaszkodási vágyat jelenti, a társas társadalmi kapcsolatok szorongásokkal teli állapotát. Az m faktor az oralitás faktora 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 rejtegetésnek a faktora, fokozottan jelentkezik a lány 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 harmadik helyen áll a h+! reakció, ami a felfokozott mértékű szeretet- és gyengédségigényt, és a kielégíthetetlen szeretve lenni érzés vágyát mutatja.

A túlsúlyos betegek jellemző csoportos ösztönképlet:

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)

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

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

A túlsúlyos betegekre jellemző csoportos latenciasor:

Phy- :Schk- :Cm+ :Sh+
2,6 1,24 1.1 0.5

A túlsúlyos 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 elégitett, lappangó hiszteriform szükséglet, a ki nem élt szeretés, siker-és exhibicionálási vágy miatt kerültek ösztönvézbe. Jellemük és betegségük gyökere tehát: a rejtett hisztéria." Oly egyének tartoznak ebbe az ösztönosztályba, kik részben paroxyzmális génkonstrukciók sajátos dinamizmusa, részben külső okok miatt képtelenek a szeretés vágyát kiélni. (Szondi, 1942. 87.old)

4. táblázat. Az irányfeszültségi hányados és a tüneti százalék

	IF átlag	Sy % átlag
Túlsúlyos csoport	1,83	36,16

Az irányfeszültségi hányados a normál övezetbe esik, a tüneti százalék meghaladja a 30%-ot, ami túllépi a normál övezetet, ez utalhat a feszültség tünetekben történő levezetésére (pl. orális levezetési lehetőségek)

II. Mozgásszervi betegek

5. táblázat. Összesített vektor reakciók és értelmezésük a szél-közép dialektika alapján

Vektor reakciók	S	P	SCH	C
++	2,9	0,13	0,2	1,13
+ -	1,2	2,2	0,13	0,53
+ 0	0,66	0,4	0,13	0,33
+ +/-	<u>1,53</u>	0,13	0,06	0,13
--	0,6	<u>1,86</u>	1,13	0,46
- +	0,26	0,13	2,73	3
- 0	0,13	0,46	2,53	0,4
- +/-	0,26	0,26	0,4	0,33
0 +/-	0,6	0	0,06	0,46
0 0	0,13	0,4	0,2	0,46
0 -	0,4	2,6	0,2	0,4
0 +	0,46	0	0,4	<u>1,73</u>
+/- +	0,46	0	0,53	0,2
+/- -	0	0,8	0,46	0,06
+/- 0	0,2	0,2	0,66	0,06
+/- +/-	0	0,4	0,13	0,26

Megjegyzés: A vastagon szedett, aláhúzott értékek a leggyakoribb vektor reakciókat mutatják, a dőlt és aláhúzott értékek pedig a további leggyakoribb reakciót.

6. táblázat.: A leggyakrabban előforduló vektor reakciók összesítése

S	P	SCH	C
++	0 -	- +	- +
	+ -	- 0	

A mozgásszervi betegek csoportjánál 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. 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 tárgykapcsolódás neurotikus volta jellemzi. A személy irracionálisan megtapad a tárgynál, majd meghasonlik vele, mégis kitart. A kapcsolatok véget nem érők, a személy nem tud leválni, elszakadni, így minden kötődésben alárendelt szerepet játszik. Irrealitás és hűség egybefonódnak. C (-)

Az értelmezés teljességére rámutatva ugyanakkor mindenképpen már itt meg kell említenünk a telített reakciók jelenlétét, mely a mozgásszervi betegeknél is a m+! h+! válaszok többsége jellemző (Izd. 7. táblázat). A szélén a telített reakciók következtében felfokozódott mértékben jelenik a szeretet- és gyengédségigény a szeretve lenni érzésének a vágya, valamint a kapcsolati vektorban a megkapaszkodási és elfogadási igény, amely a túlzott mérték miatt bizonytalanság érzettel és szorongással telített.

Középen 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 állásfoglaló énje letiltja. Sokféle változatos funkcionális beszűkülés kapcsolatokban, 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 szélen kapcsolati szorongás az elfogadási igény, a szeretet és a gyengédség iránti extrém vágy található, miközben középen a kapcsolódási képtelenség, kontaktusképtelenség található.

7. táblázat. A telített reakciók táblázatos bemutatása

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

Az első helyen áll a hy-! reakció, ami az elrejtésnek, „elbújásnak”, a rejtegetésnek a faktora, ami arra utal, hogy az egyén ösztönkésztetéseit 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

A mozgásszervi betegek jellemző csoportos ösztönképlet:

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

A mozgásszervi betegek esetében a gyökértényezőik 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 megteveszt, mert valódi cselekvés nem történik. Válaszai merevek, nem dolgozza meg etikai válaszát, 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.

A mozgásszervi betegek jellemző csoportos latenciasor:

Phy-	: Schk-	: Sh+	: Cm+
2.2	1.44	1.27	1.07

A mozgásszervi betegek 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 elégtett, lappangó hiszteriform szükséglet, a ki nem élt szeretés, siker-és exhibicionálási vágy miatt kerültek ösztönvészbé. Jellemük és betegségük gyökere tehát: a rejtett hisztéria." (Szondi, 1942. 87 old).

8. Az irányfeszültségi hányados és a tüneti százalék

	IF átlag	Sy % átlag
Mozgásszervi betegek csoportja	1,9	31

Az irányfeszültségi hányados a normál övezetbe esik, a tüneti százalék éppen meghaladja a 30%-ot, ami minimálisan lépi túl a normál övezetet.

III. Megvitatás, összegzés

A két csoport összevetésekor megállapíthatjuk, hogy a C ösztönkörben mindkét 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 fegyelmélettséget kibírja, annak erre belső igénye van.

A csoportos ösztönosztály tekintetében mindkét vizsgálati csoport a Phy- ösztönosztályba tartozik. Mindkettő 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 csoportnál három ösztönosztály érintett, kevesebb szelep működik.

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

Vizsgálat egyik kiemelendő eredménye, hogy a két csoport agressziókezelésben és indulati életben tér el. A mozgásszervi betegekénél, mivel a csoport nagy része nőkből áll, úgy tűnik, hogy a nemi azonosulásukkal lenne probléma, mintha ellenazonosulásban lennének. Apával azonosulnak, férfi módjára működnek, kevésbé jelenik meg a náluk a női befogadás. A túlsúlyos csoport tagjai ezzel szemben főként női képet mutatnak.

A mozgásszervi csoport az ábeli képet nem mutatja meg, érzéseiket nem tudják 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 kielégítésre 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 felnőttél 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 éhatárok kialakulása előtt szolgáltat. Ha ez nem megfelelő módon történik, például 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 válaszára 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 ösztönkésztetésekkkel, 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 selfrendszerek rögzülhetnek. A kutatók ilyenkor két lehetséges útról számolnak be. Az egyik a nem –fejlődés: megerősítő válasz hiányában a testhez kötött affektusok nem alakulnak érzésekké, 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 fenntartandó 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, amelyik 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.

A mozgásszervi betegek a szeparáció-individuáció fázisában vannak, ebben a Mahleri szakaszban a libidinális megszállás lényegében áttolódik a gyorsan növekvő autonóm ego és funkciói szolgálatába, 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 anyjától, ami katalizálja énjének további fejlődését. Három egymással kölcsönösen függő folyamat járul hozzá az individuáció-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 feladatnak 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 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 családottságukkal való szembenézés az első pont ebben a folyamatban. Az egészségpszichológus az egészséggondozó 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.

IV. Kitekintés

Reinhardt Melinda (2007) tanulmányában felhívja a figyelmet arra, hogy a hatékony betegedukációs programok tervezéséhez és megvalósításához olyan orvosi-egészségpszichológiai-egészségszociológiai- 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 betegségrepresentációk 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 betegségdefinícióival együtt szükséges szemlélni. (Reinhardt, 2007, 180) Szakmai tapasztalataim is megerősítik ezeket a gondolatokat, hiszen munkám során szembesültem azzal, 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).

Megfogalmazódott bennem annak igénye is, hogy ezen eredmények ugyanazon munkahelyi közösség tagjaitól származnak, s azt gondolom a valós kép kialakításához kórházi környezetben is érdemes lenne megvizsgálni olyan egyéneket, akik ezekben a betegségekben az akut betegség folyamatában szenvednek, hogy bővíthessen ezen betegségek lelki dinamikájának ismerete is.

Irodalomjegyzék

- Az egészségfejlesztés alapelvei - az egészségfejlesztés nemzetközi alapküldokumentumai módszertani Füzet letöltve: 2010. 02.20. <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf>
- ANTALFAI M.(2007): Katarzisz 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
- CSECSEYNÉ 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 Pszichológiai 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: Lórik Eszter Az OEFI szerepe a Munkahelyi egészségfejlesztésben letöltve:2010 04.02.<http://www.oefi.hu/egfzak3.pdf>
- NOSZLOPI L. (1989) Sorselemzés és kísérleti ösztöndiagnosztika. Akadémiai Kiadó, Budapest
- PETZ, G. (1953) Triebstrukturanalyse bei Lungentuberkulösen. Szondiiana,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-linnaeus. 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

Melléklet:

/A táblázatban +/- jel a gyorsabb adatbevétel és a könnyebb adatfeldolgozás érdekében egyszerűsített formában X-ként van megjelenítve./

Túlsúlyos csoport

kód	h	s	e	hy	k	p	d	m
jő3740gv	+!	0	X	-!	-	0	0	+
	+!	+	0	-	X!	0	-	0
	+	+!	0	0	-	+	-!	+
	+!!	+	0	-!	-	0	-!	+
	+!	+	-	-	-	0	-	+
	+!	0	0	-!	-	0	-	+!!
	+!	+!	0	-	X	-	-	+
	+!!	0	0	-!	-	0	-	+!
	0	+	+	-!	-	0	-	+
	+!!	+	-!	-	-	0	0	+
DM3468GG	+	0	-	+	X	-	-	+
	-	-	+	-	+	-	0	+
	0	-!	0	0	-	X	-	+
	-	-	X	X	-	+	0	+
	-	-	0	-	0	+	0	+!
	X	X	0	0	-	0	0	+!
	0	0	X!	-	X	+	0	+
	+	X	0	+	+	+	-	-
	X	-	0	X	X	0	0	+
	+	-	0	X	+	-	X	0
KN2211FZ	+	0	0	0	X	-	X	+!
	+	-	-	0	X	0	X	+
	+	-	0	0	X	-	-	+!!
	+	0	X	0	0	-	-	+!
	0	-	X	-	X	0	-	+!
	+	0	X	0	-	-	-!	+!
	+	-	X	0	X	0	X	+
	0	-	+	+	-	-	-!	+
	+	-	0	0	-	-	X!	+!
	+	X	-	0	X	-	X	+
RS5500TD	+	+	0	-!	X	0	0	+

	0	X	+	-!	-	0	0	+!!
	0	+	0	-	-	-	X	+
	+	X	-!	-	-	0	X	+!
	0	+	-	-	X	0	0	+
	0	X	0	-!	X	-	+!	+
	0	+	0	-!	-	-	+	+!
	+	-	0	0	X	0	+	X
	0	+	-	-	-	0	X	+
	0	+	-	-	-	0	0	+!
ED3190PK	X	-	+	-	0	+	-!	0
	+	-	+	-!!	-	0	0	+!
	+	-	+	-!!	-	0	0	+!!
	+	0	0	-	0	X	-!	+!
	+	-	+	-	X	0	-!	X!
	+!	-	+	-!	0	+	-	X
	+!	0	+	-	-	0	-	X
	+!	0	0	-!	X	+	-!	+
	+	0	+	-!	0	0	-!	X!
	+	0	+	-	X	+	-!	+!
LA2530RS	0	-	-	-	X	+	+	+
	0	-!	0	-	X	+	0	X
	+	-!!	-	0	0	+	0	+
	+	-!!	0	X	-	+	0	X
	0	-	-	-	-	+	0	+!
	+	-!!	-	-	0	+	+	+
	+	-!!	0	0	-	+	+	X
	+	-	0	-	0	+	+	X
	X	-	-	0	-	+	0	+
	+	-	-	-	-	+	0	+!
rn2860UG	+	X	X	-	-	0	X	0
	+	+	+	-!	-	0	0	+!
	+	0	+	-!!	-	0	0	+!
	+	0	+	-	-	-	-	+!
	+	0	+	-	-	+	-	+
	0	X	0	-	-	-	+	+
	+	+	+	-	-	0	-	+!
	+	+	+	-	-	-	+	+!
	0	+	+	-	-	+	-	X
	+	+	+	-!	-	-	0	+

si3850HB	0	-!	+	-	-	+	+	0
	+	-	+	-	-	+	0	0
	+	-	+	-	-!	0	0	+!
	0	X	+	-	-!	+	-	+
	+	X	+	-	-	-	0	+
	+	X	+	-	-	-	-	+
	+	+	-	-	-	-	0	+
	+	+	0	-	-!	0	-	+!
	+	+	0	-!	-	-	-	+!
	+	-	0	-	-!	+	0	X
HN3300AL	+	0	X	-!	-	0	0	X!
	+	+	X	0	-!	0	+	-
	+	+	X	-!	-	0	0	+!
	+	+	-	-	-	+	0	+
	+	0	-	0	-	+	-	+
	+	+	-	0	-	-	-	+
	0	-	-	0	-	X	0	+!
	+	+	-	-	-!	0	0	+
	+	0	-	0	-	+	0	X
	0	X	0	X	-	0	X	+
NA3774KK	+!	+	+	-	-	0	-	0
	+	X	X	-!	0	0	-	0
	+!	+	0	-!	-	0	-	+!
	+	+	0	-!	-	+	-!	+!
	+	X	-	-	-	0	-	+!
	+	X	0	-	-	+	-	+
	+!	-	-	-	-	+	-	+
	0	X	0	-!	X	+	-!	+!
	+	-	0	-	+	+	-	+
	+	-	0	-	-	+!	-	+
RI3080OJ	X	-	0	-	0	+	-	+!
	+	-	X	-	X	0	-	+
	+!	X	-	-	X	0	-	+
	0	-	-	-	X	+	0	+!
	-	-!	-	0	+	+!	-	+!
	+	-!	X	-!	+	+	-	+
	+	-	-	-!	X	+!	0	+
	X	-	X	-	+	0	X	0
	0	-	X	0	-	+	-	+

	+	-!	+	-	+	+	X	X
G Andi	+	X	0	X	-	0	+	X
	+	-	0	-	X!	0	+	X
	+	X	+	-	-	0	0	+
	+	-	0	0	X	-	X	+
	X	0	+	-	-	0	0	0
	+	-	+	-	X	-	+	X
	+!	-	+	-	X	-	X	0
	+	X	0	-	-	0	+	X
	+	X	0	-	X	0	+	-
	X	0	+	-	-	0	0	0
H. Betti	+	-	X	-	-	+!	0	0
	+	X	0	-	-!	+	+	0
	+	X!	+	-	-	+	+	0
	0	X!	0	-	-!	+	+	0
	+	X	+	-	-!	+	0	0
	+	-	-	X	-	+	+	0
	0	-!	+	-	-!	+!	+	0
	0	X	0	-	-	+!!	0	-
	X	X	0	-	-	+!	+	0
	-	X	0	-	-	+!	+	0
H. István	+	X	0	-	-	-	+	0
	X	+	0	X	X	0	0	-
	-	+	X	-	-	0	+	+
	+	-	+	X	-	0	+	X
	-	-	+	0	+	0	X	X
	0	-	+!!	0	-	-!	+	+
	+	+	-	-!	-	0	+	+
	0	X	+	0	-	+	-	X
	0	X	X	0	-	+	X	X
	-	+	0	-	-!	+	0	+!!
GD4400XE	+	+	0	-!	X	+	-	0
	+	+	0	-!	X	0	0	X
	+	+	0	X	-	0	-	+
	+	+	X	-	-	0	0	-
	X	+	+	-	X	0	0	X
	+	+	0	-	-	+	-	-
	+	+	+	-	X	0	-	0
	0	+	X	-	-	0	-	+

	+	X	+	-	-	+	0	0
	0	+	+	-	-	0	-	+
0	32	21	55	27	11	62	48	25
_-	8	44	28	81	84	27	45	7
_!	0	7	2	26	11	1	11	0
_!!	0	4	0	3	0	0	1	0
_!!!	0	0	0	0	0	0	0	0
Össz: -, -!	8	55	30	110	95	28	57	7
_+	83	40	43	3	9	49	27	56
_+!	13	2	0	0	0	7	1	33
_+!!	3	0	1	0	0	1	0	5
_+!!!	0	0	0	0	0	0	0	0
Össz: +, +!,								
+!, +!!!	99	42	44	3	9	57	28	94
_+/-	11	30	20	10	33	3	16	21
_+/-!	0	2	1	0	2	0	1	3
Össz: +/-,								
+/-!,	11	32	21	10	35	3	17	24
Össz	150	150	150	150	150	150	150	150

Mozgásszervi betegek csoportja

kód	h	s	e	hy	k	p	d	m
IT3410SY	+	X	+	-!	-	0	-	+!!
	+	X	+	-	-	0	-	+!
	0	X	X	0	-	+	X	+!!
	0	-	+	-	-	+	-	+!
	+	X	-	-	-	+	0	X
	0	-	X	0	0	+	-	X
	0	X	0	0	-!	+	-	+!
	-	-!	+	0	-	+	0	+!!

	-	X	0	0	-	+	-	+
	-	-	+	+	-	+	-	X
EM4840NV	0	+	X	-	X	-	-	+
	+	X	X	0	-	-	-	0
	0	+	+	0	-	-	-	+
	+	-	+	-	-	-	0	+
	+	X	+	-	X	0	0	0
	+	+	+	X	-	-	-	+
	+	+	0	-	-	0	-	+
	X	+	+	-	-	0	-	0
	+	+	0	-	-	-	-	+
	+	X	0	-	X	-	-	+
GN3672JJ	+	X	0	-	X	0	+	-
	X	0	+	-	-	+	-	0
	+	X	-	0	-	0	X	+
	+	X	0	-	X	0	-	-
	+	+	+	-!	-	+	-!	0
	X	+	+	-	-	+	-	+
	0	+	0	-	-	0	X	X
	+	+	+	-!	-	0	-	-
	+	+	-	0	-	+	-!	-
	+	+	+	-	-	0	-	+
MN3740GV	+	-	0	-	-	X	-	+
	+	X	0	-	-	X	0	0
	+	X	0	-	-	X	0	0
	+	-	+	-	X	-	-	+
	-	+	+	-	-	-	0	+
	+	+	-	X	0	-	0	+
	+	X	X	-	+	-	0	0
	+	-	-	-	0	X	-	+
	+	X	-	-	-	-	+	+
	+	+	0	-	-	-	-	+
GD3300AL	0	X	X	-!	-	+	0	+
	+	X	0	-	-	0	X	+
	+	-	0	-	-	0	+	+

	+	!	-	!	0	-	0	0	X
	+	X	-	+	-	0	0	0	+
	+	X	-!	0	-	+	0	0	+
	+	X	-	0	-	-	0	0	X
	+	-!	-	0	-	+	+	+	+
	+	!!!	-	-	0	-	0	0	+
	+	-	-	-	-	0	+	+	+
AT4620VT	+	-	-	-	-	X	0	0	+
	-	X	0	-	-	+	0	0	+
	0	X	0	-	+	0	-	0	+
	+	-	0	-!	-	+	-	0	+
	+	-	+	-!	-	+	-	0	+
	0	-	+	-	-	+	-	0	+
	+	0	0	-	X	+	-	0	+
	0	+	0	-	-	-	0	0	X
	0	X	-	-	-	+	-	0	X
	-	X	+	-	-	+	-	0	+
LO4620VT	0	+	+	0	-	-!	0	0	X
	+	+	+	-	-	X	X	0	0
	+	+	+	-!	0	-	-	0	-
	+	+	X	-	+	-	0	0	-
	+	+	X	-	0	0	0	0	-
	+	+	+	X	-	0	0	0	-
	+	+	-	0	-	X	-	0	0
	+	+	-	-	X	0	0	0	0
	+	+	+	-	0	+	+	0	-!
	+	+	+	-	X	-	0	0	0
AB5060QQ	0	+	X	-!	0	+	+	0	X
	0	+	-!	-!	-	+	+	0	+
	X	+	-	X	-	+	0	0	X
	X	+	x	X	-	0	0	0	+
	X	+	-	-	-	0	+	0	X
	+	0	0	-!	X	+	-	0	X
	+	+	-	-!	-	+	-	0	X
	+	+	-	-	+	+	0	0	+

	-	+	-	-	+	+	0	+
	X	0	0	-	X	+	-	+
RR2420EA	+	-	+	-	-	+	-	0
	-	+	0	-	X	0	-	+
	+	+	-	-	+	0	-	+
	0	X	+	+	-	0	-	-
	-	-	X	-	X	+	0	+
	0	-	X	-	+	+	-	+
	+	-	X	-	X	+	0	-
	-	-!	+!	0	0	+	0	X
	0	-	+	-!	-	+	0	-
	-	0	+!	-	-	+	-	-
TA3366FF	X	+	0	-	-	+	+	-
	+	+	-!	+	0	-	+!	-
	+	+	-	-	+	X	+	-
	+!!	+	+	-!	-	0	0	-
	+!!!	+	-	-!	-	0	+	0
	+!	0	-	-	X	-	+	-
	+!!	+	0	-!!!	-	0	+	-
	+!!!	+	0	-!!	-	-	0	0
	+!	+	0	-	-	-	+	-
	+	+	-	-!	-	-	+	0
IT4620VT	0	X	0	-	X	-	0	+!!
	0	X	0	0	-!!	+	+	+
	0	X	-	-	-	+	+	+
	0	0	-	X	-!	+	0	+!!
	-	-	0	0	0	+!!	0	+
	-	-	+	0	-	0	+	+!
	0	-	+	-	-	+	+	+!
	-	-	0	0	-	+	+!	+!
	-	-	0	-	-	+	+	+!
	-	-	0	-	-	+!	+	+!
NT5390RS	+	-	0	-	-	-	0	+!!
	+	+	0	-	-	-	-	+
	+	+	0	-!!	-	+	-	+

	+	+	-	X	-	0	-	+
	+	+	0	-!	-	0	0	+
	+	X	+	-	X	0	-	0
	+	+	0	-!	X	0	-	+
	+	-	-	-!	-	0	0	+
	+	+	-	-	-	0	-	X
	+	+	0	-!	-	0	-	-
HN3774KK	-	X	0	0	0	X	-	+
	-	0	-	-	X	+	0	X
	+	0	-	-	0	+	0	+
	+	+	+	-!	X	0	-	+
	X	0	+	-!	-	0	-	+
	-	+	+	-	X	0	-	+
	+	0	-	-!	-	+	-	+
	+	0	0	-	X	+	-	+
	0	0	+	-	X	-	-	+
	X	+	+	-	-	0	-	+
MK5060QO	+	+	0	-!	-	0	+	+
	+	+	-	-	-	0	+	0
	+	0	0	-!!!	-	0	+	0
	+	0	-	-	-	+	+	+
	+	+	-	-	-	+	-	+
	+	-	0	-!	-	+	+	+
	+	0	-	-!	-	+	+	+
	+	0	-	-!	X	+	+	+
	+	-	X	-!	0	0	0	+
	+	-	X	-!	X	0	0	+
VL4386BB	+	X	X	-	0	0	X	-
	+	X	+	-!	-	0	0	+
	+	X	X	-!	-	0	0	+
	+	X	0	-	-	+	-	+
	+	+	+	0	-!	0	-!	+
	+	+	0	-	0	+	-!	+
	+	-	+	-	-	0	-	+
	+	X	+	-	-	-	0	+

	+	+	0	-	-!	0	-	X
	+	+	-	-	-!	0	-	+!
0	24	17	46	23	15	53	47	19
_-	19	31	40	82	96	28	62	21
_!	0	4	3	27	5	1	3	0
_!!	0	0	0	5	1	0	1	1
_!!!	0	0	0	2	0	0	0	0
össz: -, -!	19	35	43	116	102	29	66	22
_+	71	58	41	4	8	56	28	58
_+!	17	4	3	0	0	2	3	25
_+!!	6	0	0	0	0	1	0	8
_+!!!	3	0	0	0	0	0	0	0
össz: +, +!,								
+!, +!!!	97	62	44	4	8	59	31	91
_+/-	10	36	17	7	25	9	6	18
_+/-!	0	0	0	0	0	0	0	0
össz: +/-, +/-!,	10	36	17	7	25	9	6	18
Össz	150	150	150	150	150	150	150	150