

EMBER-KÖRNYEZETI JÁTÉKELMÉLETI MODELL

Kopp Mária

egyetemi tanár, tudományos igazgatóhelyettes,
Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet
koppar@net.sote.hu

Prékopa András

az MTA rendes tagja, egyetemi tanár,
Eötvös Lóránd Tudományegyetem
Operációkutatási Tanszék

Bevezetés

A testi-lelki egészség feltétele, hogy össze tudjuk hangolni a környezeti elvárásokat és pszichológiai céljainkat, miközben testi, fiziológiai egyensúlyunkat is folyamatosan fenntartjuk. Ez a kettős, egymásra épülő szabályozás a modern, civilizált feltételek között sokszor csak igen nehezen biztosítható. Az emberiség életfeltételei az utolsó kétszáz évben alapvetően megváltoztak, és a változások során az emberi alkalmazkodóképesség, az emberi agy információfeldolgozási korlátait egyáltalán nem vették figyelembe. A cél a technikai fejlődés, az anyagi javak felhalmozása, és nem az emberi „jól-lét, egészség” megvalósítása.

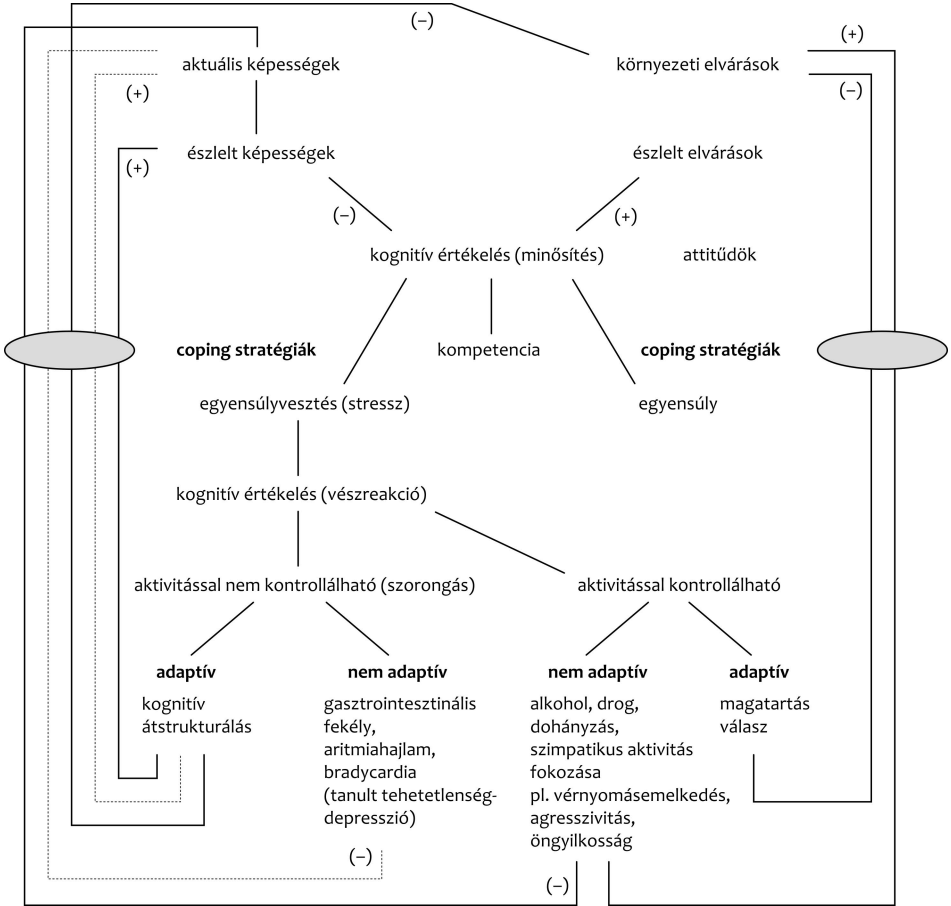
A modern, civilizált életforma folyamatosan termeli azokat a helyzeteket, amelyekben a környezeti elvárások teljesítése közben a pszichológiai és fiziológiai egyensúly csak igen nehezen tartható fenn. Ezért is nevezik a pszichés eredetű testi tüneteket, megbetegedéseket civilizációs megbetegedéseknek. Így például a bölcsődében nevelt kisgyermek anyjukat csak betegséggel társítva kapják meg, ha megbetegsznek, anyjuk otthon marad velük. Tanulásméleti alapelv, hogy néhány társítás egy igen erős pozitív vagy negatív ér-

zelmi ingerrel már tanult szervi választ eredményez. Kimutatták, hogy az immunrendszer működését patkányoknál befolyásolni lehet például cukortartalmú ital adásával. A kisgyermek számára az anyával való együttlét a legnagyobb jutalom, a legerősebb pozitív inger, és ha ezt betegséggel társítjuk, várhatóan az immunrendszer megtanul betegséggel válaszolni az enyhe fertőzésekre is. Ezeket a folyamatokat, amelyeknek a hatásait az emberi alkalmazkodóképességre eddig alig vették figyelembe, meg kell ismernünk ahhoz, hogy ne csupán áldozatai, de alakítói lehessünk az emberközponitú fejlődésnek.

Ember–környezeti játékelméleti modell

Az ember és a környezet közötti kölcsönhatás időben lejátszódó folyamat, amely az evolúció során folyamatosan biztosította az emberiség fennmaradását, és minden egyes ember életében a születéstől a halálig jelen van. Az ember–környezet rendszer magatartást szabályozó játékelméleti modelljének sémáját az *1. ábra* mutatja.

Életünk minden éber percében döntünk, hogy képesek tartjuk-e magunkat az adott környezeti elvárások teljesítésére, hogy korábbi tapasztalataink, a memóriánk-



1. ábra • A magatartás szabályozásának játékelméleti modellje az ember-környezet rendszerben

ban tárolt információink alapján képesek vagyunk-e az adott helyzet megoldására. Az egyik játékos tehát a környezet, a másik a személy. Valójában nem az objektív elvárások és saját valódi képességeink összhangját vizsgáljuk, hanem mindig azt, amit ebből észlelünk. Az ép személyiség jellemzője, hogy reálisan méri fel saját képességeit és a környezet felé irányuló elvárásait. Az érzelmi, magatartási zavarok szempontjából alapvető, hogy mennyire reális az adott élethelyzetek minősítése, szubjektív értékelése. A kognitív értéke-

lés annyit jelent, hogy a helyzet megoldására rendelkezésünkre álló, észlelt képességeinket összevetjük az észlelt környezeti igényekkel, és korábbi tapasztalataink alapján döntünk, képesek vagyunk-e a helyzet megoldására.

Néhány gyakorlati példán vizsgáljuk meg, milyen széles skálán mozoghat az adott helyzet kognitív értékelése. Egy önmagával szemben igen magas elvárásokat támasztó, enyhe depresszióban szenvedő egyetemi hallgató beszélgetés közben egy idegen szót tévesen ejt ki. Az önmagával szemben támasztott elv-

rásokhoz képest súlyosan negatívan minősíti az eseményt, a kínzó élmény emléke alvás-
varral, vegetatív tünetekkel, önvádlásokkal
napokig foglalkoztathatja. Egy szorongó be-
teg számára az a környezeti igény, hogy be-
menjen vásárolni a sarki közértbe, súlyosan
veszélyeztető helyzetnek minősülhet. Testi
tüneteket, mint az enyhe aktiváltságot, egy
kávé elfogyasztása által kiváltott vegetatív
reakciókat a szorongó, ún. pánikbetegek –
általában korábbi életesemények, haláleset
hatására – katasztrófa előjelének, súlyos beteg-
ség tünetének minősítik. Más betegségekben
a valóban súlyos tüneteket nem észleljük, és
nem minősítjük betegség jeleként, ez jellem-
ző egyes tumoros megbetegedésekre. Labilis
hipertóniában a belső testi érzetek érzékeny-
ségi küszöbének emelkedését írták le, aminek
következtében később érzékeli, később mi-
nősíti kórosnak a beteg a vérnyomás emelke-
désével együtt járó belső, testi (viszcerális)
érzeteket. Ezzel szemben az ún. kardiális zo-
rongás szindrómában a viszcerális érzékelési
küszöb csökkenését írták le. Antiszociális sze-
mélyiségzavar esetén a súlyosan antihumánus,
gyakran bűnöző magatartást sem minősíti
negatívan az elkövető.

Mitől függ, hogy képesnek érezzük-e
magunkat az adott helyzet megoldására? Mi-
hez viszonyítva tartjuk sikeresnek vagy siker-
telennek saját magunkat? Magunkról alkotott
képünk, önképünk a környezeti visszajelzések
hatására alakul folyamatosan, ezek szerint a
visszajelzések szerint minősítjük saját magun-
kat. A szocializáció, a komplex tanulási folya-
mat egésze során alakul az is, hogy milyenek
szeretnénk lenni, milyenné válik az ún. *én-
ideálunk*, milyen értékeket fogadunk el, me-
lyekkel tudunk azonosulni. Minden egyes
élethelyzetben énídeálunkhoz viszonyítjuk,
hogy meg tudunk-e felelni a saját magunkkal

szemben támasztott elvárásoknak. Ha valaki
irreálisan sokat követel saját magától, és azt
minden részletében tökéletesen akarja meg-
oldani – teljesíthetetlen feladatok elé kerülhet,
állandóan negatívan minősíti saját magát. Ha
az ember környezetétől valamilyen ideális
magatartást vár el, a valóság ritkán felel meg
az elvárásoknak. Nem az a baj, ha valaki túl
magas teljesítményt vár el saját magától, ha-
nem az, ha képtelen az önmagával szemben
támasztott elvárások teljesítésére.

Kompetenciának (Kopp et al., 1978; Kopp,
1980, Bandura, 1988) nevezzük a sikeres, ered-
ményes, célirányos viselkedés élményét és
igényét, a saját helyzetünk feletti kontroll ké-
peségét. Ez a legáltalánosabban megfogal-
mazott optimalizálási alapelv, amelyre az
ember magatartási döntéseiben, az ember-
környezet közötti játékelméleti modell szerint
törekszik. Ennek alapján leírhatjuk a környe-
zeti ingerfeltételek és a lehetséges pszichofiz-
iológiai állapotok „veszteség”-mátrixát, ami a
különböző szorongásos kórképek kialakulá-
sában meghatározó szerepet játszik.

A személyiségfejlődés során alakul ki az
az értékrendszer, amely szerint egyes élethely-
zetekben önmagunkat, illetve környezetün-
ket minősítjük. A magatartásszabályozás
egyéni mintái a szocializáció során alakulnak
a jelentős személyek, alapvetően a szülők
helyeslésének – helytelenítésének erőterében.
A kialakuló, megszilárduló magatartásmintá-
kat elsősorban az határozza meg, hogy a
büntetés–jutalom hogyan, milyen szempon-
tok szerint, illetve fogalom párokban jelenik
meg a személy számára. Így például a demok-
ratikus léghkőrű család az önálló kezdeménye-
zést jutalmazza, az önállótanságot bünteti,
ezzel szemben a tekintélyelvű környezet a
gyermeket azért jutalmazza, ha akaratát min-
denáron alárendeli a szülők utasításának, s

éppen az önálló kezdeményezést bünteti. Az első esetben az önállóságot, a második esetben a feltétlen engedelmességet tekintheti legfontosabb értéknek az ilyen környezetben nevelkedő gyermek. A gyermek legtöbbször a szociális tanulás során, az általa szeretett személlyel való azonosulással, utánzással tanul. Ebben a folyamatban van alapvető jelentőségük a kora gyerekkori hatásoknak, majd később a tágabb környezetnek. Amennyiben a gyermek, a fiatal nem azonosul a környezete által képviselt értékekkel, számára a kortárs csoport vagy éppen a gyerekkori minták felrúgása válhat magatartása mozgatórugójává. A gyermek a szülők, a környezet, a közösség által képviselt értékekkel azonosul, amennyiben ezek mintaként jelennek meg számára. Így az egyén vagy közösségek, kultúrák jó–rossz dimenziói jelentősen eltérhetnek egymástól.

A korábbi évszázadok során a fizikai életben maradás, életfenntartás, családfenntartás voltak az alapvető optimalizálási elvek, amelyek az emberiség tömegeinek magatartását meghatározták. A xx. század technikai fejlődése következtében a civilizált országokban ez már nem szükségszerű. Ugyanakkor megszűnt az értékek átadásának korábbi kötött rendje, közösségi formái. A falu, a kisváros közösségében a család, a nagycsalád, a kortársak visszajelzései alapján alakult ki a fiatal énképe, a nagycsaládban találta meg a követhető példákat énídeálja alakításához, az ún. szociokulturális azonosuláshoz. Ma ehelyett a tömegkommunikáció, a videó társaságában úgy érzi, közösségben van, miközben valójában izolált. Ezt a passzív „társaságot” maga választja meg a gyermek, nem kap visszajelzést, így számára „jó”-vá, értékévé szinte kizárólagosan a minél több élvezet fogyasztása válhat. A különböző értékrendszerrel, jó–rossz dimenzióval rendelkező emberek, különböző

kultúrákhoz tartozó csoportok közötti konfliktusok oka gyakran az, hogy ugyanazokat a fogalmakat másképpen értik, mást értenek kompetenciaoptimalizálás alatt. Míg egy amerikai üzletember számára az üzleti sikeresség, egy indiai fakír számára a testi működések feletti minél teljesebb kontroll lehet a kompetenciaoptimalizálás alapvető célja.

A pszichés és élettani jelenségek kapcsolódási pontja

Az ember és környezete közötti kölcsönhatás egyik legdrámaibb vizsgálata során krónikus beteg, illetve egészséges gyermekek édesanyjai körében vizsgálták, hogy ez a nagyon súlyos környezeti hatás hogyan hat a sejtszintű öregedés folyamatára. Az édesanyák minden más szempontból egymás ún. szociális ikerpárjai voltak, ugyanakkor az egyik csoport nyilvánvalóan igen súlyos, éveken át tartó stresszhelyzetben élt, hiszen egy édesanya számára a beteg gyermek ellátása, ennek a helyzetnek a feldolgozási nehézsége folyamatos súlyos adaptációs többletterhet jelent. A vizsgálat eredményeként azt állapították meg, hogy a beteg gyermekek édesanyjainál szignifikánsan alacsonyabb telomeráz-aktivitás és szignifikáns telomera-rövidülés volt kimutatható, ami 9–17 évvel idősebb sejtszintű öregedésnek felelt meg az egészséges gyermekek édesanyjaihoz hasonlítva. Igen érdekes azonban, hogy a sejtszintű öregedés értéke igen nagy szórást mutatott közöttük is, és ennek mértéke az észlelt stressz szintjével volt kapcsolatban. Azok az édesanyák, akik helyzetüket folyamatosan kínzóknak minősítették, sokkal gyorsabban öregedtek, mint akik el tudták fogadni ezt az igen nehéz élethelyzetet is. (Epel et al., 2004; Falus et al., 2010)

A pszichés és élettani jelenségek, a pszichofiziológia alapvető kapcsolódási pontja az a

mozzanat, amelyre a fenti példa rámutat, hiszen a környezeti hatások csupán a belső minősítésen keresztül eredményezhetnek testi tüneteket. Ha egy helyzetet veszélyesnek minősítünk, vészreakcióval reagálunk – függetlenül attól, hogy a helyzet mennyire veszélyes, vegetatív válaszok sora alakul ki. Így a munkahelyi főnök igazságtalan megjegyzése ugyanolyan valós élettani ártalommmá válhat, mint a súlyos testi sértés.

Igen lényeges, hogy döntéseink során észlelt képességeinket és az észlelt környezeti elvárásokat vetjük össze. Az előbb felsorolt példák rávilágítanak, milyen jelentős eltérés lehet mindkét oldalon. A valódi környezeti elvárások és az észlelt elvárások közötti különbségek számtalan példáját tapasztalhatjuk a gyermek–szülő, a házastársi és párkapcsolatok zavaraiiban. Például amikor a feleség úgy gondolja, hogy a tökéletesen rendezett lakást várják el tőle, miközben a házastársa inkább kikapcsolódni szeretne. A szülők gyakran nem valódi teljesítményt, hanem az iskolai eredményességet várják el a gyerektől. A kettő természetesen szerencsés esetben egybeesik, de nem feltétlenül. Ha a gyermek elfogadja ezt az elvárást, önmagát mindig a külső elismerés szerint fogja értékelni. A mai iskolarendszer termeli az ilyen „külső kontrolltól” függő embereket.

Saját képességeink megítélése is jelentősen eltérhet a realitástól, vagy úgy, hogy a valóságosnál kevesebbre értékeljük önmagunkat, vagy irreálisan felértékeljük saját képességeinket, és ebben az esetben a környezet jelez vissza, büntet. A személy és környezete közötti reális információátadás és -átvétel a kommunikációelmélet és gyakorlat tárgya.

A magatartás-szabályozás alapkérdése, hogy döntéseinket mihez viszonyítjuk, milyen tényezőktől függenek, mennyire reálisak.

Ha valaki számára az alapvető érték az önérvényesítés, bármilyen magasztos ideológiát is csupán saját céljai megvalósítása érdekében fog felhasználni. Nem is feltételezi, hogy mások másfajta értékrendet, az emberiség életben maradása szempontjából alapvető értékeket őszintén képviselhetnek.

Stresszmodell: a helyzetek feletti kontroll szerepe magatartási döntéseinkben

A stressz kifejezést ma a legáltalánosabb értelemben használjuk, az ember és környezete közötti kölcsönhatás folyamatában az újszerű magatartási választ igénylő helyzeteket stresszhelyzetnek nevezhetjük. Szűkebb értelemben csak azok a helyzetek minősülnek stresszhelyzetnek, amelyeket aktivitással kontrollálhatatlannak, megoldhatatlannak minősítünk. Selye János nevéhez fűződik a stresszkonceptió leírása (Selye, 1976). Selye szerint nem specifikus károsító hatásokra a szervezet azonos módon, az általános adaptációs szindrómával reagál. Ennek három szakasza:

- az alarm vagy vészreakció,
- az ellenállás fázisa,
- majd a kimerülés állapota.

Az első fázis nem csupán nem káros önmagában, hanem mind a fizikai, mind a pszichológiai fejlődés alapvető feltétele. Mint Selye mondta, a stressz az élet sója, hajtóereje. A mai világ egyik súlyos következményekkel járó jelensége, hogy a fiatalok többségében nem alakul ki eléggé a nehézségekkel való megbirkózás képessége, mert nincsenek kitéve elég kihívásnak, főleg fizikai értelemben. A múlt század első felében még természetes volt a gyermekek többsége számára, hogy a kútra jártak vízért, kilométereket gyalogoltak az iskolába. Ma ehelyett gyakran „csomagként” szállítják őket a szülők egyik helyről a másikra, és csak a sport pótolhatja a hiányzó

fizikai kihívásokat. Az egykeként felnövő, minden igényüket leső családba születő gyerekek pszichológiai kihívásokkal sem találkoznak első éveikben, így később nagyon könnyen összeroppannak, ha az iskolában vagy a munkahelyen, párkapcsolatban nehéz helyzeteket kell megoldaniuk.

A stressz tehát alapvető a fejlődéshez, ha folyamatosan képesek vagyunk megbirkózni a nehézségekkel. Ezért a megbirkózás, *coping*, a stressz ikerfogalma, a stresszelmélet egyik legfontosabb összetevője. Fentiekből nyilvánvaló: *a stressz akkor válik kórossá, ha nem vagyunk képesek megbirkózni az újszerű, veszélyeztető helyzettel, illetve a krónikus stressz, a kimerülés fázisa egyértelműen károsító hatású.*

A modern stresszelmélet kulcsfogalma a kontrollvesztés, hiszen a nehéz helyzetek, a kihívások akkor válnak károssá, ha megoldhatatlannak, kontrollálhatatlannak minősítjük azokat. A kontrolligény összetett pszichológiai jelenség. Beszélünk a kontroll külső és belső dimenziójáról. Vannak emberek, akik szívesen engedik át a kontrollt a környezetnek, a „másik játékosnak”, szülőnek, partnernek, főnöknek. Így csökken a döntéssel járó felelősségük, de nagyobb a veszélye annak, hogy nem tartják saját kezükben sorsuk irányítását. A belső kontroll azt jelenti, hogy általában úgy gondoljuk, az események saját döntéseinktől függenek. Ez bizonyos reális határok között előnyös, azonban károssá válhat akkor, ha olyan esetekben is magunkat tartjuk felelősnek, ha az események már nem rajtunk múlnak. Ilyen helyzet az, ha az orvos nem tudja elfogadni betege halálát, önmagát vádolja, még akkor is, ha valóban mindent megtett a gyógyulás érdekében. Mindannyiunknak meg kell találnunk a kontrolligény optimális szintjét, és el kell fogadnunk azt, amin nem tudunk változtatni. A kimerülés állapotának,

a krónikus stressznek egyik legnyilvánvalóbb példája a segítő foglalkozásúak kiegyensúlyozatlansága, ami annak következtében alakul ki, ha az orvos az orvos–beteg találkozásokat frusztrációként éli át.

A stressz három összetevője

Mivel a stresszt mint fogalmat a mindennapi életben is igen gyakran és különböző értelemben használják, fontos meghatározni a stresszfogalom három összetevőjét. Ezek:

- a stresszorok, a veszélyeztető környezeti hatások,
- az élettani és pszichológiai stresszreakciók,
- az egyén pszichológiai adottságai, vonásai.

A stresszorokat leginkább azokkal az élet eseményekkel – külső körülményekkel – vizsgálhatjuk, amelyek a legtöbb ember számára negatív következményekkel járnak, amikor az ember–környezet egyensúly a legnagyobb valószínűséggel borul fel. A legismertebb életesemény-skála a Richard Rahe (1990) által összeállított életesemény kérdőív, amely egyrészt arra kérdez rá, hogy megtörtént-e az adott életesemény az elmúlt évben, majd arra, hogy mennyire volt érzelmileg megterhelő. A legsúlyosabb életesemény egy közeli hozzátartozó halála, de például a gyermek születése vagy a házasságkötés is különböző mértékben stresszornak minősül. Igen nagy egyéni különbségek mutathatóak ki a pszichológiai és élettani stresszreakciókban, vannak, akik igen intenzív vegetatív válaszmintát mutatnak, közben érzelmileg kevésbé élik át a stresszreakciót, de a fordítottja is gyakori.

A harmadik összetevő magyarázza, hogy ugyanaz az életesemény, stresszor az egyik ember számára elviselhetetlen, kontrollálhatatlan helyzet, míg a másik kifejezetten kellemesnek, kívánatosnak tartja. A szélsőséges, veszélyes sportok kedvelői egy ejtóernyős ug-

rást élvezetesként élnek át, míg mások számára maga a repülés is szinte elviselhetetlen élmény. Egy vizsgálat például kimutatta, hogy az infarktuson átesett betegekkel nem fordult elő több súlyos életesemény a betegséget megelőzően, mint a kontrollnépesség körében. Ebből arra következtettek, hogy a stressz nem kockázati tényező az infarktussal kapcsolatban. Mi a buktató ebben a gondolatmenetben? Azt feltételezi, hogy ugyanaz az életesemény ugyanúgy hat mindenkire, pedig éppen ebben van rendkívüli különbség az emberek között. Később további vizsgálatok megcáfolták az előző eredményeket is, az infarktust megelőzően igen gyakoriak a súlyosan negatívan minősített életesemények.

A megbirkózás, az adaptív attitűdök és a társas támogatás

A stressz ikerfogalma a megbirkózás (coping), mivel az, hogy egy nehéz, újszerű élethelyzet milyen reakciókat vált ki, alapvetően az egyén megbirkózási készségeitől függ. Fontos hangsúlyozni, hogy az ember esetében nem egyszerűen alkalmazkodásról van szó, hanem arról, hogy céljaink megvalósítása során hogyan tudunk megküzdeni a nehézségekkel, ezt nevezzük *allostázisnak*. Ha kialakul a sikeres megküzdés, megbirkózás képessége, egyre nehezebb célokat tűzhetünk ki magunk elé, és az eredményesség élménye fokozza énerónket, kompetenciaélményünket, hatékonyságunkat.

Az ember–környezet egyensúlyának fenntartását biztosító, a kontrollvesztés valószínűségét csökkentő legfontosabb tényezők:

- célravezető (adaptív) megbirkózási, konfliktusmegoldási stratégiák (Folkman – Lazarus, 1980);
- célravezető, adaptív attitűdök, beállítottság;
- a társas támogatás, szociális háló.

Célravezető (adaptív) megbirkózási, konfliktusmegoldási stratégiák

A magatartás szabályozását bemutató *I. abra* szerint mind a magatartási viselkedésminták, mind a kognitív visszacsatolás jellege az egyén konfliktusmegoldó képességét, coping stratégiáját jellemzik. A megbirkózási módokat egyrészt az adaptív – nem adaptív dimenzió mentén osztályozhatjuk, másrészt a megbirkózási készségeknek három fő formájuk van:

- a problémamegoldó,
- az érzelmi
- és a támogatást kereső formák.

Az ember–környezet rendszer játékelméleti modelljének alapsémájában egyensúlyvesztés esetén az egyensúly helyreállítására egyrészt magatartási válaszok segítségével törekedhetünk. Az adaptív konfliktusmegoldás, *problémamegoldás* egyik formája, ha a nehéz helyzetben magát a situációt próbáljuk megváltoztatni, tehát magatartási választ adunk. Ilyen az, ha állást cserélünk, mert nem ez a képességeinknek, érdeklődésünknek megfelelő munkakör. A gondolkodási–érzelmi egyensúly helyreállításának másik lehetősége a kognitív sémák, tehát a helyzet értékelésének, minősítésének befolyásolása – ezért váltak a kognitív viselkedésterápiák a pszichés eredetű testi zavarok kezelésének alapvető módszereivé. Ha a helyzetet megoldhatatlannak minősítjük, az adaptív módszer az újraértékelés, a kognitív átstrukturálás. A kognitív átstrukturálás mint konfliktusmegoldási stratégia azt jelenti, hogy nehéz élethelyzetből más emberként kerülünk ki, pozitív értelemben véve, azaz hogy a krízishelyzetekből a személyiségfejlődés magasabb fázisába képes jutni az ember. A kognitív átstrukturálás képessége fontos szerepet játszik az érzelmi funkciózavarok megelőzésében és kezelésében.

A konfliktuskezelés döntési folyamatát elemezve megállapíthatjuk: a döntés meghozatalához az *érzelmi* feszültség csökkentésére kell törekednünk, megeremtve a döntéshozatal belső, pszichológiai feltételeit. Alkalmassá kell válnunk a probléma elemzésére és a probléma okának befolyásolására, a kontroll megszerzésére. Az érzelmi konfliktusmegoldási módok akkor adaptívak, ha nem ismerjük eléggé a problémát, nem érezzük magunkat alkalmasnak a helyzet feletti kontrollra. Tehát például egy nagyon súlyos, érzelmileg elviselhetetlennek érzett helyzetben, mint egy hozzátartozó halála, igen nagy szükségünk van az érzelmek elengedésére, a sírásra, akár jajgatásra. Falvakban még ma is él a „sírató” szokása, és ezzel a gyász feldolgozását jelentősen megkönnyítik. A legveszélyesebb nem adaptív konfliktusmegoldási kísérlet az, ha valaki nehéz élethelyzetben eszik, iszik, gyógyszer szed, és így próbálja elviselni a helyzetet. A konfliktushelyzetek válhatnak ilyen nem adaptív stratégiák következtében az önfeladó, önkárosító magatartás kiindulópontjává, ugyanakkor a krízisek, konfliktusok a személyiségfejlődés legfontosabb hajtóerői, ha képesek vagyunk azok adaptív megoldására.

A *támogatáskérés* is fontos konfliktuskezelési mód, ezzel a környezeti elvárásokat tudjuk megváltoztatni. A nők inkább hajlamosak ezt választani. Részben ezzel magyarázzák a férfiak és nők egészségi állapotának, halálozási arányainak különbségét. Betegség, panasz esetén a nők hamarabb fordulnak orvoshoz is. Különösen a tradicionális kultúrákban nem tekintik „férfias” magatartásnak a segítségkérést, még súlyos problémák esetében sem.

Célhvezető, adaptív attitűdök, beállítottság

Aaron T. Beck (1976) kognitív depresszió elmélete szerint a szorongás, depresszió szem-

pontjából veszélyeztetett személyeket magas ún. diszfunkcionális attitűdértékek jellemzik. Ezek az attitűdök, beállítottságok a külső kontroll kivételével csak az egyén számára károsak, ha nem képes megfelelni a saját maga vagy környezete felé támasztott fokozott elvárásoknak, a társadalom fejlődése szempontjából igen fontos hajtóerőt jelentenek. A nevelők, a szülők nagy súlyt fektetnek ezeknek az attitűdöknek, különösképpen a teljesítményigénynek az erősítésére, jutalmazására. Sok esetben a szorongás, depresszió hátterében a fokozott, irreális szülői, nevelői elvárások és a gyermek képességeinek ellentmondása áll. A hét ún. diszfunkcionális attitűd a következő:

- Külső elismerés igénye: az az elvárás, hogy teljes mértékben megfeleljünk a környezetünk igényeinek. Ha valaki helyteleníti magatartásunkat, kicsinylő megjegyzést tesz, ezt igen negatívan értékeljük.
- Szeretettségre igénye: mindenki által elfogadottnak szeretné tudni magát, ha ez nem történik meg, negatívan minősíti saját magát.
- Teljesítményigény: önmagától és másoktól is igen nagy teljesítményt követel, szenved, ha nem tud ennek megfelelni.
- Perfekcionizmusigény: mindent minden részletében tökéletesen szeretne megoldani. Ha ez nem sikerül, elégedetlen önmagával vagy környezetével.
- Jogos elvárások a környezettel szemben: környezetétől ideális, de nem reális magatartást vár el; ha nem kapja meg, szenved.
- Omnipotencia-igény: mindenért felelősnek érzi magát, akkor is, ha nem képes a helyzetek megoldására. Orvosokra, pszichoterapeutákra gyakran jellemző.
- Külső kontroll, külső meghatározottság attitűd: úgy érzi, a helyzetek történnek

vele, nem saját maga irányítja sorsát. Ellentéte az autonómia, önállóságra való beállítottság.

A szorongó betegek egy hányadának egyik alapvető jellemzője, hogy egyszerre jellemzi őket nagyfokú teljesítmény- és perfekcionizmusigény, amelynek nem képesek megfelelni. Így tehát amikor aktuális énjüket éniideáljukkal összevetik, nem érzik kompetensnek, negatívan értékelik saját magukat. A terápia célja nem az attitűdök megszüntetése, csupán a reális helyzethez való közelítése. A szorongás és depressziós tünetek kognitív viselkedésterápiájának egyik alapvető célja a káros beállítottság korrigálása. A magatartásorvoslás egyik fontos célja az egyén képességeinek megfelelő értékek, attitűdök kialakítása.

Egészségi kockázati szerepe miatt különösen nagy jelentőségű az ellenségesség (hossztilitás) attitűdje, amely fokozza a kontrollvesztés valószínűségét, hiszen az ember–környezet játszmában a környezetet eleve ellenségesnek tételezi a személy. Az ellenséges beállítottság azt jelenti, hogy az embereket általában aljasnak, önzőnek minősítjük, akik csak ki akarják használni a többieket, és úgy gondoljuk, hogy legbiztosabb nem bízni senkiben. Ilyen lelkiállapotban a nehéz helyzetekben sokkal inkább érezzük magára hagyottnak saját magunkat, így érthető, hogy a stresszhelyzetekre nagyobb valószínűséggel reagálunk kontrollvesztéssel. Az ellenséges beállítottság ellentéte a bizalom, ami a társadalmi tőke legfontosabb jellemzője. Ez magyarázza, hogy a bizalom, társadalmi tőke igen jelentős egészségvédő tényező. (Skrabski, 2003; Skrabski et al., 2003). Az ellenséges beállítottság valamennyi önkárosító magatartásformával – dohányzás, kóros alkoholfogyasztás – igen szoros kapcsolatban van, és jelentős kardiovaszkuláris rizikófaktor. Az

ellenségesség legfontosabb és legkárosabb összetevője a cinizmus attitűdje. John Barefoot (1983) vizsgálatai a Harvard Egyetemen végzett orvostanhallgatók között mutatták ki, hogy a végzéskor átlagnál magasabb ellenségességgel jellemezhető hallgatók közül 25 év után 13% halt meg, míg az átlagnál kevésbé ellenséges hallgatók közül csak 3%. A többi veszélyeztető tényező szerint kontrollálták az adatokat, tehát ez a különbség egyértelműen az ellenségességgel volt kapcsolatban.

Társas támogatás, szociális háló

Az ember–környezeti játékelméleti modell másik fontos szereplője a társas kapcsolatok minősége. Ugyanaz a helyzet, amelyet magunktól nem tudunk megoldani, külső segítséggel, valódi kapcsolatok segítségével elviselhetővé vagy megoldhatóvá válik. A leg súlyosabb élethelyzetet is könnyebb elviselni szerető, odaforduló környezetben, ezt nevezük társas támogatásnak, szociális hálónak. A társas támogatás egészségvédő szerepe igen szoros kapcsolatban áll a korai kötődés és a kötődéselmélet pszichobiológiai elméletével. A társas támogatás légkörének kialakítása a nagy orvosegynéviségek egyik alapvető „titka”. A társas támogatás, az odaforduló, elfogadó magatartás az orvos vagy környezet részéről a beteg fizikai állapotát sokszor nagyobb mértékben befolyásolja, mint a terápia többi komponense. A pszichoterápia egyik legfőbb nem specifikus, módszertől független hatótényezője az ún. feltétel nélküli elfogadás, odafordulás.

Tanult tehetetlenség, depresszió

Az eredeti, Selye-féle stresszkonceptióhoz képest a legjelentősebb fejlődés, változás, hogy ma a helyzetek feletti kontroll képessége, illetve ennek hiánya, a kompetenciaopti-

malizálás lehetősége az alapvető tényező. Ha egy adott helyzetet újszerűnek vagy várhatóan veszélyesnek minősítünk, kétféle magatartási válasz következhet.

Ha az érzelmileg negatív helyzetet aktívással megoldhatónak, kontrollálhatónak minősítjük, *aktív elkerülő magatartással* reagálunk. Ez a klasszikus, Cannon-féle vészreakció, alarmreakció, a *flight or fight* válasz, tehát vagy elmenekülünk, vagy támadunk – a környezeti feltételeket igyekszünk módosítani. Ilyen helyzetben a szervezet felkészül a támadásra vagy védekezésre, fokozódik az oxigénfelvétel, az anyagcsere, és ezt fel is használjuk a szükségés fizikai aktivitásra.

Amennyiben az érzelmileg negatív helyzetet aktivitással kontrollálhatatlannak, megoldhatatlannak minősítjük, vagy azért, mert nem ismerjük a helyes megoldást, vagy mert az ehhez szükséges cselekvésre nem érezzük képesnek magunkat, *passzív elkerülő magatartással* reagálunk. Mivel a szorongáscsökkentő szerek e rendszerre hatnak elsősorban, ezt az állapotot a szorongással azonosíthatjuk. Állatkísérletben a tartós kontrollvesztés következményei a gyomor-bélrendszeri fekélyképződés, kardiális ritmuszavarok és végül a tanult tehetetlenség (Seligman, 1975) állapota, amelyet a depresszió legjobb modelljének tekintenek.

A *tanult tehetetlenség* állapota akkor alakul ki, ha egy állatot negatív ingerek érnek úgy, hogy nincs lehetősége a menekülésre, például folyamatosan áramütések érik, vagy jeges vízben kell úsznia. Egy ideig mindent megtesz, hogy elmenekülhessen, azonban egy idő múlva feladja, a „holttáttétetési reflexnek” megfelelően passzívvá válik. Amennyiben az állat többször éli át ezt az élményt, már a veszélyhelyzet előjeleire is tehetetlenséggel, passzivitással reagál, tehát mintegy „megtanul-

ja”, hogy reménytelen a menekülés, az aktív magatartás. Az ember esetében hasonló szerepe lehet egy tartósan rossz, megoldhatatlannak érzett kapcsolatnak, fenyegető munkanélküliségnek, munkahelyi rossz légkörnek. A tartós, hosszan tartó kontrollvesztés élménye elkerülhetetlen, érzelmileg negatív helyzetekben, a reménytelenség, magárahagyottság érzése a későbbi helyzetekre is átveddök, és kimutatható élettani változásokkal is jár.

Egyeseknél könnyen alakul ki a tanult tehetetlenség állapota, míg másoknál alig váltható ki. A veszélyeztetettséget fokozza a kora gyermekkori szeparáció az anyától. A korai szülővesztés, negatív családi légkör, gyermekkori bántalmazás fokozza a „tanult tehetetlenség”, a depressziónak megfelelő lelkiállapot kialakulását. A *depresszió* ún. szociális stressz modellje szerint a korai anya–gyermek kapcsolat zavara három fázison át vezet a depresszió iránti fokozott sérülékenységhez, ezek a fázisok a tiltakozás, reménytelenség, majd a kötődési zavar. Ez a sérülékenység minden gerincesnél mintegy *huzalozva* kimutatható az agyban. A kötődésemélet e modellen keresztül bizonyítja a biológiai és pszichológiai tényezők igen szoros összefüggéseit.

A tanult tehetetlenség mellett egy másik fogalom az ún. tanult leleményesség, sikeresség, eredményesség (*learned resourcefulness*) vált a mai, pozitív pszichológia egyik központi fogalmává. Ennek a készségnek az elsajátítása szintén a nevelés, az önnevelés eredménye. A pozitív pszichológia nemzetközileg elismert képviselője a Chicagói Egyetem professzora, Csíkszentmihályi Mihály (1997), akinek *Flow* című, magyarul is megjelent kitűnő könyve gyakorlati eszközöket nyújt a tanult sikeresség, eredményesség eléréséhez.

Az utóbbi időben egyre több tanulmány emeli ki a krónikus stressz és a depresszió

közötti párhuzamot. Utóbbi kialakulásában a gyermekkori, családi háttér, az egyén megbirkózási képességei, szociális kompetenciája és az életesemények meghatározó szerepet játszanak. Mivel az önértékelés attól függ, hogy az ember milyen célokat tűz maga elé, mikor érzi magát sikeresnek, az énídeál, a célok, értékek szerepe a depresszió megelőzésében alapvető (Kopp – Réthelyi, 2004).

Nem adaptív aktív kontrollszerzési stratégiák

Magatartást szabályozó döntéseinkben észlelt képességeink és az észlelt környezeti elvárások egyensúlyát minden egyes helyzetben az önmagunktól elvárt énídeálunkhoz viszonyítjuk. Ebből a helyzetből kétféle alapvető nem adaptív magatartási séma következhet. Amennyiben irreálisan magas mércét állítunk saját magunk vagy környezetünk elé, igen nagy a valószínűsége annak, hogy úgy ítéljük meg, hogy az adott helyzet nem felel meg elvárásainknak, nem tudunk kompetens módon viselkedni. Ha saját helyzetünket, környezetünket, jövőnket az *1. ábra* értelmében tartósan negatívan minősítjük, ez az állapot ismétlődve szorongáshoz, gyomor-bélrendszeri fekélyhajlamhoz, végül a tanult tehetetlenség és a depresszió állapotához vezethet.

Az énídeál, az attitűdök által kitűzött igen magas mérce másfajta nem adaptív magatartásmintát is kialakíthat. Ennek lényege, hogy a szervezet élettani egyensúlyának hosszú távú feláldozásával, saját élettani alkalmazkodási tartalékaink felélésével teremtjük meg a pszichológiai egyensúlyt. Ilyen nem adaptív lehetőség a drogok, alkohol alkalmazása a kognitív egyensúly helyreállítására, a kompetenciaélmény hamis megélése érdekében. Ilyen magatartásformák lehetnek az agresszivitás, az öngyilkossági magatartás és az, ha pszichológiai céljaink megvalósítása érdeké-

ben feláldozzuk saját élettani egyensúlyunkat. Az emberiség története során drogok széles körét alkalmazta a központi idegrendszeri minősítés befolyásolására, ezek közül legelterjedtebb az alkohol. Az alkohol igazolt szorongásoldó hatása azt jelenti, hogy az alkoholfogyasztás előtt aktivitással megoldhatatlannak minősített helyzetet ivás után aktivitással megoldhatónak érezhetjük. Erre példa, hogy az az ember, aki szociális fóbiája miatt társaságban alig mer megszólalni, alkohol hatására felszabadul, nem fél attól, hogy nevetségessé válhat, beszédes lesz. Így az alkoholfogyasztás tanult válaszkészségként rögzülhet az igen kínzó, szorongáskeltő helyzetek elkerülésére.

A negatív érzelmi állapot, a szorongás elkerülése, illetve a helyzetünk feletti kontroll megszerzése erős motíváló tényező. Minden olyan tanulható válasz, amely ezt az állapotot, a helyzet feletti kontroll érzetét fokozza, tanult válaszként fennmaradhat, tartósan rögzülhet. Az *1. ábra* mutatja, hogy a helyzet átmeneti megoldása alkohollal vagy drogokkal visszacsatolás formájában visszahat a személy képességeire, és hosszú távon a szervezet állapotát, a környezettel kialakított kapcsolatát súlyosan károsíthatja.

Egy tanulmány elemezte, hogy elkerülhetetlen elektrosokknak kitett állatok, ha a ketrecben többen vannak összezárva, egymás ellen fordulnak, ugyanakkor nem alakulnak ki náluk a kontrollálhatatlan helyzetnek megfelelő központi idegrendszeri elváltozások (a hippokampusz noradrenelin-tartalmának csökkenése). Tehát az agresszív, ellenséges magatartás is lehet a nem adaptív szorongás-elkerülés egy formája.

A nem adaptív aktív megoldási kísérletek körébe sorolható az öngyilkossági magatartás is. A világviszonylatban igen magas magyar

öngyilkossági arányok mutatják, hogy Magyarországon a kontrollvesztett helyzet gyakori megoldási módja az öngyilkossági kísérlet. Akár segítségkérésként, akár végső megoldási kísérletként.

A nem adaptív aktív magatartásválaszok nagyon gyakori, civilizációs ártalomnak nevezhető sorába tartoznak azok a stratégiák is, amelyek az aktivitás kóros fokozásával biztosítják a személy lelki értékelési egyensúlyát. Ebben az esetben a környezeti elvárásoknak megfelelő saját magunkkal szemben támasztott pszichológiai elvárások, mintegy belső kényszerként, nagyobb hatékonysággal érvényesülnek életvezetésünk alakításában, mint az élettani egyensúly fenntartása. Erről beszélhetünk, amikor egy menedzser éjt-nappallá

téve hajszolja saját magát, soha nem jut ideje a pihenésre, és csak akkor megy orvoshoz, ha viszik – infarktussal, sztrókkal. Ilyen megbetegedéseknek tekintik a magasvérnyomás-betegséget, az ízületi gyulladás, pajzsmirigy-túltengés, cukorbetegség bizonyos formáit, a migrént és a szívneurózisokat. A kóros aktivitásfokozódás nagy gyakorlati jelentősége miatt különösen a magasvérnyomás-betegség kialakulása szempontjából meghatározó. Többféle nem adaptív válaszminta ugyanannál a személynél válthatja egymást.

Kulcsszavak: *pszichés hatások, környezeti elvárások és saját képességek összhangja, stresszhelyzetek, coping, tanult tehetetlenség, depresszió, játékelméleti-modell*

IRODALOM

- Bandura, Albert (1988): Self Efficacy Concept of Anxiety. *Anxiety, Stress and Coping, An International Journal*. 1, 2, 77–98.
- Barefoot, John – Williams, R. B. – Dahlström, W. G. (1983): Hostility, CHD Incidence and Total Mortality: A 25-Year Follow-Up Study of 255 Physicians. *Psychosomatic Medicine*. 45, 59–62. • <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/45/1/59.full.pdf+html>
- Beck, Aaron, T (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International University Press, New York
- Bowlby, John (1978): Attachment Theory and Its Therapeutic Implications. *Adolescent Psychiatry*. 6, 5–33.
- Csikszentmihályi Mihály (1997) *Flow – az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémia, Budapest
- Epel, Elissa S. – Blackburn E.H. – Lin J. et al. (2004): Accelerated Telomere Shortening in Response to Life Stress. *PNAS – Proceedings of the National Academy of the USA*. 101, 17312–17315. • <http://www.pnas.org/content/101/49/17312.full.pdf>
- Falus András – Marton I. – Borbényi E. – Tahy Á. – Karádi P. – Aradi J. – Stauder A. – Kopp M. (2010): A 2009. évi orvosi Nobel-díj és egy meglepő üzenet: az életmód befolyásolja a telomeráz-aktivitást. *Orvosi Hetilap*. 151, 965–970. • <http://www.akademiai.com/content/g4475523j872q24g/fulltext.pdf>
- Folkman, S. – Lazarus, R. S. (1980): An Analysis of Coping in Middle Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 21, 3, 219–239.
- Kopp Mária – Prékopa A. – Skrabski Á. (1978): A dysthymiás és hystériás neurózis, valamint a pszichopáthiás magatartás Eysenck–Gray féle elméletének játékelméleti modellje. *Ideggyógyászati Szemle*. 31, 154–165.
- Kopp Mária (1980): *A vegetatív tünetképződés mechanizmusa a fiatalkori magas vérnyomás és nyombélfekély korai szakaszában*. Kandidátusi disszertáció. MTA, Budapest <http://real-d.mtak.hu/29/>
- Kopp Mária – Réthelyi János (2004): Where Psychology Meets Physiology: Chronic Stress and Premature Mortality—The Central-Eastern European Health Paradox. *Brain Research Bulletin*. 62, 351–367. • <http://www.behsci.sote.hu/Kopp-Rethelyi.pdf>
- Kopp Mária – Ádám Sz. – Balog P. – Purebl Gy. – Stauder A. – Salavecz Gy. – Rózsa S. – Konkoly-Thege B. (2010): Measures of Stress in Epidemiological Research. *Journal of Psychosomatic Research*. 69, 211–225.
- Rahe, Richard H. (1990): Life Change, Stress, Responsivity and Captivity. *Psychosomatic Medicine*. 52, 373–396. • <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/52/4/373.full.pdf>
- Seligman, Martin E. P. (1975): *Helplessness: On*

Depression, Development, and Death. Academic Press. New York

Selye János (1976): *Stress in Health and Disease.* Betterworth, Boston.

Skrabski Árpád (2003): *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban. Hét Szabad Művészet Könyvtára.* Corvinus, Budapest

Skrabski Árpád – Kopp M. – Kawachi, I (2003): Social Capital in a Changing Society: Cross-sectional Associations with Middle Aged Female and Male Mortality Rates. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 57, 114–119. • http://www.behsci.sote.hu/szechenyiterv/changing_society_cross-sectional_associations.htm

