

## AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS PSZICHOLÓGIÁJA

*Dávid Tamás*

### BEVEZETÉS

#### 1. Paradigmaváltás a betegség és egészség szemléletében

A test és a lélek elválaszthatatlan egysége ősidők óta ismert. Az elmúlt évszázad kutatásai alapján megerősítést nyert, hogy pszichés és szomatikus működéseink szoros kölcsönhatásban állnak egymással, a pszichológiai folyamatok elválaszthatatlanok létezésünk biológiai alapjaitól. A modern orvoslás elméletében és gyakorlatában az utóbbi évtizedekben a hagyományos biomedikális vagy biomedicinális szemlélet után a bio-pszicho-szociális modell vált általánosan elfogadottá. A 20. század második felében az egészséget és betegséget redukcionista módon értelmező, azaz a betegséget kizárólag biológiai okokra visszavezető, a szomatikus folyamatok szintjére redukáló biomedikális szemlélet korlátaira egyre inkább ráébredt az orvostudomány. A biomedikális orvoslás elsőbbséget ad a biológiai tudományoknak, ennek megfelelően a különböző zavarok, patológiás állapotok kialakulásának biológiai-biokémiai-élettani okait kutatja, és a kóros eltérések, elváltozások korrekciójára törekszik. A pszichés tényezőkre jobbra csak járulékos elemként tekint, a szociális-társadalmi, illetve kulturális kontextus befolyását pedig jószerevével figyelmen kívül hagyja a betegségek kialakulása, az egészség megőrzése vonatkozásában. A biomedikális egészségdefiníció a betegség hiányát tekinti az egészség egyetlen és elegendő kritériumának. E gondolkodásmódnak következménye a beteg „szétdarabolása”. A páciens csupán testrészek és szervek halmazának, összességének tekinti, így a betegségeket és nem a beteg személyeket kezeli. Ennek megfelelően az orvosi szemlélet középpontjában elsősorban a negatívumok, a korrigálandó jelenségek állnak, és figyelmen kívül hagyja a beteg pozitívumait, erőforrásait, így nem is képes ezeket a gyógyulás szolgálatába állítani. Jóllehet, éppen ez a pozitív gondolkodás, az erőforrásokra irányulás a modern egészséglélektan egyik elméleti, egyben pragmatikus sarokköve.

Napjainkban a modern tudományos gondolkodást átható, általános rendszerszemléleten alapuló bio-pszicho-szociális modell tekinthető a legátfogóbb, koherens elméleti keretnek az egészséggel és betegséggel kapcsolatos jelenségek értelmezésében. A biomedicina tudáskincsét és módszertanát integrált módon alkalmazza a prevenció, a diagnosztika, a gyógyítás és a rehabilitáció valamennyi területén. Alapfeltevése, hogy a betegségek kialakulásában nem csupán biológiai tényezőket kell keresnünk, hanem a pszichológiai és kulturális-társadalmi összetevők is kulcsfontosságúak. Az egészség fogalmát immár nem csupán leegyszerűsítve a betegség hiányaként, hanem a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapotaként határozza meg (Túry 2005). A bio-pszicho-szociális szemlélet az emberi viselkedés vizsgálatában is új szempontokat hozott. Az érdeklődés homlokterébe azok a viselkedésformák kerültek, amelyek az egészségesség aktív létrehozására, megőrzésére, valamint a veszélyeztető tényezők kivédésére irányulnak. A testi-lelki-szociális egészségesség, illetve annak igénye az egyén életében a harmonikus személyiségfejlődés és növekedés lényegi mozzanata, a személyiség integritásának kimunkálását és megőrzését jelenti.

A pszichológiában is hasonló változások zajlanak, hiszen a korábban uralkodó patogenetikus orientációt – mintegy paradigmaváltásként – egyre inkább a

szalutogenetikus megközelítés váltja fel, amely az egészségesség feltételeit és fenntartásának lehetőségeit kutatja. A szalutogenezis a patogenezis poláris fogalma. A 'szalutogenetikus' kifejezés a latin 'salus' (jóllét, boldogság, egészség) és a görög 'genezis' (eredet, forrás) szóból származik, jelezve, hogy a patológiás folyamatok vizsgálata helyett a megközelítés érdeklődése az egészség keletkezésére, a betegségekkel szemben védelmet biztosító személyiségtényezők feltárására irányul. Arra keresi a választ, hogy a patológiás feltételek ellenére 'miért maradnak mégis egészségesek az emberek'? A szalutogenetikus modell a betegséget és az egészséget nem egymást kizáró dichotóm kategóriaként kezeli, hanem a fogalompár kontinuumszemléletét hirdeti. A megbetegítő, funkciózavarokat okozó tényezők oldaláról közelítő patogenetikus szempontrendszer a szalutogenetikus szemlélet nem helyettesíti, hanem kiegészíti. A szalutogenezis nem elvenni kíván a hagyományos modell igazságából, hanem az eddig árnyékban maradt tényezőkre világít rá.

Az **egészségpszichológia** kialakulását a pszichológia elmúlt fél évszázados történetében a pszichológiai ismeretek széleskörű egészségügyi alkalmazása segítette. Az egészségügyi költségek rohamos növekedése is szerepet játszik abban, hogy nagyobb hangsúlyt kapnak a betegségek megelőzésének és az életmód-változtatásnak a pszichológiai tényezői. Ennek megfelelően az egészségpszichológia megközelítése elsősorban magatartási tényezőkre (stresszre, dohányzásra, alkohol- és drogfogyasztásra, rendszeres mozgásra, megfelelő táplálkozásra, egészségkockázatot jelentő szexuális viselkedésre stb.) koncentrál, kialakítva annak lehetőségeit, hogy az egyének egyre fokozottabb mértékű kontrollt szerezzenek saját egészségi állapotuk alakítása, javítása felett. Az egészségpszichológia tágabb értelemben az egészségügy területén alkalmazott pszichológiát jelenti, azaz felöleli a megelőzésben, a gyógyításban és a rehabilitációban felmerülő pszichikai folyamatokat. Szűkebb értelemben az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés pszichológiáját értjük alatta. Az egészség megtartásának kulcsa az életmódban és a magatartásban rejlik. A prevenció és az egészségfejlesztés középpontjában ezért az egészségmagatartás megismerése és hatékony befolyásolása áll. Az egészségpszichológiában napjainkban a pozitív pszichológia elve kezd érvényesülni, amely az erősségekre, a fejlődési lehetőségekre és az egészség tartós fenntartását biztosító pozitív érzelmekre (pl. optimizmus, megbocsátás, áramlatélmény stb.) helyezi a hangsúlyt (Pikó 2007).

Az egészségmegőrzés pszichológiájának kulcsfontosságú fogalma a stressz, hiszen testi-lelki egészségünkkel szemben azok a megterhelések, körülmények és helyzetek jelentik a legnagyobb fenyegetést, amelyek jelentősen meghaladják szervezetünk erőforrásait és lelki állóképességünket egyaránt. Éppen ezért a stresszre adott viselkedéses válasz – az adaptív és adekvát megküzdés képessége – épségünk és fejlődésünk záloga. A megküzdési stratégiák kiválasztásának egyik tényezője az általunk igénybe vehető külső és belső erőforrásokról, eszközökről, valamint ezek hatékonyságáról vallott hiedelmeink, a helyzet kezelhetőségébe és irányíthatóságába vetett hitünk, vagyis az észlelt kontroll. A rendelkezésünkre álló külső, humán erőforrásokat társas támogatottságunk kialakításával gyűjtjük össze. Ezért a társas támogatás megszerzésének stratégiái, valamint a támogatottságból nyerhető előnyök felhasználása, illetve a negatív társas érzelmek csillapítása, átdolgozása – mind-mind a megbocsátás, a megküzdés fontos pillérei. Az egészség tartós fenntartásához jelentősen hozzájárulnak a gyakran átélt pozitív érzelmek: a szubjektív jóllét, az élet értelmességének érzése, az optimizmus és az áramlatélmény. Ezeket a pozitív pszichológia összefoglalóan protektív faktoroknak nevezi. A sikeres megküzdés, a társas készségek és a protektív faktorok ontogenetikus alapját a biztonságosan megélt korai anya-gyermek kapcsolat adja. A képességdeficit és lelki problémák hátterében gyakran a korai gondozói kapcsolat zavarai állnak, ezért a bizonytalan kötődés és a betegségek kialakulásának kapcsolatát is vizsgálunk kell.

Szemlélődésünk az egészségpszichológia és a pozitív pszichológia területein azt a fonalat követi, hogy a kutatók milyen fogalmakkal, konstrukciókkal írták le az emberek körében, a mindennapi életben vagy kísérleti helyzetekben megfigyelt viselkedésformákat, amelyek az egészség megőrzését és az egyén fejlődését szolgálják.

## 2. Stressz

A stressz fogalma a 30-as években a világhírű magyar tudós, Selye János kutatómunkája nyomán vált ismertté. Selye (1973) stresszornak nevezte azokat a környezeti változások, fenyegető történések előidézte igénybevételeket, amelyek újszerű viselkedési választ kívánnak az egyedtől. Szűkebb értelemben azok a helyzetek tekinthetők stresszhelyzeteknek, amelyek aktivitással kontrollálhatatlannak, megoldhatatlannak minősülnek. Újabb megfogalmazásban azok a helyzetek jelentenek stresszt az egyén számára, amelyeket úgy ítél meg, hogy azok meghaladják mindennapi megküzdési potenciálját, azaz szokatlanok, nehéznek, bejósolhatatlannak vagy befolyásolhatatlannak értékel. A különféle stresszorok hatására a szervezet egészének a működésében bekövetkező fiziológiai változások a hipotalamusz–hipofízis–mellékvese tengely neuroendokrin szabályozása alatt állnak. A veszély észlelését követően a hipotalamusz a szimpatikus idegrendszer aktivációja révén azonnal vészreakciót indít el, ennek megfelelően gyors változások következnek be: a szívfrekvencia a légzéssel szinkronban gyorsul; megemelkedik a vérnyomás, növelve a vázizmok tónusát, miközben csökken a bőr és a zsigeri véráramlás. A pupilla kitágul, fokozódik a verejtékezés, egyidejűleg a vese kiválasztó funkciója csökken. A stresszreakció tartósabb fennállását hormonális változások biztosítják. Az aktiválódó élettani folyamatok adaptív célt szolgálnak: felkészítik az egyedet a támadásra vagy a menekülésre.

Selye – elsősorban patkányokkal végzett – kísérletei során különböző stresszorok hatására azonos szervi elváltozásokat tapasztalt:

1. a mellékvesekéreg megnagyobbodását és túlműködését, amely a hormonháztartás egyensúlyát felborította;
2. a csecsemőmirigy és a nyirokcsomók sorvadását, amely az immunfunkciók gyengüléséhez vezetett;
3. fekélyek kialakulását a gyomorban és a bélrendszerben (Selye 1973).

Az ő kutatásai voltak az elsők, amelyekben a környezet károsító hatású ingereinek a szervezetre gyakorolt hatását, tartós fennállásuk esetén a különböző szervek, szervrendszerek kóros elváltozásait vizsgálta. A stresszkutatások eredményei alapján ma már az orvostudomány is elfogadja, hogy a stressz bizonyítottan kapcsolatba hozható néhány gyakori és súlyos betegséggel. A stressz jelentős tényező a következő kórképek kialakulásában: szívinfarktus, magas vérnyomás, agyérbetegség (stroke), hátfájás, ízületi gyulladások, asztma, immunhiányos állapotok, vírus- és baktériumfertőzések, gyomorfekély, bélgyulladások, impotencia, meddőség, ekcéma, II. típusú cukorbetegség, evészavarok, depresszió (Bertók 2007).

A stresszor hatására bekövetkező aspecifikus élettani változások összességét Selye „általános adaptációs szindrómának” nevezte, és azon belül három egymást követő szakaszt különített el: az alarm vagy vészreakció, az ellenállás és a kimerülés szakaszait. A vészreakció önmagában nem káros. A stressz akkor válik kórossá, ha az ellenállás szakaszában nem vagyunk képesek megbirkózni az újszerű, veszélyeztető helyzettel. Ha a stresszor hatása hosszú távon nem kivédhető, mert menekülés révén nem elkerülhető, a támadás pedig lehetetlen vagy eredménytelen, akkor a sikertelen megküzdés a szervezet teljes kimerüléshez vezethet, amely akár halált is okozhat.

A tartósan fennálló, relatíve alacsony intenzitású, de elkerülhetetlen „mindennapi stresszorok” hatására hosszú távon szintén egyensúlyvesztés következhet be,

amely akár maradandó egészségkárosodást idézhet elő. A stresszel összefüggésbe hozható kórképek kialakulása szempontjából tehát nemcsak az alkalmi, nagy intenzitású stresszhatásoknak (traumáknak, érzelmileg megterhelő életeseményeknek) van kiemelt jelentőségük, hanem a kisebb intenzitású, de ismétlődő vagy állandósuló, elkerülhetetlen mindennapi stresszhelyzeteknek is.

Azonban nem minden stresszor tekinthető feltétlenül károsítónak. Károsító, illetve fejlesztő hatásuk alapján két stresszforrás-típust különböztetünk meg.

1. Az **eustressz** („a jó, fejlesztő hatású stressz”) pozitív érzésekkel átélt, az egyén megküzdési lehetőségeit nem meghaladó, sikeresen megoldott kihívásokat jelenti, amelyek ugyan fiziológiai aktiváltsággal kísért állapotok, azonban a fiziológiai aktiváltság időben behatárolt, inkább periodikus jellegű, így betegséget nem okoz (pl. egy versenyen való győzelem, pénznyeremény, a gyermekáldás öröme, egy régen áhított munkahelyi kinevezés, házasságkötés stb.).

2. Ezzel szemben a **distressz** („a rossz, károsító stressz”) olyan negatívan értékelt, biológiai, pszichológiai és/vagy szociális okok által előidézett megterhelés, amely igénybe veszi a személy erőforrásait, megküzdő és védekező mechanizmusait, adaptív kapacitását, miközben a stresszor kontrollálhatatlannak tűnik.

Őseink mindennapjaiban, az életüket veszélyeztető helyzetekben a vészreakció élettani folyamatai a túlélést biztosították. A modern korban a stressz forrása azonban elsősorban szociális jellegű, interperszonális konfliktusokból, illetve a társadalom működése során generált feszültségekből keletkezik. A klasszikus stresszválaszok korunk stresszhatásaihoz egyre kevésbé illeszkednek, hiszen szocializált személyként nem kelhetünk birokra, nem ütlegethetünk másokat, illetve nem rohanhatunk el kétségbeesetten. Szervezetünk mégis az ősi fiziológiai „menetrend” szerint mozgósítja az energiáinkat, s készít fel minket menekülésre vagy támadásra, noha ez rendkívül gazdaságtalan, mert fizikai aktivitás híján a mobilizált energia megreked. Ha a vészreakciót nem követi fizikai aktivitás, akkor a zsírszövetekből (lipidraktárakból) felszabaduló szabad zsírsavak nem használódnak fel az izomműködés energiaforrásaként, hanem a koronária megbetegedésekben oly fontos szerepet játszó lipoproteinekké alakulnak. A stressz és a stresszválasz elmaradása, valamint az ezt kísérő szorongás ezért a szív- és érrendszeri megbetegedések fajsúlyos rizikófaktora (Kopp 2001).

Az ember esetében – szemben az állatvilág egyedeivel – az egyes helyzetek minősítése, a jelentéstulajdonítás folyamata meghatározó abban, hogy a személy egy eseményt stresszforrásként él-e át. Humán szinten a stresszhelyzetek megítélésekor nem a közvetlen ingeregyüttes objektív jellemzői, fizikai sajátosságai, hanem azok érzelmekkel színezett pszichés reprezentációi, szubjektív jelentései a döntő tényezők. Így amikor egy új helyzettel, feladattal vagy megterheléssel szembesülünk, attól függően értékeljük azt stresszornak, kihívásnak vagy lehetőségnek, hogy mennyire találjuk kontrollálhatónak, illetve, hogy a megoldás mennyire teszi próbára képességeinket, erőforrásainkat.

A szubjektív jelentéstulajdonítás biológiai és pszichológiai jóllétünkre gyakorolt hatása miatt a stressz és a megküzdés átértékelése rendkívül fontos egészségünk megőrzése szempontjából. A stresszel való megküzdést egyben tanulási folyamatnak is tekinthetjük, hiszen a stresszhelyzetek megoldása által gyarapodik megküzdési (coping) stratégiáink készlete, s válik érettebbé a személyiségünk. A fejlődés nem képzelhető el változás nélkül. A stresszt pedig úgy is értékelhetjük, mint egy fejlődést stimuláló, előmozdító változást, egy felhívást az új követelményekhez, kihívásokhoz való alkalmazkodásra, amely

végeredményében szükségképpen hasznos, mivel új képességek kifejlesztését igényli tőlünk.

### 3. Megküzdés (coping)

Megküzdésnek nevezzük azt a folyamatot, amikor az egyed egyensúlyának fenntartása, illetve helyreállítása érdekében megpróbál szembeszállni a stressz érzelmi megterhelést okozó hatásával. A megküzdés annyiban különbözik a stresszre adott választól, hogy a stresszválasz automatikus, míg a megküzdés egy célra irányuló, akaratlagos, gyakran megtervezett cselekvéssorozat, amely során az egyed korábban megszerzett viselkedésrepertoárjából választ, illetve saját, jellemző stratégiáit követi. Humán szinten a megküzdés – szemben az állatvilág egyedeivel – nemcsak nyílt viselkedéssel, hanem annak internalizált formájával, kognitív műveletekkel, szimbolikus tevékenység révén is végrehajtható. A megküzdő képességek mozgósításakor az egyed válaszreakcióiban fiziológiai, pszichés és viselkedéses elemek egyaránt megfigyelhetők, amelyeket az köt össze, hogy mindez a stresszhelyzet megoldására és a belső feszültség csillapítására irányul (Lazarus 1991).

A problémahelyzetekkel való konfrontációra kialakított stratégiák alapján kétféle megküzdési formát különíthetünk el:

1. **Problémaközpontú megküzdés** alkalmazása esetén a személy a helyzetre, a problémára összpontosít, s megkísérelti azt megváltoztatni. Aktivitása a fenyegető körülmények – a „külvilág” – átalakítására irányul. Használata olyan helyzetekben adaptív, amikor a körülmények megváltoztathatóknak bizonyulnak, és a megpróbáltatás kihívásként értelmezhető. Problémaközpontú megküzdésnek számít például az instrumentális cselekvés, a stratégiakészítés, a problémaelemzés, az információkeresés stb. A megváltoztathatatlanak észlelt szituációk azonban elsősorban az érzelmekközpontú megküzdési stratégiákat aktiválják.

2. Az **érzelmekközpontú megküzdés** használata révén nem maga a stresszhelyzet változik, hanem az, ahogyan a személy viszonyul az eseményhez. A helyzet átértékelése csillapítja a megterhelő esemény okozta érzelmi reakciókat, megakadályozva ezzel a negatív érzések elhatalmasodását. Ha az egyén úgy észleli, hogy a kialakult helyzetet nem tudja megváltoztatni, befolyásolására nincs mód, nincsenek eszközei, vagy a külső akadályok túl erősek, akkor a következő stratégiák közül választhat: érzelemszabályozás, érzelmkifejezés, spirituális orientáció, transzcendenciaélmények, elfogadás, testmozgás révén átmeneti figyelemelterelés stb.

Az életkor előrehaladtával, idős korban visszavonhatatlan veszteségek vagy krónikus betegségek esetén a problémafókuszú megküzdés képességének elvesztése jellemzőnek mondható. Az ilyen személyek leggyakrabban érzelmekközpontú megküzdési stratégiákkal fordulnak szembe a nehézségekkel.

Nem állíthatjuk azt, hogy az egyik megküzdési stratégia általánosságban hatékonyabb lenne a másiknál. A nyugati kultúra inkább a problémafókuszú stratégiák használatát tekinti értéknek a keleti, kollektivistá társadalom eltérő megítélésével szemben, ahol az érzelmekközpontú megküzdés az elfogadottabb. Valójában a különböző stresszhelyzetekhez való leghatékonyabb alkalmazkodás kulcsa az, ha gazdagabb megküzdési repertoárral rendelkezünk, és ezeket képesek vagyunk a helyzet követelményeinek megfelelően rugalmasan alkalmazni, akár többet és többfélét is egyszerre.

A személy által – részben tudattalanul, részben tudatosan – alkalmazott megküzdési stratégiák viszonylag stabilan jellemző megküzdési mintázatot, egyéni profilt alkotnak, amely a szocializáció során alakul ki. Az egyes megküzdési stratégiák alkalmazásában a saját élményként szolgáló személyes tapasztalatok megszerzése mellett a családban, illetve a kortárs csoportokban történő modelltanulásnak és a médiumok által közvetített mintáknak alapvető szerepe van. A sikeres megküzdést pozitív érzelmi reakció (kompetencia- és kontrollérzés) kíséri, az önértékelés javul, a feszültség csökken, helyreáll az egyensúly, és a bevált stratégiát nagyobb valószínűséggel alkalmazzuk a későbbiekben is.

Stresszhelyzetekben az aktív megküzdés helyett az elkerülés jelensége is megfigyelhető, amikor az egyén kilép a helyzetből, hátat fordít a problémának, és passzivitásba menekül. Az elkerülés gyakori alkalmazása testi és lelki tünetek (pszichovegetatív panaszok, szomatiform zavarok, szorongás, depresszió) kialakulásához, illetve a már meglévő betegségek súlyosbodásához vezet, hiszen a krónikusan, esetenként éveken át megemelkedett élettani aktivitás egészségkárosító hatású. Az elkerülés mellett az öndesztuktív, önsorsrontó magatartásformák sem tekinthetők adaptívoknak (pl. a részegség vagy a „falcolás”; az alkar önkárosító vagdosása stb.). Noha a személy aktívan cselekszik, aminek eredményeképpen akár aktuálisan oldja is a feszültséget, a stresszforrás káros hatását mégsem képes megszüntetni. A droghasználat is az elkerülés stratégiájának kedvez. A pozitív érzések erőfeszítés nélkül való gyors elérése következtében az addiktív droghasználók esetében a megküzdési eszköztáruk átalakul. A pszichoaktív szer feleslegessé teszi az eredményes – akár problémafókuszú, akár érzelemfókuszú – megküzdést. A szerhasználat azokra a személyekre jellemző, akik egyébként is előnyben részesítik az elkerülő típusú megküzdési stratégiákat. A szerhasználat felfogható úgy is, mint a megküzdés sikertelen kísérlete, de úgy is, mint más megküzdési mechanizmusok hiánya esetében kialakuló viselkedés. A stresszel való megküzdési mód meghatározza a szerhasználat valószínűségét. A problémafókuszú aktív megküzdés csökkenti, az elkerülő típusú érzelmi fókuszú megküzdés növeli a szerhasználat esélyét (Wágner 1995). A dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás valamint a megküzdés közötti kapcsolat vizsgálata kiemelt jelentőséggel bír, hiszen az egészséget kockáztató magatartás maga is a konfliktusmegoldás inadekvát módszere, illetve következménye lehet.

#### **4. Az észlelt kontroll**

A személyes kontroll tudata azt, a szocializáció folyamatában kialakuló, tanult várakozást jelenti, amelyben kifejeződik, hogy mennyire tekinti az egyén a saját választásaitól és aktivitásaitól is függőnek az őt érő hatásokat, vagyis milyen mértékben érzi képesnek magát, hogy befolyást gyakoroljon, uralja, szándékai szerint irányítsa és hatékonyan alakítsa környezetét, kapcsolatait. A környezet objektív sajátossága a korlátozott kontrollálhatóság, hiszen számos folyamat ismert, amely fölött képtelenek vagyunk ellenőrzést gyakorolni, bármennyire is humán szükséglet, humán sajátosság a kontroll gyakorlásának megteremtése.

A kontroll és a megküzdés egymással intim kapcsolatban álló fogalmak (Oláh 2005). Bizonyos fokú kontrolláltság vagy annak szubjektív megélése minden megküzdésre irányuló aktivitás előfeltétele, ugyanakkor valójában éppen a megküzdés révén teremthető meg a kontroll gyakorlásának lehetősége. A kontroll a megküzdéshez hasonlóan irányulhat a külső környezet történéseire és a szervezeten belüli, avagy a pszichés folyamatok feletti ellenőrzés, szabályozás gyakorlására (önkontroll) egyaránt. A kontroll gyakorlásának lehetősége növeli az énhatékonyság érzését. A személyes kompetencia megélése tovább serkenti a megküzdést, egyúttal a kedvezőtlen események fölötti tényleges vagy vélt

kontroll minimalizálja a stresszhatásokból adódó tartós negatív következmények valószínűségét.

Rotter (1966) volt az első teoretikus, aki a kontrollban való hitet mint személyiségdimenziót írta le. A belső-külső kontroll attitűd egy olyan kontinuum, amelynek egyik végpontján a személy úgy értékeli a helyzetet, hogy az események általa irányítottak, a másik végponton a szerencse, a véletlen vagy általa befolyásolhatatlan hatalmak, erők alakítják a történéseket. A kontrollattitűd kialakulásában meghatározóak a megküzdés korábbi tapasztalatai, az átélt sikerek és a kudarcok egyenlege. Az észlelt kontrollt egyre többen kezdték vizsgálni az egészség és a betegség vonatkozásában is. Az egészségmagatartás bejósolásában jelentős szerepe van annak, hogy az egyén mennyire érzi úgy, hogy a viselkedése és a megélt helyzetek felett ő rendelkezik befolyással (belső kontroll), vagy azokat külső erők irányítják (külső kontroll). A kontroll megélése jobb közérzettel, egészségi állapottal és fiziológiai mutatókkal, sikeresebb megküzdéssel, kedvezőbb élethelyzet-változásokkal és javuló teljesítménnyel van kapcsolatban (Kulcsár 1998).

A tartós kontrollvesztés, a passzív magatartás a tanult tehetetlenség állapotához vezet. Seligman (1975) híres kísérletében kutyákat helyezett egymástól gáttal elkülönített két részből álló ketrecbe, amelynek padlózatába bejósolhatatlan, random időközönként áramot vezetett. Az egyik vizsgálati csoport egyedei könnyűszerrel elsajátították, hogy megmenekülhetnek az áramütéstől, amennyiben – a jelzőingert (fényhatást) követően – átugranak a ketrec gáttal elválasztott túlsó oldalára. A másik csoport példányai a ketrec eltérő kialakítása következtében azonban semmit sem tehettek. Az áramütés – amelyet nem jelzett előre fényinger – számukra elkerülhetetlen volt. Ezek a korábban elmenekülni képtelen, tehetetlen állatok így a kísérlet második szakaszában sem tanulták meg, hogy a fényjelzés az áramütés elkerülésének lehetőségét kínálja. Az új helyzetben, a gáttal elválasztott ketrecben a fényjelzések ellenére sem változott korábbi viselkedésük, hiszen a korábbi tapasztalatok nyomán „megtanulták”, hogy semmit sem tehetnek, az aktivitás hiábavaló, nem kerülhető el az averzív esemény. Tehát hiába változott meg a kísérleti elrendezés, a kutyák korábbi élményei nyomán szerveződő környezeti modellben meghatározó tapasztalatként rögzült, hogy viselkedésüknek nincs hatása a helyzetre, ennek következményeként a félelem minden jelét mutatták ugyan, de nem próbálkoztak az egyszerű megoldással, a ketrec túlsó oldalára való átugrással, sőt egyre passzívabbá válva tehetetlenül szenvedték el az áramütéseket. Seligman megállapítása szerint a tartósan, aktivitással kontrollálhatatlan, kiszámíthatatlan, kellemetlen (averzív) eseményeknek kitett állatok és emberek a teljes kognitív, emocionális és motivációs deficit állapotába kerülnek. A majdan bekövetkező események minél inkább hasonlítanak azokhoz a feltételekhez, amelyek mellett az egyed tehetetlennek bizonyulva passzivitásra kényszerült, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a későbbi kedvezőtlen változásokra adott válaszként a passzivitás fog generalizálódni, még akkor is, ha az utóbbi helyzet valójában nem elkerülhetetlen.

A tanult tehetetlenség mechanizmusa a tanuláselméleti modell szerint előbb egy szorongásos állapothoz, majd hosszú távon depresszió kialakulásához vezet. Életünk eseményeiben való bizonyos személyes kontrollálási lehetőségünkbe vetett hit alapvető a depressziós állapot kialakulásának megelőzésében. Ha tehát egy személy azt tapasztalja, hogy válaszreakciói nem befolyásolják a következményt, akkor a válaszadási próbálkozások lassan megszűnnek, hangulatára a levertség lesz a jellemző. A tanult tehetetlenség állapota mindmáig a depresszió legjobb állatkísérleti modelljének tekintő.

Az egészséges, belsőkontroll-orientált személyek meggyőződése, hogy szerteágazó cselekvési lehetőségeik által önmaguk is jelentősen és hatékonyan képesek befolyásolni életük alakulását, és nem csak a külső tényezők játékszerei. A humán

vizsgálatok arra utalnak, hogy az ún. külső kontrollal jellemezhető személyek könnyebben kerülnek a tanult tehetetlenség helyzetébe, mint az erős belső kontrollt mutatók. Az utóbbi évtizedek kutatásai rámutattak a tehetetlenséggel összefüggő depresszív működésmód és az attribúciós stílus között fennálló kapcsolatokra. A kontroll hiányának korai tapasztalatai hajlamosítanak a tanult tehetetlenségre mint tartós személyiségjellemzőre, és az ennek megfelelő kognitív, attribúciós vagy értelmezési stílus kialakulására. A három rögzült értelmezési mód – az internalitás, a stabilitás és a globalitás – játszik közvetítő szerepet a helyzet tényleges kontrollálhatatlansága és a tehetetlenség szubjektív megélésének élménye között. A három dimenzió olyan attribúciós stílust határoz meg, amely a személyt a jövőbeli események kontrollálhatatlanságának elvárására hajlamosítja. A kontrollvesztett helyzetbe került személy implicit módon felteszi magának a kérdést, hogy miért vesztette el az adott helyzetben a kontrollt. Azok a személyek, akik a kontrollvesztést belső tényezőnek („az én hibám, ez vagyok én”), stabiloknak („ez már mindig így lesz”) és globális, az életük minden területére kihatóknak tulajdonítják („mindent elrontok, amit csak csinálok”), hajlamosabbak a depresszióra, mint azok, akik kevésbé pesszimista attribúciós stílussal rendelkeznek (Margitics 2005).

### **5. Társas támogatás**

A megküzdési stratégiák és a társas támogatás megszerzésének formái egymással szoros összefüggésben állnak. A szociális kapcsolatok kiemelkedő jelentőséggel bírnak az emberi faj életképessége szempontjából. Valamennyi humán szükségletünk szociális mezőben, társas közegben, kommunikáció révén nyer kielégülést. Az emberek nem tudnak nem kommunikálni egymással, hiszen minden viselkedésforma, amely társas térben történik kommunikatív jelentéssel és jelentőséggel bír. Személyiségünk, illetve társas készségeink fejlődése születésünktől fogva kommunikáció folyamatában zajlik, kapcsolataink is ennek eredményeként alakulnak, mélyülnek vagy megszűnnek. Vágyaink, igényeink, humán szükségleteink sem önmagukban léteznek, hanem azok mindig társas viszonylatainkban jelennek meg. A konfliktusainkkal való megbirkózás is többnyire társas térben történik. A modern kor embere számára az interperszonális kapcsolatok nemcsak a stressz legfontosabb forrásait jelentik, hanem a megfelelő mennyiségű és minőségű szociális kötelék egyúttal a saját erőforrások bővítését, mozgósítását, a megküzdésre irányuló motiváció fokozását, fenntartását, illetve modelltanulás révén az eredményes érzelmi és/vagy problémafókuszú stratégiák lehetségeinek elsajátítását is biztosítja. Az egészséges testi és lelki állapothoz a megfelelő szociális kapcsolatok megteremtésének és fenntartásának képessége is hozzájárul. A tartós és szoros kapcsolatok kialakításának képessége tehát alapvető fontosságú. Diszfunkcionálisnak tekinthető az a személy, aki nem tanult meg megfelelően kommunikálni, igényeit – társas készségeinek elégtelensége miatt – képtelen megfelelően érvényesíteni. A mentális zavarok súlyossága tükrözi, hogy az egyén milyen mértékben képtelen szükségletei kielégítésére.

A szociabilitás fogalmába beletartozik a más ember társasága iránti igény, a kapcsolatteremtés képessége, a társas hatékonyság, a csoportértékek átvétele, hordozása és alakítása, mindezek következtében pedig a csoporthoz és ezen keresztül a nagyobb közösséghez való jó alkalmazkodás, a szokásoknak és normáknak megfelelő együttműködés. A szociálisan személyek nemcsak könnyebben kerülnek jutalmazó szociális interakciókba, amelyek pozitív hangulatot keltenek bennük, hanem megfelelő társas készségek birtokában könnyen hozzáférhetnek környezetük szociális támogatásához, amely egészségmegőrző, egészségjavító szereppel bír (Urbán 1995). A társas támogatás a személyközi kommunikáción, az intim interakciókon keresztül valósul meg, így az intimitás és az érzelmi, szociális támogatás fogalmának kapcsolata több mint bensőséges. Az intimitás olyan folyamat, amelyben az emberek közelebb kívánnak kerülni egymáshoz,



megosztják egymással érzelmeiket, gondolataikat és viselkedésük motívumaira vonatkozó magyarázataikat, továbbá együttes élményeik jellemzője a kölcsönös bizalom, az őszinteség, a gyengédség, a törődés és az egymás iránti elkötelezettség. Az intimitás pozitívan kapcsolódik össze a szociális támogatottsággal való elégedettséggel, másrészt az interakció intimitása a szociális támogatás legjobb előrejelzője (Urbán 1994). Azok a személyek, akik jobban, több szálon kapcsolódnak szociális környezetükhöz – ennek köszönhetően több szociális támogatáshoz jutnak – kevésbé hajlamosak a betegségekre, illetve betegség esetén hamarabb gyógyulnak meg, valamint alacsonyabb halandósággal jellemezhetőek. A szociális támogatás hiánya kimutatható egészségromlással jár. A szociális izoláció, a magány nemcsak rosszabb egészségmagatartási státussal jár együtt, hanem a betegségekből való felgyógyulást is késlelteti.

A társas viszonyok és az egészség között az összefüggés nyilvánvalónak mutatkozik; a szociális kapcsolatok, illetve viszonylagos hiányuk az egészséggel és betegséggel kapcsolatos rizikófaktorok között legalább annyira jelentősek, mint például a dohányzás, a magas vérnyomás vagy a megemelkedett vérzsírszint. A szociális támogatás és az immunkompetencia között szintén szoros a kapcsolat. Azok a személyek, akik nagyobb szociális támogatást élveztek, jobb immunmutatókkal rendelkeztek, mint a kisebb támogatást élvezők. A társas támogatás az egészségi állapot alakulására gyakorolt kedvező hatását egyrészt közvetlen módon fejt ki, hiszen a szociális integráció segít az egyénnek az egészséget támogató magatartásformák felvételében (pl. helyes táplálkozás, káros szenvedélyek elkerülése, fizikai aktivitás, időben történő orvoshoz fordulás), emellett támogatja a realitáselvű gondolkodást, illetve a viselkedés és az érzelmek kontrollját. Másrészt a társas kapcsolatok az egyént ért pszichoszociális vagy más jellegű stresszhatás semlegesítésében biokémiai folyamatok révén is szerepet játszanak, növelve bizonyos agyi struktúrákban az endorfinok szintjét (Pikó 2007).

## **6. Érzelmi intelligencia**

Mindennapi életünkben a sikerességhez nem elegendő a hagyományos értelemben vett intelligencia, minthogy fejlődésünket nem pusztán racionális problémák sokaságának megoldása kíséri, hanem megannyi érzelmi információval színezett társas történés, konfliktus kezelésének, alakításának feladata is hárul ránk. Ehhez pedig másfajta intelligencia vagy intelligenciák is szükségesek.

Az érzelmi intelligencia fogalmának kialakulásában a hagyományos, akadémikus intelligencia kizárólagos hangsúlyával szemben felerősödő kritikák meghatározó fontosságú előzményként tekinthetők. Gardner (1993) szerint az intelligencia – egy adott kulturális vagy kollektív kontextusban értékelt javak előállítására irányuló – problémamegoldó képesség. Nem valamiféle monolitikus intelligencia, hanem az intelligenciák széles skálája – nyelvi, zenei, logikai, matematikai, térbeli, testi, kinetikus, intraperszonális és interperszonális intelligencia – eredményez sikert az életben. Míg az intraperszonális intelligencia önmagunkra, pszichés folyamatainkra irányul, addig az interperszonális intelligencia a személyközi kapcsolatokban való jártasságot és mások megértésének képességét jelenti.

Az érzelmiintelligencia-modellek megjelenésének másik fontos előzményei azok a kutatások voltak, amelyek bizonyították, hogy az érzelmek növelik a kognitív funkciók hatékonyságát, továbbá, hogy az érzelmek a motiváció forrásai, azaz részt vesznek a humán viselkedés indításában, energetizálásában, fenntartásában és irányításában. Az érzelmek a figyelmet, az emlékezést, a tanulást, a gondolkodást és a döntéshozatalt is befolyásolják, miként a kognitív folyamatok is hozzájárulhatnak egyes érzelmi állapotok kiváltásához. Az újabb kutatási eredmények mutatják, hogy az érzelmi és kognitív rendszerek az agyban sokkal integráltabbak, mint azt korábban hittük.

A mai értelemben használt érzelmi intelligencia kifejezés Salovey és Mayer (1990) munkájában fordult elő először. Feltételezték, hogy az egyének különböznek az érzelmi információ észlelésében, megértésében és felhasználásában, illetve, hogy egy személy érzelmi intelligencia-szintje lényegesen hozzájárul a személy intellektuális és érzelmi jóllétéhez és növekedéséhez. Meghatározásuk szerint „Az érzelmi intelligencia olyan konstrukció, amely az érzelmi töltésű információ megértése, feldolgozása és használata terén mutatkozó egyéni különbségekre vonatkozik. Az érzelmi intelligencia az érzelmek észlelésének, kifejezésének, megértésének, felhasználásának és irányításának azon képessége, amely elősegíti a személy fejlődését. Az érzelmi intelligencia magába foglalja a képességet saját és mások érzéseinek és érzelmeinek monitorozására, differenciálására, valamint az érzelmek hasznosítására a gondolkodás és a cselekvés szolgálatában” (Salovey, Mayer 1990: 187). Érzelmi intelligencia-modelljük négy speciális kompetenciaterületet foglal magába:

1. az érzelmek percepciója, értékelése és kifejezése;
2. a gondolkodás érzelmi serkentése;
3. az érzelmek megértése és elemzése, illetve az érzelmi tudás alkalmazása;
4. az érzelmek szabályozása az érzelmi és intellektuális fejlődés érdekében (Mayer és Salovey 1997).

Az elmúlt két évtizedben számos érzelmi intelligencia-elmélet látott napvilágot. A teoretikusok egyike Goleman (1997), aki tágabban értelmezi az érzelmi intelligenciát, s az általa megkülönböztetett alkotórészek azok a képességek, amelyek révén az egyén nemcsak monitorozza és pontosan megkülönbözteti a saját érzéseit, illetve érzelmeit, hanem szabályozza is azokat, mindemellett megfelelően észleli a másokban zajló emocionális történéseket, továbbá ezeket az információkat a saját gondolkodása, önmaga motiválása és viselkedésének vezérlése során, a társas kapcsolatok kezelésekor hatékonyan alkalmazza.

A kutatások szerint, az érzelmileg intelligensebb személyeket adaptívabb megküzdési módok jellemzik, hiszen képesek érzelmeik motivációt fokozó hasznosítására, hogy eredményesen megbirkózhassanak a megterhelő életeseményekkel. Az érzelmi intelligencia igazoltan olyan képességegyüttes, amelynek birtokában jobban meg tudunk felelni a kihívásoknak, így fontos szerepet játszik az egészségmegőrzésben (Nagy 2006, Szabó 2011).

## **7. Megbocsátás**

A megbocsátás a társas kapcsolatainkban elszenvedett sérelmek nyomán kialakuló, a személy kognitív, érzelmi és viselkedéses válaszaiban megmutatkozó proszociális változás azok irányában, akik megsértették. Proszociális változásnak tekintjük azt, ha a sértett személy ellenségeskedés és haragtartás helyett a társas együttélést elősegítő, a sértő fél számára is pozitív következményekkel járó viselkedést mutat.

Fontos különbséget tenni a döntési és az érzelmi megbocsátás között. A döntési megbocsátás esetében a személy tudatosan dönt arról, hogy megbocsát, elvetve a bosszú, a megtorlás lehetőségét. Ez viszonylag gyorsan, a negatív érzelmek csillapodása, megszűnése nélkül is megtörténhet. Ezzel szemben az érzelmi megbocsátás kialakulása időigényesebb folyamat, amelynek eredményeképpen az „elkövetőre” vonatkozó érzelmekben és motívumokban egyaránt bekövetkezik a változás. Az érzelmi megbocsátás (és nem a döntési megbocsátás!) az érzelemfókuszú megküzdés egyik formája: a megbocsátásnak köszönhetően csökken a sérelem miatt kialakult stresszválasz, csökken a szimpatikus idegrendszer aktivitása, és a végbemenő lélektani folyamatok eredményeképpen enyhülnek, átdolgozódnak a negatív érzelmek (harag, ellenségesség, félelem stb.).

A megbocsátásra való képesség összefügg az életkorral: ahogy idősebbekké válunk, egyre motiváltabbak leszünk a megbocsátásra. A megbocsátás néhány személyiségvonással is kapcsolatot mutat. A megbocsátó személyek alacsonyabb ellenségességgel jellemezhetőek, és kevésbé nárcisztikusak, mint a megbocsátásra kevésbé hajlamos társaik. A megbocsátás helyett ellenségeskedő személyek az élet más területein is nagyobb valószínűséggel alkalmaznak neurotikus elhárító mechanizmusokat, mint a megbocsátó személyek. A megbocsátás emellett pozitívan korrelál a mentális egészség mutatóival, csökkenti a szorongás, a depresszió és a düh szintjét, növeli a társas támogatás mértékét.

A megbocsátás hiánya mind a fizikai, mind a mentális egészségre károsan hathat, hiszen az indulatok színezte ellenérzések élettani folyamatokat aktiváló hatásuk következtében ugyanolyan hormonális változásokkal kísért állapotokat tartanak fenn, mint amelyek stresszhelyzetben figyelhetőek meg. A megbocsátás hiányából fakadó negatív érzelmek – elsősorban a citokin-rendszeren keresztül – immunszuppresszív hatásúak. Az ellenségesség, mint a megbocsátás hiányának egyik megnyilvánulási formája, számos kutatás szerint megnöveli a szív- és érrendszeri problémák valószínűségét, emeli a vérnyomást, valamint a szívinfarktus egyik pszichés rizikófaktorának tekinthető (Szondy 2006, 2007).

### **8. Szubjektív jóllét, az élet értelmességének érzése, intrinzik és extrinzik motiváció**

A **szubjektív jóllét** amely a pszichés egészség globális indikátorának tekinthető három komponens által meghatározott.

1. Az egyik a tapasztalatok kognitív megítélését foglalja magában, utalva az élet egészével való megelégedettség szintjére, ahogyan az egyén az életét globálisan minősíti, összehasonlítva az aktuális helyzetét a vágyott vagy elérni kívánt, ideálisnak tartott állapottal. Ha a kettő közötti eltérés a nullához közeli, vagy az összevetés pozitív, a személy elégedettnek fogja tartani magát.
2. A másik a pozitív érzelmek (öröm és boldogság) gyakorisága és intenzitása, minthogy életünk eseményeit emocionálisan is értékeljük.
3. A harmadik a negatív emóciók (depresszió, félelem, szorongás, szomorúság vagy más érzelmileg megterhelő állapotok) viszonylagos hiánya. Számos vizsgálat igazolta, hogy az étellel való elégedettség kognitív megítélése, a kellemes érzelmek megléte, illetve a kellemetlen érzelmek hiánya egymástól független, különálló tényezők. Jóllehet, korábban a teoretikusok a pozitív és negatív érzelmekről azt gondolták, hogy ugyanazon dimenzió két végpontján helyezkednek el, mára igazolást nyert, hogy az egy személyen belüli pozitív és negatív érzelmek szintje viszonylag független egymástól.

Az **élet értelmessége** olyan értelmessé összeálló összefüggések rendszereként határozható meg, amely életünket céllal, irányvonallal, elköteleződéssel hatja át. Akkor érezzük értelmesnek és értékesnek az életünket, ha a belső énünkkel kongruens céljaink vannak, és elkötelezetten törekszünk ezek megvalósítására, végső soron az önmegvalósításra, személyiségünk kiteljesítésére. A célok, mint a jövőbeli állapotok reprezentációi, motivációs erővel bírnak, ezáltal meghatározó befolyást gyakorolnak a viselkedésre. A célokhoz kötődő kognitív és affektív értékelések számos jellemzőjéről mutatták ki, hogy a testi-lelki egészség fontos előrejelzői.

Az **extrinzik motiváció** felölel minden olyan készletet meghatározó tényezőt, amely a magatartás irányításában külső kontrollt gyakorol, azaz a motiváció forrása a személyhez képest külső, vagyis a viselkedést a külső elvárások és jutalmak keresésének igénye vezérli. Ezzel szemben az **intrinzik motiváció** forrása például a személy érdeklődése, magának a tevékenységnek az élvezete, összességében minden olyan tényező,

amely a cselekvésben magában van, illetve a személyen belüli. A kultúra felkínál számunkra különböző életcélokat, amelyek azonban különbözhetnek egymástól abban, hogy mennyire felelnek meg intrinzik szükségleteinknek. Az olyan, széles körben elfogadott törekvések, mint például az anyagi jólét, a jó megjelenés vagy a siker és a hírnév keresése a külső jutalmakra helyezik a hangsúlyt. Ha pedig ezek a törekvések viszonylag nagy teret nyernek a motivációs rendszerben, akkor megnehezítik a valódi, a személy belső szükségleteinek jobban megfelelő célok, mint például a tartalmas emberi kapcsolatok, a személyes növekedés vagy a közösség iránti elkötelezettség megvalósulását.

Kasser és Ryan (1996) a szubjektív jóllét célokkal és értékekkel való kapcsolatának vizsgálatai nyomán megállapították, hogy azok a személyek, akiknek az extrinzik célok (törekvéseik pénzügyi sikerekre, a pénz és az anyagi javak megszerzésére irányulnak) fontosak, alacsonyabb jóllétről számolnak be, valamint rosszabb pszichés állapotban vannak függetlenül a nemüktől, mint azok az egyének, akiknek az intrinzik célok (önmaguk elfogadása, a kapcsolatok és a közösségi érzések) elsődlegesek.

A különböző életkorú, alacsony, közép és felső társadalmi rétegeket képviselő emberek körében, valamint az Egyesült Államoktól eltérő kultúrákban végzett vizsgálatok is igazolták, hogy fordított a kapcsolat az anyagi értékek nagy becsben tartása és a szubjektív jóllét között. A szubjektív jóllétet befolyásoló tényezők – a kiemelkedő szükségletek és értékek eltérő alakulása nyomán – noha kultúrákként különbözhetnek, mégis megállapítható, hogy az intrinzik célok centrálisabb jellegűek, mint az extrinzik célok (Pauwlik 2008).

Az étellel való elégedettség, az átfogó szubjektív jóllétnek, illetve az életnek összességében való értékelésére vonatkozik, kifejezve, hogy az egyén 'mennyire szereti az általa élt életet'. Az 'élet' ebben az értelemben úgy is definiálható, mint az egyén életének összes területe egy adott pillanatban (a testi és a lelki egészség, a munka, a szabadidő, a társas kapcsolatok, a házasság és a család), illetve mint az egyén átfogó értékelése az életéről, születésétől kezdve. Fujita és Diener (2005) szerint az egyén étellel való elégedettsége – kisebb pozitív vagy negatív irányú kilengésektől eltekintve – viszonylag állandó marad. Több vizsgálat kimutatta, hogy amikor az embereknek megpróbáltató helyzetekben (pl. több végtagra kiterjedő bénulás kialakulása után) vagy nagy sikerekben van részük (pl. amikor a lottón nyernek), hamar alkalmazkodnak ezekhez az életkörülményekhez, és hosszú távú jóllétük legfeljebb csak kis mértékben változik. Ezek a kutatások arra engednek következtetni, hogy a megszokott életviteltől való eltérés módosíthatja ugyan az egyén étellel való elégedettségét, azonban ez a változás csak ideiglenes, ugyanis a stabil személyiségtényezők miatt a szubjektív jóllét visszatér korábbi, egyensúlyi szintjéhez („dinamikus egyensúly modell”). A kezdeti erőteljes változást követően az emberek visszatérnek a rájuk jellemző és a velük született, temperamentumuk által meghatározott étellel való elégedettségi szinthez. Úgy tűnik, az étellel való elégedettség hosszú távon többnyire stabil marad. Mintha létezne egy „finom kezdeti bázispont”, mely körül az életünk során az étellel való elégedettségünk mozog. Bizonyos életesemények rövid időre megváltoztathatják akár pozitív, akár negatív irányban ezt a viszonylag stabil egyéni jóllét szintet. A személyek akár a pozitív, akár a negatív élethelyzetekhez idővel tudnak alkalmazkodni. A vizsgálati eredmények arra utalnak, hogy ez a „finom kezdeti bázispont” a személyek egynegyedénél azonban jelentősen megváltozhat.

Az étellel való elégedettség szempontjából kevésbé a jövedelem nagysága, inkább a jövedelem szubjektív megítélése fontos. Az, hogy az egyén mennyire tartja jövedelmét kielégítőnek, erőteljesebb prediktora az étellel való elégedettségnek, mint a jövedelem nagysága. Érdekes módon, sem az aktuális jövedelem, sem a megtakarítások vagy a tulajdonban lévő vagyon nem mutat összefüggést a boldogsággal, ugyanis ezek

önmagukban nem jelölik az anyagi elköteleződést vagy a vásárlási erőt egy minimális szint felett. Ez azt is tükrözi, hogy nem annyira a jövedelem abszolút értéke, mint inkább a személy szükségleteiről alkotott képe befolyásolja a boldogságot.

Sok fejlett országban az anyagi jóllét nagymértékben megnőtt az utóbbi években, miközben az étellel való elégedettségben nem tapasztalhatók ilyen jellegű változások. A mai társadalmak egyre inkább hedonisták és fogyasztáscentrikusak lesznek, ami paradox módon nem magasabb, hanem alacsonyabb beteljesülési érzést eredményez. A legfejlettebb országokban tapasztalt jövedelemnövekedés nem okoz tehát hasonló mértékű pozitív változást a szubjektív jóllétben. Ez azzal magyarázható, hogy a növekvő életszínvonal módosítja az emberek vágyait és az elégedettséggel kapcsolatos értékelési szempontjaikat.

Az étellel való elégedettség általában magasabb a gazdaságilag fejlett országokban. Az étellel való elégedettség és a gazdasági fejlettség kapcsolatának erőssége országok közötti összehasonlításban egy logaritmikus görbével írható le; eszerint a jövedelem és az étellel való elégedettség szoros pozitív összefüggést mutat a szegény országokban, míg a gazdag országokban ezek a tényezők kis mértékben vagy egyáltalán nem korrelálnak. Az étellel való elégedettség az egyenlőségre törekvő társadalmakban is magasabb, ami részben a rájuk jellemző nagyobb gazdasági jólléttel is magyarázható. Továbbá, az étellel való elégedettség azokban az országokban is nagyobb, ahol az emberi jogokat és a politikai szabadságot tiszteletben tartják (Vas 2008).

### **9. Optimizmus, a kétarcú protektív faktor**

Az optimizmus fogalma a jövőbeli eseményekkel kapcsolatos generalizált pozitív elvárásokat jelenti. Az optimizmus erős érzelmi színezettel, motivációs töltöttséggel bíró attitűd, amely áthatja az élet tapasztalatainak és kihívásainak az értékelését. A kutatók többféle optimizmust különböztetnek meg. A diszpozicionális avagy vonásoptimizmus a személyiség viszonylag stabil karakterjegye, amely meghatározza a jövőre vonatkozó kedvező kimenetek elvárását. Az attribúciós optimizmus azt az oktulajdonítási mozzanatot ragadja meg, ahogyan az emberek a velük történt pozitív és negatív eseményeket magyarázzák. Az attribúciós optimizmus magas szintje azt a személyt jellemzi, aki a negatív eseményeket külső, instabil (időleges) és specifikus (kevés területet érintő) okokkal magyarázza. A szituációs optimizmus egy konkrét jövőben bekövetkező helyzet (pl. egyetemi vizsga) pozitív kimenetelével kapcsolatos elvárást jelent.

Az optimizmus mentális egészségi állapotra gyakorolt hatása sokrétű (Szondy 2006). Szoros összefüggés mutatható ki az optimizmus és a megküzdési folyamatok eredményessége között. Stresszhelyzetekben a figyelmet a lehetséges pozitív következmények felé tereli, így az optimista személy a nehézségek ellenére továbbra is úgy gondolja, hogy a célja elérhető. A keményebb helytállás, az állhatatosság nagyobb valószínűséggel eredményez a későbbiekben sikert, hozzájárulva a szubjektív jóllét magasabb szintjéhez. Az optimista személyeket általánosságban a problémafókuszú megküzdés magasabb, az emóciófókuszú megküzdés alacsonyabb szintje jellemezi.

Az optimizmus kétarcúsága abból ered, hogy bizonyos helyzetekben erősíti, más helyzetekben azonban gyengíti az immunfunkciókat. A kutatások szerint stressz- és konfliktusmentes helyzetben a vonásoptimizmus immunrendszert erősítő hatása érvényesül. Abban az esetben azonban, ha a személyek kontrollálhatatlan helyzetbe kerülnek, az optimizmus immunszuppresszív hatása kerül előtérbe. A szituációs optimizmus a vizsgálatok szerint erősebben kapcsolódik az immunfunkciókhoz, mint a vonásoptimizmus. A szituációs optimizmus is azokban a helyzetekben áll negatív kapcsolatban az immunmutatókkal, ahol a stresszhelyzet kontrollálhatatlan, illetve hosszabb időn át fennáll (Szondy 2004). Amennyiben a körülmények nem teszik lehetővé a

pozitív elvárások megvalósulását, az optimista beállítódás elérhetetlen célokat szolgáló küzdelmekre ösztönözheti a személyt, amely végül egészségkárosítóvá válhat.

Az optimizmus egészségre gyakorolt hatása abban is megmutatkozik, hogy gyakran jár együtt fokozott egészségtudatossággal. Az optimista beállítódásnak köszönhetően a személyek tevékenyen próbálják megelőzni a betegségek kialakulását, és ha megbetegszenek, nagyobb erőfeszítést tesznek a gyógyulásukért. A pesszimista, lehangolt személy kevésbé törődik egészsége megőrzésével. Pozitív érzelmek gerjesztésével az optimizmus befolyásolja az élettervek és életcélok felállítását, és a megvalósíthatóságukba vetett hitet. Elősegíti a személyiség olyan irányú fejlődését, amely a lelki egészség megtartása felé mutat, miközben jelentős védő hatást fejt ki a depresszió kialakulása ellen.

Egyes kutatók azt feltételezik, hogy az optimizmus és a pesszimizmus nem ugyanannak a dimenzióknak az ellentétes végpontját képviselik, hanem két különálló – és bizonyos mértékig – független dimenzióknak tekinthetők. Az optimizmus és a pesszimizmus fizikai egészséggel mutatott kapcsolata eltérő jellegű. A pesszimizmus lineáris kapcsolatot mutat a negatív egészségmutatókkal: azaz minél magasabb egy adott személy pesszimizmusszintje, annál rosszabbak az egészségmutatói. Ezzel szemben az optimizmus összetettebb viszonyt mutat az egészségi állapottal. Két megközelítés különböztethető meg ezzel kapcsolatban: az első itt is lineáris felfogást alkalmaz („Minél több, annál jobb.”), a másik nonlineárisat („Mind a túl sok, mind a túl kevés rosszat tesz.”). Vagyis nemcsak az alacsony, hanem a túlságosan magas optimizmusszint is maladaptív lehet bizonyos körülmények között.

A Weinstein (1984) által leírt irreális optimizmus fogalma a személyt fenyegető események valószínűségének lebecsülését jelenti. Jellegzetes ítéleti hiba, amelynek eredményeképpen az emberek eltúlzottan és indokolatlanul bíznak abban, hogy az elkövetkezendő történések számukra kedvezően alakulnak: úgy vélik, hogy a rossz dolgok inkább másokkal, a jók inkább saját magukkal történnek meg. Ez a vélekedés azonban megalapozatlan, hiszen pontos valóságpercepció esetén a bekövetkező jó, illetve rossz események becslésének kiegyenlítettnek kellene lennie: mindenkinek nem lehet jobb esélye másoknál. „Hibás” vélekedéseink, optimista valószínűségi ítéleteink kockázatosabb viselkedéseket engedélyeznek számunkra, mint az a hozzáállás, hogy baj történhet. Az irreális optimizmus megakadályozza az objektív kockázatok észlelését, megfelelő értékelését, így a kedvezőtlen életesemény lehetőségének felmerülésekor nem aktiválódnak a megküzdő mechanizmusok. A túlzottan optimista hozzáállás visszatarthatja az egyént, hogy a kívánt megelőző eljárásokat végrehajtsa. Ugyanakkor létezik a pozitív illúzióknak egy optimális szintje, amikor még a viselkedés és a jóllét, a jó közérzet szolgálatában állnak, hiszen pozitív érzelmi állapothoz segítenek, biztosítva ezzel a kedvező énkép fenntartását, növelve az önértékelést, illetve az általános elégedettséget, továbbá kellő távolságot tart fenn a lelki apparátus és a környezet kedvezőtlen, fenyegető eseményei között. Ebben az értelemben az optimizmus énvédő mechanizmusnak is tekinthető.

## **10. Optimális élmény**

A Csíkszentmihályi Mihály (1997) által leírt áramlatélmény, a „flow”, olyan sajátos tudati állapot, amely akkor alakul ki, amikor a személy képes úgy belemerülni egy adott tevékenységbe, hogy mintegy eggyé válik, összeolvad azzal a foglalatossággal, alig érez közben különbséget önmaga és a külvilág között, egyúttal pszichés energiái maradéktalan igénybevétele valósul meg. A tevékenységben a személy számára erős kihívás rejlik, ugyanakkor kellőképpen jó képességeket észlel magában ahhoz, hogy szembenézzen e kihívással. A kialakuló kiegyensúlyozott és komplex helyzetet magas szintű belső késztettség, erős érzelmi bevonódás és koncentráció, kontrollérzet, valamint pozitív

hangulat jellemzi. Testünk és lelkünk optimális működési állapotba kerülését, élményszinten „áramlatként” vagy „tökéletes élményként” tapasztaljuk meg. Az áramlatélmény átélésének gyakoriságával arányos következmény az örömteli, élvezetes érzelmi állapotok átélése mellett képességeink fejlődése, személyiségünk gazdagodása, kiteljesedése. A tökéletes élmények gyakori átélése egyben immunitásunkat erősítő hatású.

Az optimális élmény bármilyen tevékenység során átélhető, feltételei alapvetően a személyiségünkben fakadnak, hiszen magunk jelöljük ki azokat a célokat, amelyek elérésére törekedve képességeinket és fejlődésünknek megfelelően megválasztott feladatainkat egyensúlyban tartjuk. Mindennapi életünk különböző követelményeket támaszt, amelyek teljesítéséhez vagy rendelkezünk megfelelő színvonalú képességekkel, vagy nem. Élményeink minőségét, érzelmi állapotunk alakulását döntően meghatározza az a tény, hogy milyen arányban jelennek meg mindennapjainkban a meglévő képességeinkkel kezelhető, a képességeink szintjéhez igazodó vagy a képességeinket nem számottevő mértékben meghaladó kihívások, követelmények. Napi élethelyzeteink során az általunk választott vagy ránk rótt feladatok meglévő képességeink birtokában jelentősen eltérhetnek egymástól, attól függően, hogy azok könnyen teljesíthetőek-e, vagy izgalmat keltve, vágyott kihívásként értelmezve jóleső készletettséget okoznak, hiszen képességeink és a feladat nehézségének mértéke egymással arányban áll, vagy esetleg olyan nehezek és megterhelők, hogy megoldhatatlan problémát, hiábavaló megpróbáltatásokat jelentenek számunkra. A képességek és a napi követelmények konstellációja sajátos élményminőséggel, érzelmi állapottal jár együtt. Azokat a kihívásokat jelentő élethelyzeteket, amelyekben a képességeink szintje elmarad a követelményektől a szorongás érzése uralja. A szorongás élményállapotának leküzdéséhez „a feladathoz való felnövés”, a magasabb színvonalú követelményeknek való megfeleléshez szükséges képességeink fejlesztése segít minket. Amennyiben csekélynek érezzük a kihívást, ugyanakkor a személyes képességeinket a feladathoz mérten jelentősnek érzékeljük – azaz túlságosan egyszerű és könnyű annak az elvégzése –, akkor az unalom élményállapotát éljük át. Az apátia, az el nem kötelezettség, a közönyösség akkor keríthet hatalmába, ha a képességeinket és a feladat keltette kihívást egyaránt elégtelennek találjuk. Az unalom és az apátia pillanataitól akkor szabadulhatunk meg, amikor olyan foglalatosságba kezdünk, amelyben meglévő képességeinket kell próbára tennünk ahhoz, hogy a választott célunk megvalósulásához közelebb kerüljünk.

Személyiségünk kiteljesedésének és képességeink fejlesztésének egyik legfőbb ösztönzője a tökéletes élmény elérésére való törekvés, létrejöttét a magas szinten kimunkált képességek és az embert próbára tevő feladatok „találkozása” biztosítja, ennek bekövetkeztekor kerülünk a „flow-élménycsatornába” (Oláh 2005). Az optimális élmény átélésének megvalósulását gyakran fáradtságos, erőfeszítést kívánó, áldozatos tevékenységek elvégzése előzi meg, azonban ennek eredményeképpen nemcsak a különböző részképességek integrációjának köszönhetően egyre komplexebb feladatoknak, mind nagyobb kihívásoknak képes a személy megfelelni, hanem az intrinzik módon motivált cselekvés, önjutalmazó jellege miatt, a folyamatos fejlődésre, a további kibontakozásra is ösztönzően hat. A tökéletes, optimális vagy áramlatélmény tekinthető a legadaptívabb megküzdési módnak, hiszen a kihívások keresése, a magunk választotta célok kitűzése, az élet hozta megpróbáltatások transzformálása – azok kihívásként való értelmezése – vagy a követelmények teljesítését, a problémák megoldását biztosító új képességek kifejlesztése elősegítik a személyiség protektív, stressztoleranciát biztosító dimenziókban (optimizmus, énhatékonyság-érzés, kontrollképesség stb.) való megerősödését.

## **11. Korai kötődés és stresszérzékenység**

A korai kötődés egészséggel-betegséggel való kapcsolatának vizsgálata napjaink izgalmas kutatási területe, amely hozzájárulhat a stresszérzékenység individuális különbségeinek megértéséhez. A személyiségfejlődés korai időszakában a szülői gondoskodás minősége és a felnőttkori testi-lelki egészség közötti összefüggésekről nyert ismeretek egyre nagyobb jelentőségűek. A pszichoanalitikus tapasztalatok, a csecsemőmegfigyelések, a kötődéskutatások és a fejlődéslélektani ismeretek már korábban is kétséget kizáró adatokkal szolgáltattak arra vonatkozóan, hogy a gyermek érzelmi-kognitív és társas viselkedésének fejlődésében a korai anya-gyermek kapcsolat interakciós mintázatának meghatározó szerepe van. Ma már bizonyítható, hogy a terhesség időszakában megalapozódó, majd a születést követően megvalósuló szülői gondoskodás, és az ennek eredményeként kialakuló érzelmi kötődés kapcsolatban van a középkorú emberek lelki és testi állapotának minőségével, megbetegedési, illetve halálozási gyakoriságuk alakulásával.

A születést követő pár órát magában foglaló időszak a kisdéd iránti anyai kötődés kifejlődésének szenzitív periódusa. Azok az anyák, akiket a szülés utáni periódusban elválasztottak kicsinyeiktől, az elkövetkező hónapokban kevesebb magabiztosságot és kompetenciát mutattak az anyaság némely aspektusában. Az anyai szerepviselkedés alapját tudattalanul rögzült attitűdök, beállítódások képezik, amelyek főleg az anya saját gyermekkori (csecsemőkori) anyjával való kapcsolatából maradtak fenn. Így meghatározó az anya saját tapasztalata arról, ahogyan az anyja róla gondoskodott. A Winnicott (2000) által leírt „elég jó anya” intuitív módon bánik csecsemőjével, s így lehetővé válik a fájdalom, a félelem és a frusztráció forrásainak korai felderítése, a csecsemő alapvető szükségleteinek kielégítése. Ennek eredményeként az anya az örömteli, kellemes tapasztalatok optimumát nyújtja gyermekének. Az „elég jó anya” elégséges, de nem túl sok gondoskodást biztosít gyermeke számára. Nem hanyagolja el, de nem foglalkozik vele tolaodóan vagy túlzottan kontrollálóan. Az „elég jó anya” a gyermek szükségleteit annak fejlettségi szintjéhez, alkati adottságaihoz mérten, optimális mértékben elégíti ki, illetve frusztrálja. A korai anya-gyermek kapcsolat egy életen át meghatározó tényező az egyén alkalmazkodási készsége, adaptációs kapacitása tekintetében.

A kötődés biztonsága, amit a gyermek az első életév végén mutat, annak az interakciónak az eredménye tehát, amely anya és gyermeke között az első hónapok során zajlott. A gyermek veleszületett és tanult jelzőfunkciói segítségével (sírás, mosoly, gagyogás stb.) „provokálja” az anyát a megfelelő környezeti feltételek megteremtésére. Ha az anya ezeket az igényeket megvalósítja, akkor egyéves kor körül létrejön a „biztonságos kötődés”. A korai interakciók élményeiből szerveződő reprezentációs készletet, a kötődési kapcsolat internalizálását a „kötődés belső munkamodelljének” nevezzük, amely a továbbiakban tulajdonságként funkcionál, és minden későbbi kapcsolat prototípusául szolgál. Ezek az egész élet során viszonylagos állandósággal bíró modellek nem tudatos szinten fejtik ki az élményszerveződésre, a viselkedésre gyakorolt meghatározó hatásukat. Biztonságos kötődés esetén a felnövekvő gyermek mind önmagához, mind a számára fontos másokhoz pozitív elvárásokkal és bizalommal viszonyul. Tapasztalatai szerint elég értékes ahhoz, hogy gondozzák, ha arra szüksége van, és képes a legtöbb nehézséget okozó helyzettel eredményesen megküzdeni.

Ainsworth az 1970-es években fejlesztett ki egy olyan kísérleti helyzetet, amelyben a kisgyermek kötődési viselkedése vizsgálhatóvá vált. Az „idegen helyzet” vizsgálati elrendezésben a 18 hónapos gyermekek anyjukkal vesznek részt. Néhány alapvető, életszerű helyzetben vizsgálják a gyermek viselkedését. Annak alapján, hogy a gyermek miként reagál egy idegen személy érkezésére, hogyan viselkedik anyja távozásakor, illetve visszatérésekor, Ainsworth különböző kötődési mintázatokat azonosított.



1. A **biztonságosan kötődő** gyermek anyja jelenlétében barátságos, érdeklődő az idegennel szemben. Az anya távozása felizgatja, sírni kezd, az idegen nehezen tudja megnyugtatni őt, figyelme játékkal nem terelhető el. Az anyát visszatérésekor örömmel fogadja és megnyugszik.

2. A **bizonytalanul kötődő, ambivalens** gyermek viselkedési mintázatot mutató gyermek fél anyja közelségét elhagyni, bizalmatlan az idegennel szemben, fél tőle. Az anya távolléte alatt nyugtalan, passzív, az idegennel nem törődik, közeledését és a játékot visszautasítja. Az ambivalens gyermek az anya visszatérésekor fakad sírva, az anya is csak nehezen tudja megnyugtatni őt. Néhányuk dühös az anyára, mintha haragudna rá azért, hogy egyedül hagyta.

3. A **bizonytalanul kötődő elkerülő** gyermek úgy viselkedik, mintha nem törődne az anyjával. Közelségét nem keresi, az anya távozása nem zaklatja fel, elfoglalja magát a játékokkal. Kifejezetten barátságos az idegennel, vele játszik, nála keres megnyugvást. Az anya visszatérésekor nem mutat örömet.

4. A **bizonytalan-dezorganizált kötődési mintázat** elsősorban a bántalmazott gyermekekre jellemző, akiknél a bizalmatlanság, a félelem és az elkerülés elemei keverednek.

A bizonytalan kötődési típusok sérülékenyebb biológiai és viselkedéses szabályozó folyamatokra hajlamosítanak, így növelhetik a betegségek kialakulásának kockázatát. Maunder és Hunter (2004) összefoglaló tanulmányukban leírják, hogy a korai kötődési zavarok és az egyes felnőttkori testi betegségek (pl. egyes gasztrointesztinális és reumatológiai kórképek) kialakulása között összefüggés van. A bizonytalan kötődés számos útvonalon vezethet el a felnőttkori betegség kialakulásához.

1. A bizonytalan kötődés befolyásolhatja a stresszválasz szabályozását. A kapcsolati kötelék biopszichológiai funkciója környezeti fenyegetés esetén a biztonságérzet helyreállítása. Bizonytalan kötődési kapcsolatban ez nem valósul meg. Ebből fakadóan a bizonytalan kötődés hatására erősen fokozott érzékenység alakul ki a veszélyek iránt. A bizonytalan kötődés növeli a fiziológiai stresszválasz intenzitását és/vagy meghosszabbítja időtartamát. Mindemellett csökkenti a személy képességét, hogy a szociális forrásokat felhasználva a stresszhatásokat mérsékelje. Az ambivalensen kötődő személy fél az elutasítástól és a társak hozzáférhetetlenségétől, ezért nem keres támaszt. Az elkerülő kötődés pedig a támaszkeresés helyett az önkéntes izolációnak és az önmagára utaltság hitének kedvez.

2. A bizonytalan kötődés az érzelmek külső szabályozó eszközeinek gyakoribb alkalmazásának kedvez. A pszichés egyensúly fenntartásának képessége a korai diádikus szabályozási rendszerben alakul ki. A megfelelő fiziológiai izgalmszint-moduláció a kielégítő anyai gondoskodás eredményeként valósul meg. Az érzelmi önszabályozás kifejlődéséhez az szükséges, hogy az anya visszatükrözze a gyermek primer kínzó, izgató, testi-érzelmi állapotait. A gondozói visszatükrözés nyomán kialakuló reprezentációk segítik a gyermeket érzelmi és impulzusai szabályozásában. Bizonytalan kötődési kapcsolatban a belső fiziológiai és érzelmi önszabályozás fejlődése zavart szenved. A bizonytalanul kötődő személyek nagyobb valószínűséggel alkalmaznak külső eszközöket hangulataik és érzéseik befolyásolására. A hangulatmódosító, nyugtató vagy stimuláló szerek (alkohol, cigaretta, drog) általában olyan biológiaiailag aktív anyagok, amelyek az egészségre károsak, és amelyek fogyasztásához többnyire más kockázatos viselkedésforma is társul. Mindezek célja megfelelő önszabályozás híján az érzelmek, impulzusok, hangulatok külső szabályozása, valamint a kapcsolati bizonytalanság érzésének kompenzálása. Ambivalensen kötődő személyeknél az evésviselkedésnek (túlevés vagy koplalás) gyakran hangsúlyos érzelemszabályozó (megnyugtató, szorongásoldó, önjutalmazó) szerepe van. Az elkerülő kötődést mutatóknál gyakori, hogy alkohollal vagy droggal pótolják a hiányzó

pozitív érzelmi élményeket, illetve kockázatos szexuális viselkedéssel igyekeznek helyettesíteni jelentéstartó tárgykapcsolatokat.

3. A bizonytalan kötődés nehezíti a betegségekkel szemben protektívnek tekintett viselkedések alkalmazását. Bizonytalan kötődési mintázattal rendelkező személyek kevésbé hatékonyan használják a szociális támogatást. Jellemző rájuk, hogy a gyógykezelés során kevésbé működnek együtt az egészségügyi személyzettel, az orvossal kialakuló kommunikációjuk könnyen diszfunkcionálissá válhat.

A kötődés és a megküzdés kapcsolatát vizsgáló kutatók szerint a kötődési stílusok más-más megküzdési stratégia preferálására hajlamosíthatnak. A biztonságos kötődés hatékonyabb megküzdési módokkal áll kapcsolatban, és megfelelő szociális támogatottságot biztosít (Seress 2006).

A korai kötődés minősége, az esetlegesen kedvezőtlen gyermekkori események (gyakori szeparáció, büntető vagy elhanyagoló, empátiahiányos anyai magatartás) tehát a stresszrendszer érési zavarain keresztül hiányokhoz, egyensúly- és megoldási problémákhoz, öngyógyító, korrigáló rizikómagatartásokhoz vezet, amelyek egyengetik az utat a későbbi betegségek kialakulása felé.

## SZAKIRODALOM

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. 1978. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bertók, L. 2007. Újabb szempontok a stressz kórélettanában. *Magyar Tudomány*, 5: 607–613.
- Csikszentmihályi, M. 1997. *A flow – az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Budapest. Akadémia Kiadó.
- Fujita, F., Diener, E. 2005. Life satisfaction set point: stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (1): 158–164.
- Gardner, H. 1983. *Frames of mind. The theory of multiple intelligence*. New York, Basic Books.
- Goleman, D. 1997. *Érzelmi intelligencia*. Budapest, Háttér Kiadó.
- Kasser, T., Ryan, R. M. 1996. Further examining the American dream: differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22: 280–287.
- Kopp, M. 2001. A szív- és érrendszeri megbetegedések magatartástudományi szemlélete. In: Buda B., Kopp M. (szerk.): *Magatartástudományok*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt. 609–617.
- Kulcsár, Zs. 1998. *Egészségpszichológia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Lazarus, R. 1991. *Emotion and Adaptation*. New York, Oxford University Press.
- Margitics, F. 2005. A diszfunkcionális attitűdök megküzdési stratégiák és az attribúciós stílus összefüggése a szubklinikus depressziós tünetegyüttessel főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 2: 95–122.
- Maunder, R. G., Hunter, J. J. 2004. Kötődés és pszichoszomatikus medicina: a stressz és betegség megközelítése a fejlődés problémái felől. In: Kulcsár Zs., Rózsa S., Kökönyei, Gy. (szerk.): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2004. 155–179.
- Mayer, J. D., Salovey, P. 1997. What is emotional intelligence? In: Salovey P., Sluyter D. (eds.) *Emotional development and emotional intelligence*. New York, Basic Books.
- Nagy, H. 2006. Az érzelmi intelligencia kapcsolata az intelligenciával és a személyiséggel. *Pszichológia*, 3: 247–264.
- Oláh, A. 2005. *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Budapest, Trefort Kiadó.

- Pauwlik, Zs., Margitics, F. 2008. Személyes törekvések kapcsolata a szubjektív jólléttel főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 1*: 1–33.
- Pikó, B. 2007. A pozitív gondolkodás szerepe az egészség megtartásában. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 115–132.
- Rotter, J. B. 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. In: *Psychological Monographs*, 80 (1.) (Whole No. 609).
- Salovey, P., Mayer, J. D. 1990. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality, 9*: 185–211.
- Seligman, M. E. P. 1975. *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Selye, J. 1973. Életünk és a stress (sic). Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Seress, G., Bárdos, Gy. 2006. Pszichológiai tényezők irritábilis bél szindrómában: a megküzdés és a kötődés vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle, 3*: 373–397.
- Szabó, A., Kun, B., Urbán, R., Demetorvics, Zs. 2011. Kezdeti eredmények a Wong és Law Érzelmi Intelligencia Skála (WLEIS-HU) hazai alkalmazásával. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 1*: 1–15.
- Szondy, M. 2004. Optimizmus és immunfunkciók. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 4*: 301–319.
- Szondy, M. 2006. Optimizmus és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle, 4*: 617–636.
- Szondy, M. 2006. A megbocsátás pszichológiája: kialakulása, hatásai és fejlesztése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 1*: 15–34.
- Szondy, M. 2007. A megbocsátásra való hajlam kapcsolata a szociodemográfiai jellemzőkkel, az optimizmussal és a boldogsággal. *Pszichológia, 3*: 221–238.
- Túry, F. 2005. Az orvoslás szemléleti modelljei – a biopszichoszociális modell. In: Kopp M., Berghammer R. (szerk.): *Orvosi pszichológia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt. 29–40.
- Urbán, R. 1994. Az intimitásról. *Magyar Pszichológiai Szemle, 1–2*: 84–98.
- Urbán, R. 1995. Boldogság, személyiség és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle, 5–6*: 379–404.
- Vas, L., Gombor, A. 2008. Az étellel való elégedettség magyar és izraeli orvostanhallgatók körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 4*: 323–347.
- Wágner, F. 1995. Drogos fiatalok megküzdési stratégiáinak vizsgálata. *Szenvedélybetegségek, 6*: 422–427.
- Weinstein, N. D. 1984. Why it won't happen to me? Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology, 5*: 431–457.
- Winnicot, D. W. 2000. *Kisgyermek, család, külvilág*. Budapest, Animula Könyvkiadó.