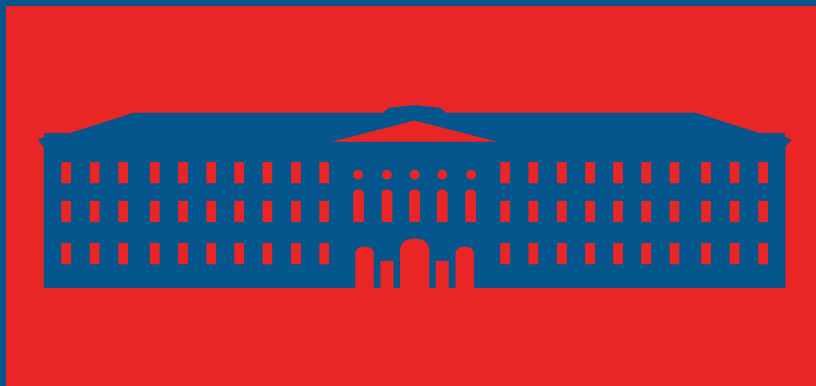


Haller József
Hazafi Zoltán
Kóródi Gyula

Stressz, kiégés és törvényi szabályozás

Kiégésmegelőzés és stresszmenedzsment a
közigazgatásban



Dialóg Campus



Dr. Haller József – Dr. Hazafi Zoltán – Dr. Kóródi Gyula

STRESSZ, KIÉGÉS ÉS TÖRVÉNYI SZABÁLYOZÁS

Kiégésmegelőzés és stresszmenedzsment a közigazgatásban

A kiadvány a KÖFOP-2.1.1-VEKOP-15-2016-00001 „A közszolgáltatás komplex kompetencia, életpálya-program és oktatás technológiai fejlesztése” című projekt keretében készült el és jelent meg.

Szerzők:

Dr. Haller József – Dr. Hazafi Zoltán – Dr. Kóródi Gyula

Szakmai lektor

Dr. Berta Judit

© Dialóg Campus Kiadó, 2017

© A szerzők, 2017

A mű szerzői jogilag védett. Minden jog, így különösen a sokszorosítás, terjesztés és fordítás joga fenntartva. A mű a kiadó írásbeli hozzájárulása nélkül részeiben sem reprodukálható, elektronikus rendszerek felhasználásával nem dolgozható fel, azokban nem tárolható, azokkal nem sokszorosítható és nem terjeszthető.

TARTALOM

1. A STRESSZ	6
1.1. Mit fedezett fel Selye?	6
1.2. A stressz alapfogalmai	7
1.3. Jó a stressz vagy rossz?	8
1.4. A „rossz” stressz	10
1.4.1. Kontroll	11
1.4.2. Előreláthatatlanság	11
1.4.3. Reziliencia	12
1.4.4. Coping	12
1.5. A stressz következményei	13
1.5.1. A stresszválasz	13
1.5.2. A „második” stresszhormon	13
1.5.3. Egy új állapot	14
1.6. Stressz és egészség	15
1.6.1. Életkor	15
1.6.2. Az egyén	15
1.6.3. A lavinaeffektus	16
2. KIÉGÉS SZINDRÓMA (BURNOUT)	17
2.1. Mi a kiégés?	17
2.2. Mennyire gyakori?	18
2.3. Tünetek és a kialakulás fázisai	19
2.4. Mit lehet tenni?	20
3. A KÖZSZOLGÁLATI JOGI SZABÁLYOZÁS SZEREPE A STRESSZ MEGELŐZÉSÉBEN ÉS CSÖKKENTÉSÉBEN	22
3.1. Általános magatartási követelmények jelentősége a stressz megelőzésében	22
3.2. Speciális rendelkezések szerepe a stressz megelőzésében	23
3.2.1. Beillesztés	23
3.2.2. Kinevezés egyoldalú módosítása [Kttv. 48. §, Áttv. 7. § (5)–(9) bek.]	24
3.2.3. Munkaidő, pihenőidő	25
3.2.4. Utasítások végrehajtása	25
3.2.5. Pályabiztonság	26
SZAKIRODALOM	27
FOGALOMTÁR	29
JOGSZABÁLYTÁR	33

1. A stressz

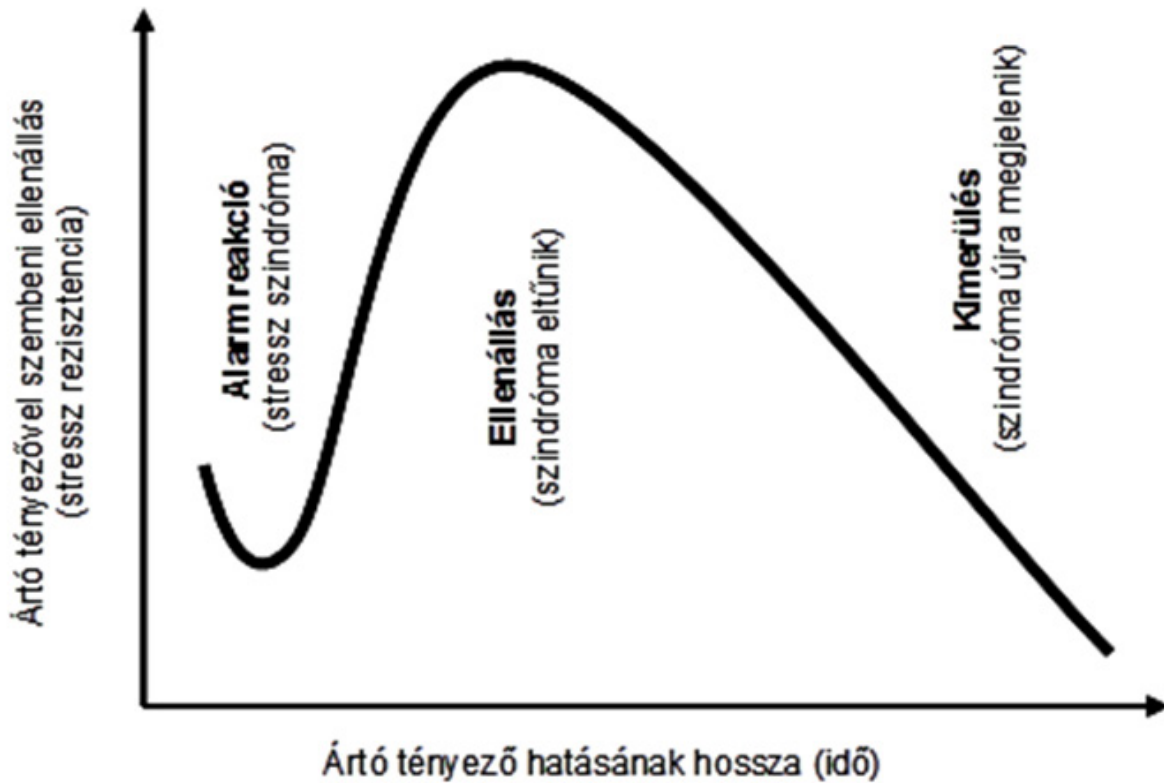
Selye János – aki akkoriban Kanadában dolgozott – egy rendkívül rövid, mindössze egyoldalas cikkben olyan felfedezést tett közzé, amely az egész orvostudomány (és az egész biológiai tudomány) fejlődésének új irányt szabott (SELYE 1936). Valószínűleg ez a legjelentősebb felfedezés, amelyért alkotója soha nem kapta meg a Nobel-díjat. Visszatekintve nehéz megmondani, hogy miért nem; a Nobel Bizottság az díjadományozást mindig megindokolja, negatív döntéseit (a díj oda nem ítélését) azonban természetesen nem. Sokan úgy vélik, hogy az ok Selye hibáiban keresendő. Kétségtelen, hogy a saját maga által felfedezett jelenséggel kapcsolatosan több, utólag tévesnek bizonyuló nézetet is megfogalmazott. Ez a felfedezés értékéből azonban semmit nem von le, hiszen a *stressz* 1936 óta nemcsak a tudományos, hanem a közgondolkodásnak is egyik központi fogalmává vált. A legnagyobb érdeklődést betegségek okozó potenciálja váltja ki: többek között (közvetve vagy közvetlenül) a kiégés jelenségének is egyik meghatározó tényezője.

1.1. Mit fedezett fel Selye?

A fent nevezett igen rövid cikkben Selye arról ad számot, hogy:

1. egy sereg, egymástól gyökeresen eltérő ártó tényező – például hidegnek való kitettség, sebészeti beavatkozás, extrém fizikai erőfeszítés, illetve különböző mérgező anyagok – ugyanazt az élettani tünetegyüttest hozzák létre, amit később stresszreakciónak nevezett el;
2. az ártó tényezőkhöz az alanyok fokozatosan hozzászoknak (vagyis az élettani tünetegyüttes fokozatosan eltűnik), de ha az ártalom hosszú időn keresztül fennáll, akkor az élettani tünetegyüttes újra megjelenik, és az alany akár el is pusztulhat.

Ezt a Selye által már ebben az első cikkben *általános adaptációs szindrómának* elnevezett jelenséget egy egyszerű fekvő S-görbével lehet ábrázolni, amint azt az 1. ábra mutatja. A később megalkotott „stressz” szót alkalmazva, a görbe a stresszrezisztencia (ártó tényezővel szembeni ellenállás) fázisait ábrázolja. A kezdeti sokkot követően az alany alkalmazkodik az ártó tényezőhöz, majd miután az meghaladja alkalmazkodási képességét, a szervezet összeomlik. Bár ez a meglehetősen egyszerű kép még pontosításra szorul, alapvetően igaz, és felvázolja azt a folyamatot, amely többek között a kiégéshez is elvezet.



1. ábra: Az általános adaptációs szindróma sémája (Selye nyomán)

Forrás: HALLER et al. 2008

1.2. A stressz alapfogalmai

A környezethez – többek között az ártó tényezőkhöz – való alkalmazkodás képessége alapvető feltétele az életben maradásnak, ezért nem meglepő, hogy a szervezetnek ezt a képességét bonyolult idegrendszeri és hormonális mechanizmusok hozzák létre, és tartják fenn. A stressz lényegének megértéséhez a mechanizmusok megértése nem feltétlenül szükséges, ezért itt csak néhány kulcsfogalmat tisztázzunk annak érdekében, hogy a későbbi, a kiégés témakörét szorosabban érintő jelenségeket könnyebb legyen megérteni.

A *stressz* szót maga Selye alkotta meg, a latin eredetű angol „stress = feszültség, nyomás” szóból, amely eredetileg a fizikában használatos fogalom volt. A stressz jelensége lényegében két egymást kiegészítő tényezőből áll: nevezetesen egy környezeti tényezőből, amit *stressztényezőnek* (faktornak) vagy *stresszornak* hívnak, és a szervezetnek erre adott válaszából, amit *stresszreakciónak* vagy *stresszválasznak* nevezünk. A mindennapi életben, és gyakran a szakirodalomban is, a *stressz* szó a kettőt együtt jelenti, vagyis egyszerre nevezi meg a környezeti ráhatást és a szervezet erre adott válaszát. A köznyelvi „stresszes vagyok” kifejezés tulajdonképpen azt jelenti, hogy kellemetlen hatásoknak vagyok kitéve, amelyek hatnak rám.

A második fontos fogalom a *krónikus stressz*. A stressz lehet átmeneti, de ha a stressztényező hosszú ideig terheli a szervezetet és az idegrendszert, akkor krónikus, hosszú időn keresztül fennálló stresszállapot alakul ki. Ugyanilyen krónikus stresszállapot jön létre akkor is, ha a stressztényező nem hat ránk folyamatosan, de ismételt és sűrűn jelentkezik. Valójában nincs is nagy különbség a tartós és folyamatos, illetve az időszakos és gyakori stressz között: mindkettő képes krónikus stressz kialakítására. Mint lentebb látni fogjuk, az igazi problémát a krónikus stressz jelenti, illetve annak

néhány fontos sajátossága, mint a stressztényező fölötti ellenőrzés elvesztése, jelentkezésének előreláthatatlansága, egyéni sajátosságok stb.

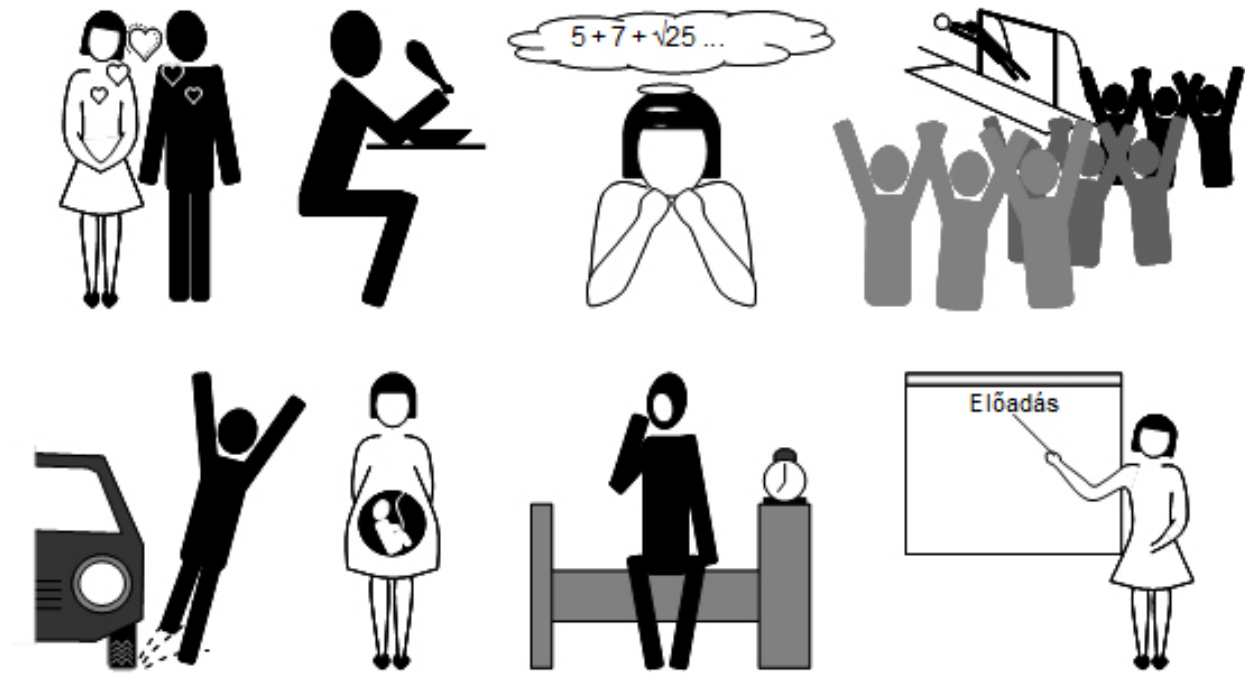
A harmadik fontos fogalom, amit meg kell ismernünk, a *stresszhormon* kifejezés, ami alatt a mellékvesekéreg által termelt kortizolt értjük. A stresszor vagy környezeti stressztényező hatására a mellékvesekéreg kortizoltermelése megnő, és a vér kortizoltartalma néhány perc alatt többszörösére növekszik – erős stresszor hatására akár tízszeresére is. A kortizol a stressz objektív mérőszáma: minél magasabb a vér kortizol tartalma, annál erősebb a stresszválasz. Ez persze korántsem jelenti azt, hogy a stresszreakciót pusztán a kortizoltermelésre lehetne redukálni, de kétségtelen, hogy ez a hormon a stressz jelenségének egyik fő mozgatórugója.

A kortizol a véren keresztül minden szervhez eljut, többek között az agyhoz is, és alapvetően két úton fejt ki hatását: 1. beleszól abba, ahogy a szervek (illetve a szerveket alkotó sejtek) működnek azután, hogy a kortizollal találkoztak, és 2. hosszú távon egy még különösebb hatást fejt ki: megváltoztatja a gének működését (DE KLOET et al. 1996; HALLER et al. 2008). Ez meglehetősen furcsán hangzik, hiszen a génekre gyakran úgy gondolunk, mint a szervezet „tervrajzára”, vagyis egy olyan kódrendszerre, amely alapján a szervezet felépül, ezért valószínűleg sokan gondolják azt, hogy szerepük megszűnik, mihelyt a szervezet létrejött – vagyis mihelyt a „tervrajz” megvalósult. Ez azonban nem így van, mert a szervezet folyamatosan használja anyagait, ezért ezeket újra létre kell hoznia – létrehozásukhoz pedig vissza kell nyúlnia az eredeti „tervrajzhoz”. Röviden: a szervezet a génekben tárolt információ alapján újítja meg önmagát, ezért a gének folyamatosan, egész életen át működésben vannak. A kortizol kismértékben, de rendkívül sok gén működését meg tudja változtatni (egyek számítások szerint a gének harmada a befolyása alatt áll), ezért hatása alatt a szervezet (például az agy) külsőleg nem látható vagy csak közvetve észrevehető módon megváltozik. A változás egyik ilyen, közvetve felismerhető következménye a depresszió, amelynek erőteljes genetikai komponense van (HOLSBOER 1988). A génapparátusban, majd ennek következtében a szervezetben végbemenő változásokat plaszticitásnak nevezzük; amennyiben a változás az idegrendszert érinti, akkor neuronális (idegrendszeri) plaszticitásnak. A plaszticitásnak ez az utóbbi részfolyamata játszik szerepet a depresszió kialakulásában.

Felvetődhet a kérdés, hogy szükséges-e a stressz és kiégés megértéséhez ez a molekuláris mélységeig (genetikáig) is lenyúló, de mégis kissé felületes elemzés? Nos: igen. Merthogy két dologra is rávilágít: először is arra a tényre, hogy a stressz hatására a szervezet változik: a hatása alatt álló szervezet már nem ugyanolyan, mint amilyen a stressz megjelenése előtt volt, és a különbség genetikai szinten tetten érhető. A második és fent nem említett vonatkozása a jelenségnek az, hogy a gének kortizolérzékenysége és befolyásolhatósága eltérő, így a hormon által előidézett változások lassan és fokozatosan bontakoznak ki. A kortizol azonnali, nem genetikai hatásait is figyelembe véve a következmények egy nagyon tág időskálán bontakoznak ki: a nagyon gyors, percek alatt megjelenő hatásoktól egészen azokig, amelyek csak akkor tapasztalhatók, ha a hormon már hetek, sőt hónapok óta „ostromolja” a szervezet génapparátusát. Szinte magától vetődik fel a kérdés, hogy a stressznek, illetve a stresszhormonnak mely következményei hatnak ránk negatívan: az azonnaliak, a késleltetettek, mindkettő vagy egyik sem?

1.3. Jó a stressz vagy rossz?

A 2. ábrán sematikusán ábrázoltunk néhány olyan helyzetet, amelyben a kortizol termelése jól mérhetően, sőt jelentősen fokozódik, a vér kortizol tartalma drámaian emelkedik – így amennyiben a kortizoltermelést a stressz tüneteként és mozgatórugójaként fogjuk fel, ezeket a helyzeteket ártó hatásúnak, azaz „stresszesnek” kellene értelmeznünk.



2. ábra: Hétköznapi „stresszhelyzetek” – amikor a stresszhormonok termelése fokozódik.
Egyik helyzet sem káros, és egyiknek sincsenek hosszútávú kellemetlen következményei

Forrás: HALLER et al. 2008

Nyilvánvaló, hogy a szerelem, az étkezés, maga a sport vagy egy izgalmas sporteseményen való részvétel, a terhesség, illetve a reggeli ébredés nem kellemetlen, sőt, többnyire kellemes. A fejszámolás, a városi közlekedés vagy a közszereplés már sokak számára közelebb áll ahhoz, amit kellemetlennek tekinthetünk, de ezek sem olyan események, amelyeket bárki ártalmasnak fogna fel, vagy ami miatt – normális keretek között legalábbis – a szervezet összeomolhatna. Mégis: a mellékvesekéreg minden ábrázolt eseményre kortizoltermeléssel válaszol, ami – mint fent elmondtuk – a stressz tünete és a stresszreakció egyik kiváltó tényezője. A stresszelmélettel van baj, vagy bonyolultabb jelenséggel állunk szemben, mint eredetileg gondoltuk? Itt kell elmondanunk, hogy – bár gyakran nevezik „stresszelméletnek” – a *stressz* fogalma tulajdonképpen tapasztalati tények hatalmas tárházát takarja, és nehéz elképzelni, hogy tapasztalati tények ekkora mennyisége teljes mértékben téves lenne. Joggal gyanakodhatunk tehát arra, hogy a tapasztalati tények megkérdőjelezése helyett a megértés irányába kell tennünk még néhány lépést. Ehhez a következtetéshez egyszerű logikai úton is eljuthatunk. Mint fent elmondtuk, a stresszválasz hatalmas hormonális és idegrendszeri mechanizmusokat mozgat meg. Egy kiterjedt és rendkívül bonyolult apparátus „szorgoskodik” azon, hogy a stresszválasz létezzen, és nehéz elképzelni, hogy mindez azért volna, hogy ártson nekünk. Triviálisan kifejezve a dolgot: nehéz elhinni, hogy egy ellenséget hordozunk a saját testünkön belül.

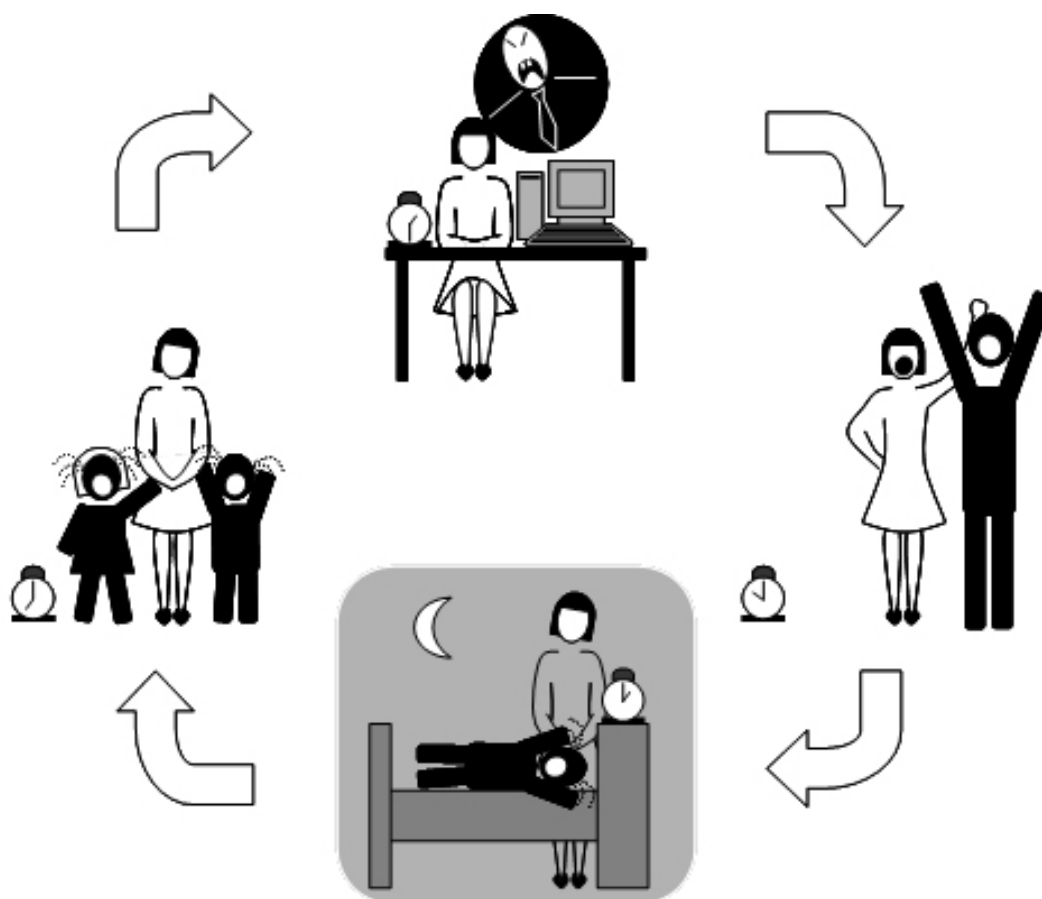
A 2. ábra helyzeteinek többségét a köznyelv a „jó stressz” kategóriájába sorolja, és ez a kifejezés – bármennyire „tudománytalannak” tűnik – a lényegét illetően fejen találja a szöveget. A kortizol első és legfontosabb szerepe az, hogy a szervezetet alkalmassá tegye arra, hogy megválaszolja a környezeti kihívásokat. A kihívásoknak sok arca van. Kihívás maga az ébredés is, hiszen egy „működési állapotból” (az alvásból) egy új működési állapotba kerül a szervezet (az ébrenléttel járó tevékenység állapotába), aminek érdekében – többek között – mobilizálni kell az energiatartalékokat. Ebben a kortizol segít. Ugyanígy segít akkor is, ha egy bonyolult közlekedési környezetben kell boldogulni, mert idegrendszeri hatásain keresztül – egyebek mellett – élesíti a figyelmet. Még egy lényeges tulajdonsága a 2. ábrán bemutatott helyzeteknek a rövidség. A szerelmi légyott, meccs, előadás, közlekedési probléma stb. előbb-utóbb véget ér, a kihívás megszűnik, és a kortizol termelése normalizálódik. A helyzet

sikeresen megoldódott, a szervezet visszazökken a normális kerékvágásba, és továbbéljük életünket, mintha semmi sem történt volna. A kortizolnak nincs ideje arra, hogy megzavarja a gének működését, hogy maradandó változásokat idézzon elő a szervezetünkben. A kortizol hosszú távú kellemetlen hatásait semlegesíti továbbá, ha a stresszes periódusok közé kellemes élmények ékelődnek, ha mód van arra, hogy a szervezet feltöltődjön – azaz, ha a feszültség időszakait pozitív élmények egészítik ki.

Természetesen egészen más a helyzet, ha megoldhatatlan problémával kerülünk szembe, amelyen még a kortizol segítségével sem tudunk úrrá lenni, ezért a stressztényező egész súlya hosszú időn keresztül a vállunkon marad.

1.4. A „rossz” stressz

A stresszhormon fokozott termelése akkor okoz problémát, ha tartóssá válik. Egy ilyen állapotot szemléltet a 3. ábra. Nem a nehéz napokkal van probléma; nehéz napjai mindenkinek vannak. A gond akkor üti fel a fejét, ha a helyzet állandósul, és nincs remény a megoldásra. A „rossz” stressz lényegében a tartós stresszállapot. Ahhoz, hogy hosszú távú kellemetlen következményei legyenek, még néhány feltételnek teljesülnie kell, mint lejjebb látni fogjuk – de kétségtelenül a tartósság vagy gyakori ismétlődés okozza a kiinduló problémát.



3. ábra: A stressz körforgása. A „rossz” stresszt a tartós vagy gyakran ismétlődő stressz, amely előreláthatatlan időpontokban éri az embert, és nincs megoldásai

Forrás: HALLER et al. 2008

1.4.1. Kontroll

A nyolcvanas évek elején egy nagyon érdekes kísérlet világított rá arra, hogy a stresszválasz nem a stressztényező erősségétől, hanem a helyzet kontrollálhatóságától függ (SWENSON és VOGEL 1983). Ebben a kísérletben a kutatók stressz hatásának tették ki a párban vizsgált laboratóriumi rágcsálókat úgy, hogy egyikük, aki hozzáfért egy pedálhoz, mindkettőjük számára le tudta állítani a stresszorként alkalmazott enyhe áramütéseket. Az elszenvedett stressztényező tehát mindkét állat esetében ugyanaz volt, de míg az egyik állat kontroll alatt tudta tartani azt, a másiknak várnia kellett, amíg számára ismeretlen okból (az állatok nem látták egymást) a stressztényező megszűnt. Lényeges különbség volt a két állat stresszválaszában: a stressz felfüggesztésének képessége nagymértékben csökkentette azt. A vizsgálatot kutyákon, embereken és más fajokon is elvégezték, és végrehajtották egyszeri, valamint ismételt (krónikus) stressz feltételei között is – mindennek alapján úgy tűnik, a kutatók egy általános biológiai törvényszerűséget fedeztek fel (BREIER 1989; DESS et al. 1983; WEISSE et al. 1990). Népiesen szólva: a stressz „fejben dől el”. A stresszor fölötti kontroll, a helyzet ellenőrzés alatt tartása – vagy annak szilárd érzete – jelentős mértékben csökkenti, sőt, akár meg is szüntetheti a stresszválaszt, és így megelőzhető annak hosszú távú következményei. Ha azonban az ellenőrzés képessége elveszik, a helyzet súlyossá válhat.

1.4.2. Előreláthatatlanság

Ugyancsak laboratóriumi kutatásoknak köszönhetjük a stresszel kapcsolatos másik jelentős felismerést, nevezetesen azt, hogy a stressz hatásai erősödnek, ha a stressztényező előreláthatatlan időpontokban és gyakorisággal jelentkezik, illetve egy-egy alkalommal előreláthatatlan ideig tart. Röviden: a bizonytalanság felerősíti a stresszválaszokat.

A jelenség felismerője a klinikai tapasztalatból indult ki. Közismert, hogy a depresszió egyik fontos kiváltó tényezője a stressz, amelyet a vér kortizoltartalmának emelkedése egyértelműen igazol. Ennek ellenére a páciensek nem mindig tudnak beszámolni olyan jelentős eseményről, amely indokolná a krónikussá váló stresszállapotot. Ugyanakkor számtalan apró-cseprő kellemetlenség érte őket; ezeknek azonban elvileg nem lehetnének súlyos, hosszú távú következményei.

A jelenség modellezésére a kísérleti állatokat apró kellemetlenségeknek tették ki: éjszaka felkapcsolták a villanyt, máskor megdöntötték ketrecüket, vagy rövid időre hidegbe helyezték őket stb. (WILLNER et al. 1987). Egyik beavatkozás sem idézett elő jelentős stresszválaszt, és az enyhe stresszválaszok is hamar lecsengtek. Az alanyok állapota akkor is stabil maradt, ha ezeket az apró kellemetlenségeket hosszú időn (heteken) keresztül kellett elszenvedniük, de mindig ugyanabban az időpontban és ugyanolyan hosszú ideig. Ez lehetővé tette számukra, hogy kiigazodjanak az új helyzetben, tanulás révén előre lássák, ami vár rájuk: ilyen körülmények között krónikus stresszállapot nem jött létre náluk. Merőben másként alakult a helyzet, amikor az apró kellemetlenségek a napnak mindig más órájában jelentkeztek, és különböző hosszúságú ideig tartottak. Ezeknek a stressztényezőknek a hatása lassú, de tartós állapotváltozást idézett elő az alanyokban: két-három hét alatt krónikussá vált a stresszválasz, egy-másfél hónap alatt pedig megjelentek a depresszió tünetei.

A kísérlet felismerései gyorsan elterjedtek, és mára már a bizonytalanságot az egyik legfontosabb stressztényezőnek tekintjük. A stressz könnyen elviselhető, ha jelentkezését előre látjuk, és tudjuk, mikor ér véget. Az ilyen, előrelátható stresszhelyzetek átvészelvek; ezek körébe tartozik sok munkahelyi stressz is, amelyekre számítunk, amelyekről tudjuk, hogy csak bizonyos helyzetekben jelentkeznek, és éppen ezért fel tudunk készülni rájuk, és nem okoznak bajt. Más a helyzet a bizonytalan időpontban jelentkező, előreláthatatlan ideig tartó stressztényezőkkel (akár a munkahelyen is), amelyek a folyamatos feszültség állapotában tartják azt, aki ezeket elszenvedi. A bizonytalanság következtében kialakuló feszültség tulajdonképpen kiterjeszti a stressz hatását olyan időszakokra is, amikor éppen nem szenvedjük el azt – és mint fent láttuk, a feszültség következményei felgyülemlelnek még akkor is, ha az elszenvedett stressz nem különösebben jelentős.

1.4.3. Reziliencia

A *reziliencia* angol eredetű szó, és ellenálló képességet jelent. Mindennapos megfigyelés, hogy az élet eseményei másképpen hatnak az egyes emberekre. Az egyik ember összeomlik akkor, amikor a másik ellenáll, annak ellenére, hogy helyzetük bátran egymás tükörképének nevezhető. Az ellenállás, a reziliencia jelenségével kapcsolatosan két fontos kérdés tehető fel: mi az oka az egyéni különbségeknek, és hogyan lehetne a rezilienciát fokozni?

A stresszel szembeni ellenállás képessége (reziliencia), illetve a stresszel szembeni érzékenység (vulnerabilitás) jelenleg a legintenzívebben kutatott jelenségek közé tartoznak. Kétségtelen, hogy mindkét jelenségnek van genetikai, és szociális komponense, és erősen függnek a munkakörülményektől, illetve azoktól az élményektől, amelyek az embert munka közben érik (BABENKO et al. 2015; HORN et al. 2016; TAHHIGHI et al. 2017). Olyan bonyolult folyamatokról van szó, amelyek részletes leírására itt nem térünk ki, már csak azért sem, mert bár az ellenálló képesség és érzékenység jelenségéről már most is sokat tudunk, a végső szót valószínűleg a jövő kutatásai mondják majd ki. Nem felejtendő el azonban, hogy a stresszel szembeni ellenálló képesség fejleszthető, illetve a stresszérzékenység csökkenthető, többek között stressztréningek által is (MACEDO et al. 2014).

1.4.4. Coping

A *coping* szintén angol eredetű szó, amit a „megküzdés” szóra lehetne lefordítani. A megküzdés képességének, pontosabban a megküzdési stratégiáknak erőteljes genetikai háttere van (ez a tulajdonság tehát jelentős mértékben öröklődik), és két, egymástól jól elkülöníthető csoportra osztja az embereket – más szóval eloszlása kétsúcú (KOOLHAAS et al. 2010). Ez a furcsa kifejezés azt jelenti, hogy ez a tulajdonság nem úgy oszlik meg az emberek között, mint például a testmagasság. Az utóbbihoz hasonló tulajdonságok (ilyen például a testsúly, intelligencia stb.) az átlag köré csoportosulnak. A legtöbb ember magassága az átlag körül mozog, és minél inkább távolodunk az átlagtól, annál ritkább a tulajdonság. A 170-180 cm magas emberek gyakoriak, a 150 cm alattiak vagy 2 méter fölöttiek viszont meglehetősen ritkák – és annál ritkábbak, minél inkább 150 cm alatt, illetve 2 méter fölött vagyunk. A megküzdési stratégiák ezzel szemben úgy oszlanak meg az emberi populáción belül, mint a szem színe. Gyakoriak a barna szeműek, és sok kék szemű ember is van, de a kettő közötti átmenetek – bár léteznek – sokkal ritkábbak, mint akár a barna, akár a kék szem.

Az emberi populáció jelentős részére vagy az úgynevezett *aktív* vagy az úgynevezett *passzív megküzdési stratégia* jellemző; a kevert vagy átmeneti stratégiát alkalmazó egyének ritkák. De mit is jelent ez a két kifejezés?

Az aktív stratégiát alkalmazókra – mint a név is mutatja – az jellemző, hogy a probléma tevékeny megoldására törekednek, míg a passzív stratégiát alkalmazók kivárnak: sokszor addig tűrnek, amíg a probléma magától megszűnik. Első pillantásra a felosztás triviálisnak tűnik, de az aktív és passzív stratégiát alkalmazók sok más tulajdonságukban is eltérnek egymástól, amely alapvetően határozza meg stresszválaszukat és betegségérzékenységüket. Az aktív stratégiát alkalmazók „belső hangjukra” figyelnek, és kevésbé reagálnak a külvilágból érkező információkra. Miközben a helyzet aktív megoldására törekednek, rutinjukra hagyatkoznak, amely ismert környezetben (ahol rutinjuk kialakult) fokozza hatékonyságukat, ismeretlen környezetben azonban – ahol rutinjaik nem feltétlenül érvényesek – nehéz helyzetbe kerülhetnek. A passzív stratégiát követő emberek „kifele figyelnek”: ha válaszra szánják el magukat, nem rutinjuknak, hanem a pillanatnyi helyzetnek megfelelően cselekszenek. Ez ismert környezetben lassúvá teszi őket, mert a helyzetfelmérés időt igényel, ismeretlen közegben azonban előnyükre válik, mert itt az információk feldolgozásának és figyelembevételének kiemelt fontossága van. A jelen e-tananyag szempontjából kiemelendő, hogy a két típus nemcsak helyzetmegoldó stratégiájukat, hanem stresszválaszukat tekintve is különbözik. A passzív stratégiát követőknek a kortizoltermelésben jelentkező stresszválasza erősebb, és könnyebben alakul ki náluk krónikus stresszállapot. Az aktív stratégiát követőknek ezzel szemben az adrenalin/noradrenalin-stresszválaszuk erős.

A stresszválasznak ezt az összetevőjét eddig még nem említettük meg, de lesz szó róla a továbbiakban. A kétféle stresszválasznak eltérő betegségi kockázatai vannak; erre a *Stressz és egészség* fejezetben térünk ki. Ezt az alfejezetet azzal zárjuk, hogy a megküzdési stratégiák felismerése – például a fentiek alapján – nem különösebben nehéz, és mindenki meg tudja állapítani, hogy melyik kategóriához tartozik, vagy melyikhez áll közelebb. Ennek a felismerésnek fontos egészségvédelmi és életstratégiai következményei lehetnek, mint alább kifejtjük.

1.5. A stressz következményei

1.5.1. A stresszválasz

A *stressz alapfogalmi* fejezetben a kortizolt emeltük ki mint a stresszválasz vérből kimérhető tünetét és mint a stressz következtében kialakuló kedvezőtlen testi és szellemi állapotok fő mozgatórugóját. A kortizol ok-okozati összefüggésben van a stressz által előidézett betegségekkel, elsősorban genetikai hatásai révén (SAPOLSKY et al. 2000), így kiemelése a stressz jelenségének bemutatása során jogos. A stresszválasz azonban nem redukálható a kortizolszint emelkedésére; átfogja a szervezet egészét. Azoknak a változásoknak egy része, amelyeket alább felsorolunk, részben vagy egészben a kortizol génapparátuson keresztül érvényesülő hatásainak következményei, más következmények attól függetlenek. Rövid áttekintésük azért indokolt, mert rávilágítanak a stressz jelentőségére életvitelünk szempontjából.

1.5.2. A „második” stresszhormon

A „második” stresszhormon az adrenalin, de felfedezésének idejét tekintve tulajdonképpen ez az első. Cannon (1929) Selye kísérletei előtt hét évvel fedezte fel, hogy a vészhelyzetek adrenalin termelésére serkentik – mint később kiderült – a mellékvese velőállományát (belsejét), aminek harc vagy menekülés a következménye. Az angol nyelven „*fight-flight reaction*”-nak elkeresztelt kifejezés („üss vagy fuss” válasz) fogalommá vált a viselkedéskutatásban, annak ellenére, hogy Cannon sejtései később – akárcsak Selye koncepciói – sok szempontból tévesnek bizonyultak (ő sem kapta meg a Nobel-díjat). Az adrenalin termelése szintén fokozódik stressz hatására, de a kortizollal ellentétben nem percek, hanem másodpercek alatt – tehát lényegesen hamarabb. Ezzel párhuzamosan aktívvá válik az agyban egy idegsejtcsoport is, amely noradrenalin – egy adrenalinhoz rendkívül hasonló vegyületet – használ idegi kommunikációra. Az adrenalin/noradrenalin-stresszválasz együttes hatására gyorsan nő a szívritmus és a vérnyomás, és a noradrenalin idegrendszeri hatásainak következtében fellépnek a Cannon által tapasztalt pszichikai jelenségek (düh, félelem, harc vagy menekülés, helyzettől függően). Az adrenalin/noradrenalin-válasz gyorsan lecseng – többnyire már akkor, amikor a stressztényező hatása még tart, ami éles ellentétben áll a kortizollal, amely még a stressz lezajlása után is (egy ideig) nagy mennyiségben termelődik.

Az adrenalin/noradrenalin tehát a stresszválasz „gyorshadteste”, amely biztosítja azt a vérellátást és felajzottságot, amit egy kritikus helyzet megoldása megkövetel. Akárcsak a kortizolé, az adrenalin/noradrenalin termelése is könnyen mérhető, sőt, könnyebben, hiszen a szívverések sűrűsége – a pulzus – hűen követi a vér adrenalin- és noradrenalin-változásait. Ha valakinek felgyorsul a pulzusa, és ez nem magyarázható fizikai munkával, erősen gyanítható, hogy az illető stressz hatása alatt áll. Éppen ezért a szívritmust – a fizikai munka párhuzamos mérése mellett – gyakran alkalmazzák a stresszállapot kimutatására. Az adrenalin/noradrenalin termelése csak ritkán (néhány lelki betegség esetén) marad krónikusan magas, de ha a stresszhelyzetek gyakoriak, az adrenalin/noradrenalin-válasz megterheli a szívet –, és főleg ez a stresszválasz felelős a stresszel kapcsolatos szív- és érrendszeri betegségek kialakulásáért, ami egyébként függ a megküzdési (coping) stratégiától (lásd alább).

A stresszválasz folyamatát még számos más hormon és idegrendszeri jelátviteli folyamat szabályozza, ennek szakmai mélységeiben azonban itt nem érdemes elmerülnünk.

A stresszválasz mint a szervezet reakciója

Selye fent idézett első, stresszel kapcsolatos cikke egyetlen szót sem ejt a kortizolról, aminek jelentősége csak később derült ki (elsősorban az ő munkásságának köszönhetően, lásd például SELYE 1941). Sok szó esik ugyanakkor több olyan stresszválaszról, amelyek egy része ugyancsak az általa kezdetben tanulmányozott extrém erősségű stressztényezők hatására jelentkezik, de megvilágítja azt a sokrétű hatást, amit a stressz a szervezetre gyakorol. Kísérleteiben a tymus (magyarul csecsemőmirigy), lép, nyirokcsomók és máj megnövekedését tapasztalta, továbbá a zsírszövet eltűnését, ödémát, az izomtónus csökkenését, gyomorfekély kialakulását stb. Ilyen drámai hatásokkal mindennapjaink stresszei során nem kell számolnunk. A krónikus stressz azonban jelentős változásokat idéz elő a szervezetben, még akkor is, ha erőssége mérsékelt. Befolyásolja például az immunitást, beleértve a sejtes és vegyi immunitást is. A stressz hatására például megváltozik a fehérvérsejttípusok aránya, és azoknak az úgynevezett T-sejteknek a száma is, amelyek az AIDS-betegséggel való kapcsolatuk révén váltak közismertté. A stressz továbbá magas vérnyomást és anyagcsere zavarokat idézhet elő, hatással van a sebek gyógyulására, és nem utolsósorban – aminek most számunkra különös jelentősége van – hozzájárul a legkülönbözőbb lelki zavarok kialakulásához, a tanulási nehézségektől a depresszióig. A legújabb kutatások szerint a krónikus stressz az agyszerkezetben is változásokat idéz elő (ROMEO 2017). Ezeknek a sokrétű változásoknak az áttekintése és elemzése nem célja ennek a dolgozatnak, azt a tanulságot viszont érdemes leszűrnünk ezekből a szórványosan megemlített adatokból, hogy a személyes kontroll alól kicsúszó, előreláthatatlan és hosszú ideig tartó vagy nagyon gyakori stresszorok átalakítják a szervezetet – mégpedig nem előnyére, hanem kárára. Ez a sokrétű hatás a modern stresszfelfogás alapja.

1.5.3. Egy új állapot

A kilencvenes évek vége felé McEwen és kutatócsoportja megalkotta az *allostasis*, illetve *allosztatikus terhelés* fogalmát, amely a modern stresszfelfogás alapját képezi. Az „*allostasis*” kifejezést nehéz lefordítani; megalkotói a „stabilitás a változás által” értelmet adták a fogalomnak. A koncepció kiindulópontja az a tény, hogy a szervezet működéséhez egy belső stabilitás szükséges. Ennek megteremtéséért a homeosztázis, a szervezet belső egyensúlyát fenntartó folyamatok összessége felel. A homeosztázis folyamatai biztosítják többek között a vércukorszint, a testhőmérséklet stb. állandóságát, és ez által teszi lehetővé az élet megőrzését. A szervezet belső egyensúlya nem stabil: kisebb-nagyobb kilengések gyakran előfordulnak, amelyeket a szervezet viszonylag gyorsan helyrehoz az allosztázis révén, amelynek egyik fő szabályozója a kortizol (SCHULKIN et al. 1994). Ha azonban a kilengések túl gyakoriak, vagy túlságosan hosszú ideig tartanak, kialakul az allosztatikus terhelés, aminek következtében a szervezet már nem tud teljesen visszatérni az eredeti egyensúlyi állapothoz: egy új, más paraméterekkel rendelkező belső egyensúly alakul ki. Ez az állapot összeegyeztethető az étellel, de a működés zavart lesz, és különböző, többek között lelki betegségek ütik fel a fejüket. Röviden: a szervezet megváltozik.

A legújabb stresszértelmezések erre a jelenségre helyezik a hangsúlyt. Kizárják a stresszfogalom köréből azt, amit a köznyelv „jó stressznek”, Selye pedig annak idején „*eustress*”-nek nevezett, és arra az új, működőképes, de megzavart működésű állapotra szűkítik le a fogalmat, amit az allosztázis és az allosztatikus terhelés fogalmai írnak körül (KOOLHAAS et al. 2011).

1.6. Stressz és egészség

A stressz jelensége azért áll a figyelem középpontjában, mert egy jelentős allosztatikus terhelés kialakulása esetén veszélyezteti az egészséget. Nem vezet elkerülhetetlenül betegséghez, mint ahogy lelki zavarokhoz sem, de jelentős kockázati tényező. Megértése vezethet el a kockázatok csökkentéséhez, és a fenti részletes ismertetés is ezt a megértést szolgálja.

A jelenség bonyolult: nem mindegy, hogy az allosztatikus terhelés mikor jelentkezik, mennyi ideig tart, és milyen súlyos. Az egészség egyéni szintű, mintegy önerőből megvalósítható védelme szempontjából van viszont néhány olyan általános vonatkozása, amelyet érdemes megismerni.

1.6.1. Életkor

A stressznek való kitettség magzati korban kezdődik – nem annyira a magzati oldalon, hiszen a magzat stresszválasz-apparátusa még ki sem alakult, hanem az anyát ért stressz továbbgyűrűzése által. A kortizol áthatol a méhlepényen, és hat a magzatra. A nevelési problémák, például a szülői gondoskodás szélsőséges elhanyagolása stresszválaszt vált ki a gyerekekből, a kamaszkori problémák – a „hányatott ifjúság” – pedig a fiatalból.

Ezek a korán jelentkező és gyakran tartós stresszválaszok – a korai allosztatikus terhelés – megzavarják a fejlődést, és egész életen keresztül tartó problémákat idéznek elő. A magzati és kora gyermekori stressz hosszú távú következménye a stressz és depresszió, egy későbbi, de még kamaszkor előtti krónikus stresszállapot a szociális viszonyok felé való nyitottságot zavarhatja meg, míg a kamaszkor stresszorai az antiszocialitás felé tolják el a személyiséget (SANDI és HALLER 2015). Ehhez járulhatnak immunológiai problémák, szív- és érrendszeri betegségek – a krónikus stressz következményeinek teljes spektruma. A korai életkorban jelentkező stressz tehát elronthat vagy megnehezíthet egy egész életet. Az út a betegség felé természetesen nem elkerülhetetlen, de a kockázat jelentős. A stresszreziliencia egyeseken segít, de nem mindenkin, így az egyetlen és jó megoldás a „burokban neveltetés”: az új generáció óvása a stressz hatásaitól a fogantatástól (az anya védelme által) a kamaszkor végéig – pontosabban addig, ameddig a szülő befolyása elér.

1.6.2. Az egyén

Az egyéni különbségek sokféleképpen és sok szinten érvényesülnek; ezek közül itt a megküzdési stratégiák közötti különbségekre fogok kitérni. Mint fent elmondtam (*Coping* fejezet), a két megküzdési stratégia eltérő stresszélettani jellegzetességekkel és betegségkockázati tényezőkkel jár együtt. Az aktív megküzdési stratégia esetén a stresszválasz adrenalin/noradrenalin ága erős, amely a szív és érrendszeri betegségek kockázatát növeli meg (KOOLHAAS et al. 2007). Az ehhez a típushoz tartozó emberek ugyanakkor rutinokra építenek, amelyek elsősorban ismert közegben működnek jól. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy az ismert környezet az a közeg, amelyben problémamegoldási képességeik érvényesülnek, ahol a stressz fölötti kontroll sikerülhet, ami megelőzheti a krónikus stresszállapot kialakulását (lásd a *Kontroll* fejezetet). A gyakori környezetváltás (például a munkahelyé) árt az aktív megküzdési stratégiájú embernek, és fordítva: a ragaszkodás a megszokott közeghez használ. A passzív stratégiájú embereknél a stresszválasz kortizoltermelő ága erős, ezért ezek az emberek – krónikus stressz kialakulása esetén – lelki zavarok és immunbetegségek kialakulására hajlamosak. „Kifelé figyelő”, kivárási problémakezelő képességük révén jól tűrik a környezet változásait, ellenben nehéz helyzetbe kerülhetnek, ha vezető beosztást elérve – amely pozíció megköveteli a kihívásokra adott aktív választ – kizökkennek „kivárási” stratégiájukból. Aktív stratégiát igénylő környezetben konfliktusba kerülnek önmagukkal, ami krónikus stresszállapotot idézhet elő, annak minden lelki és immunológiai (betegségérzékenységi) következményével együtt.

A stratégiák leírásából vélhetőleg könnyen magára ismerhet az olvasó; mint fent elmondtuk, nem túlságosan nehéz kikövetkeztetni, hogy ki melyik stratégiájú csoportba tartozik. Az életstratégia ter-

mészteresen az egyén szabad választásának birodalma, de a kockázatok ismerete bárkit hozzásegíthet ahhoz, hogy az egyéni megküzdési stratégiához jól alkalmazkodó életviteli modellt válasszon magának. Emellett azt sem szabad elfelejteni, hogy a megküzdési stratégia, bár erős genetikai meghatározottsága van, tudatosan is alakítható – például egy olyan tréning során, amely előtt az olvasó áll.

1.6.3. A lavinaeffektus

A stresszhormon (kortizol) kedvezőtlen hatásai nem egyik pillanatról a másikra, hanem fokozatosan, hosszú idő alatt alakulnak ki (lásd *A stressz alapfogalmi* fejezetet). A depresszió kialakulását boncolgató munkájukban Willner et al. (2013) a következőképpen írják le a jelenséget. A depresszió kialakulásának első állomása egy krónikussá váló stresszhelyzet, amely még nem elég erős ahhoz, hogy magát a depressziót előidézze. Közbevetőleg jegyezzük meg, hogy a kiégés jelensége már ekkor kialakulhat. A stressz azonban – annak ellenére, hogy depressziót nem idéz elő – az allosztatikus terhelés hosszú távú hatásaként egy új állapotot hoz létre, amely fokozott stresszérzékenységben nyilvánul meg. Ennek következtében egy később jelentkező kritikus élethelyzet már sokkal könnyebben vált ki stresszválaszt, mint az első. Ebből fakadóan kialakul egy ördögi kör, amelyben minden átélt stressz megkönnyíti a következő kialakulását, míg végül a szervezet eljut abba az állapotba, amikor már az élet minden apró-cseprő eseménye stressztényezőként jelentkezik. Emiatt a stresszválasz fokozatosan állandósul, ami már elkerülhetetlenül depresszióhoz vezet.

Ez a lavinaeffektus, katasztrófális következményei ellenére, reményre jogosít, ugyanis a kezdeti és korai átmeneti állapotok még viszonylag könnyen visszafordíthatók. A baj súlyosbodása megelőzhető életmódváltozással vagy egy olyan tréninggel, amelyen e sorok olvasója részt vesz majd. A visszafordíthatóság megértéséhez vissza kell nyúlnunk ahhoz a fogalomhoz, amelyet *A stressz alapfogalmi* fejezetben említettünk, nevezetesen a *plaszticitáshoz*. A szervezet nem egy merev rendszer. A környezeti behatások képesek arra, hogy megváltoztassák, és a változásokra való képességet, illetve a változások folyamatát és jelenségeit jelöljük ezzel a fogalommal. Az idegrendszer is képes változásokra, ezt a jelenséget *neuronális (idegrendszeri) plaszticitásnak* nevezzük. Mint minden változás, a neuronális plaszticitás is megállítható, sőt vissza is fordítható. Ez annál könnyebb, minél korábbi fázisban történik a beavatkozás. Amíg a „baj” kicsi, a kedvezőtlen környezeti változások hatásainak kiküszöböléséhez elegendő, ha a szervezetet, és főleg az idegrendszert kedvező környezeti hatásoknak tesszük ki – vagyis a kedvezőtlen plaszticitást olyan környezeti hatásokkal küszöböljük ki, amelyek kedvező irányú neuronális plaszticitást indítanak el. Ez pusztán önerőből nem egyszerű, de az utóbbi évtizedekben szerencsére ennek számos hatékony technikája alakult ki. A tanfolyamon a hallgató ezekkel fog megismerkedni. Előrehaladottabb állapotokban valószínűleg egy egyszerűbb pszichológiai segítség még elég lehet a folyamat visszafordításához, ha azonban a depresszió már kialakult, az orvosi – pszichiátriai – kezelés elkerülhetetlen, beleértve a gyógyszeres terápiát, annak minden kellemetlen, de elkerülhetetlen következményével együtt. A lavinát tehát korán érdemes megállítani – amikor még kicsi.

2. Kiegészés szindróma (Burnout)

A *kiegés szindróma* – angol nyelvű, de széles körben használt nevén „*burnout*” – a szó köznapi értelmében nem betegség (ezért nevezik szindrómának), de szenvedéssel jár, és egyben ez az első lépés egy „valódi” betegség, a depresszió felé vezető úton. Mindkettő a stressznek „köszönhető”, és mindkettő háttérében azok az aprónak tűnő, de hosszú távon mégis oly jelentőségteljes idegrendszeri változások állnak, amelyeket az előző fejezetben neuronális plaszticitásnak nevezünk (BAKUSIC et al. 2017). Bár a kutatók még vitatkoznak azon, hogy a kiegészés és depresszió tünetei mennyire fedik egymást (BIANCHI et al. 2015), illetve, hogy a kiegészés szindrómának mely stádiuma azonosítható már depresszióként, az kétségtelen, hogy a kiegészés az első eseménye annak a „lavina effektusnak”, amelyről fentebb szó volt. A szindróma, mint lejjebb látni fogjuk, egy folyamat, amely szinte jelentéktelennek tetsző tünetekkel kezdődik, ezek azonban – ha az állapotot létrehozó tényezőket valamiképpen nem kezeljük – fokozatosan súlyosbodnak, és szinte észrevétlenül átvihetnek egy olyan állapotba, amely már majdhogynem megkülönböztethetetlen a depressziótól. Bármilyen különös, a kiegészés mögött közvetve vagy közvetlenül egy rendkívül pozitív emberi tulajdonság áll, nevezetesen a segíteni akarás. A kiegészés szempontjából különösen veszélyeztetettek, akik igen hosszú időn át önzetlenül, emberekre irányuló, folyamatos koncentrációt és érzelmi igénybevételt, odaadást követelő munkát végeznek, továbbá hivatásuk során kitartó és szakszerű erőfeszítéseik dacára sem számíthatnak egyértelmű, látványos eredményekre. Nem véletlen, hogy igen gyakori az egészségügyi dolgozók körében. De mi is a kiegészés szindróma, és tehetünk-e ellene valamit?

2.1. Mi a kiegészés?

Valamikor a 20. század közepén fogalmazódott meg a pszichológusok és pszichiáterek körében az igény, hogy a lelki (pszichológiai/pszichiátriai) zavarokat rendszerezzék, valamint precíz definíciókkal és leírásokkal lássák el őket, hogy a szakemberek körében uralkodó koncepcionális „zürzavart” kiküszöböljék. Ez a legtöbb gyakori és relatíve súlyos zavar esetében sikerült is. Így jött létre két rendszer: az Amerikai Pszichiátriai Társaság által megalkotott és folyamatosan fejlesztett könyv, a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹ (rövidítve DSM), valamint az *International Classification of Diseases* (ICD),² amelyet az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization*) gondoz. A kiegészés szindróma mindkét rendszerben szerepel, de egyelőre mindkettőből hiányoznak azok a precíz diagnosztikai kritériumok, amelyek más lelki (mentális) zavarok esetében már megszokottá váltak. A DSM-5 (az ötödik, jelenleg is érvényes kiadás) betegségként tartja nyilván, de nem írja le, az ICD-10 pedig „életvezetési problémaként”, tehát nem is mentális zavarként tartja nyilván (anélkül, hogy diagnosztikai kritériumokat adna hozzá). Tehát a kiegészés szindróma pontosan leírt és széles körben elfogadott diagnosztikai kritériumaival a pszichológia és pszichiátria még adós; úgy tűnik, ez a pszichiátria mostohagyereke, és körülbelül olyan státuszban van, mint a többi mentális zavar e kézikönyvek megjelenése előtt. Ez azonban korántsem jelenti azt, hogy jelentéktelen jelenséggel állnánk szemben, vagy, hogy ne lennénk tisztában a lényegével – annak ellenére, hogy a kiegészés szindrómát az egyes kutatók némileg eltérő módon írják le.

1 Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve

2 Betegségek Nemzetközi Osztályozása

Az első lépést a jelenség tanulmányozásában az amerikai Freudenberger (1974) tette meg; az ő érdeme, hogy a *kiégés szindróma* fogalma bekerült a szakmai irodalomba. Ő a kiégést úgy írta le, mint a segítő foglalkozásúak körében fellépő fizikai, emocionális és mentális kimerülés állapotát. A gondolatot Maslach és Pines (1977) vitte tovább, akik a kiégést úgy jellemezték, mint az érdeklődés elvesztését azok iránt, akikkel az ember dolgozik. A kiégés e tanulmány szerint is magában foglalja a fizikai és érzelmi kimerülést, ugyanakkor bevezeti a fogalomba az ügyfelek felé irányuló érzelmeket is. Maslach vezető tagja volt annak a kutatócsoportnak is, amely a *Kiégés Kérdőívet* létrehozta (MASLACH–JACKSON 1986; MASLACH et al. 1996). Precíz definíciók híján általában ezt a kérdőívet használják a kiégés szindróma azonosítására, illetve súlyosságának megítélésére. Jones (1980) a szakmai kiégést úgy definiálta, mint negatív munkaattitűdöt, amelyet alacsony önértékelés és az ügyfelekkel kapcsolatos törődés csökkenése jellemez. A kiégés lényegében olyan adaptációs probléma, amely gátolja a megfelelő munkavégzést. PINES et al. (1981) a kiégés fogalmát tovább bővítették a reménytelenség érzésével, illetve az étellel kapcsolatos lelkesedés hiányával, amelyek már a depresszió tünetei között is szerepelnek. Más kutatók másképpen fogalmazták meg a kiégés lényegét, de a vezérmotívumok azonosak: a tartós érzelmi megterhelés, a stressz hatására a személy fizikai, lelki és érzelmi kimerülés állapotába kerül, ami illúzióvesztéssel és szociális elzárkózással jár. A kiégés tehát mindig kölcsönhatásként értelmezendő, amelynek folyamatában 1. a krónikus megterhelés és a személyiség találkozik a 2. munkahely szervezeti struktúrájával és a meglévő magánéleti háttérrel.

Hangsúlyozandó, hogy a kiégés leggyakrabban a segíteni akarás és a segítségre való képtelenség konfliktusából alakul ki. A segítségnyújtásra való képtelenségnek néha objektív okai vannak – az orvos vagy nővér például gyógyíthatatlan betegséggel találkozhat –, de előfordulnak szubjektív tényezők is: a túlterheltség, az idő- vagy eszközhány. Hasonló helyzetek a közszolgálatban is előfordulnak (lásd a 2.3. fejezetet). A kiégés tehát nem „szégyen”, sőt, általában a segíteni akarás pozitív emberi attitűdjének egyfajta következménye – ami természetesen nem jelenti azt, hogy elhanyagolandó állapot lenne. Épp ellenkezőleg: bár gyökere egy pozitív emberi tulajdonság, a kiégés szindróma kóros állapot.

2.2. Mennyire gyakori?

Mint fentebb elmondtuk, a kiégés szindróma nagyon gyakori az egészségügyben, de nem a nővérek és orvosok „privilegiuma”. Kétségtelen, hogy a szakirodalom többet foglalkozik ilyen alanyokkal – talán egyfajta szakmai ártalomként is. Orvosoknak könnyebb és talán vonzóbb is kollégákat vizsgálni, mint más mesterségek sokszor nagyon is elfoglalt, egészségükkel kevesebbet foglalkozó képviselőit.

Az Egészségügyi Világszervezet egyik felmérése szerint az orvosoknak akár 30–40%-át érinti oly módon a kiégés, hogy az már személyes és szakmai teljesítményüket is befolyásolhatja. Az Egyesült Államokban 2001-ben 5700 orvost vizsgáltak a kutatók: a kiégés előfordulási gyakorisága 22%-os volt (LINZER et al. 2001). Az Egyesült Államokban megvizsgált onkológus szakorvosok körében 56%-os kiégési arányt tapasztaltak (WHIPPEN–CANELLOS 1991). Hollandiában a megvizsgált 2400 orvostól 11% mutatta a kiégés stádiumát (LINZER et al. 2001). Az orvosi hivatást egy konfliktussal teli pályaként említi Molnár (2003), aki munkatársaival számos tipikus probléma közül kettőt emel ki, amelyek alapvetően nehezítik, sok esetben lehetetlenné teszik az orvosi hivatás gyakorlását: ezek egyike az orvosi szereppel való valódi azonosulás képtelensége, a másik a kiégés veszélye. A két probléma kauzális összefüggést mutat, és sok esetben mindkettő a korai pályaválasztás, a „korai zárás” eredményeképp jön létre. Nem meglepő, hogy a segítő foglalkozásúak közül az orvosok körében a legmagasabb a devianciajelenségek (válás, öngyilkossági hajlam), egészségkárosító (dohányzás, helytelen táplálkozás) és addiktív (alkohol- és drogfogyasztás) viselkedésformák aránya. Mindezek háttérben álló okok a segítő foglalkozásúakat veszélyeztető kiégés szindrómával hozhatók összefüggésbe.

A helyzet nem jobb más segítő foglalkozások esetében sem. A kiégés gyakori a közszolgálatban, sőt, egy friss vizsgálat szerint az egészségügyben, szolgáltatások terén és a közszolgálatban jelentkező kiégési tüneteknek vannak ugyan szakmához köthető jellegzetességeik, de a három nagy szakterület

nem különbözik jelentősen egymástól a tünetek súlyosságát vagy gyakoriságát illetően (AMIGO et al. 2014; RAVALIER et al. 2014; VAN DEN BROECK 2017). Úgy tűnik, hogy az emberekkel, ügyfelekkel való foglalkozás melegágya a kiégés kialakulásának, munkahelytől függetlenül.

2.3. Tünetek és a kialakulás fázisai

A kiégés kiindulópontján egy erősen motivált munkatárs áll, aki a folyamat végére egykedvű, apatikus, frusztrált kollégává válik. Freudenberger és North (1992) a következőképpen írja le a kiégés kialakulásának 12 lépését:³

1. *Önigazolási kényszer.* Az első – egyelőre még rendellenesnek nem tekinthető – fázis a túltengő ambíció, a bizonyítási vágy.
2. *Erőfeszítések fokozása.* A magasra tett mérce kényszeres munkavégzésben nyilvánul meg. Az alany többet dolgozik, mint valójában szeretne, sőt, mindent egyedül szeretne elvégezni, hogy nélkülözhetetlenné tegye magát.
3. *Szükségletek elhanyagolása.* A munkára való erőteljes koncentráció miatt minden másnak eltörlődik a jelentősége. A barátok és család, az evés és alvás fölöslegessé válik, mert elvonja az időt a munkától.
4. *Konfliktusok befelé irányítása.* Az alany érzi, hogy valami nincs rendben, de nem tudja azonosítani a problémát, ami önmagában egy belső krízist hoz létre. Az első fizikai tünetek megjelennek.
5. *Értékek átrendeződése.* A fizikai szükségletek elfojtása miatt az érzékelés és az értékrendszer megváltozik. A munka minden energiát magába szív, semmi sem marad a barátok és hobbik számára. A munka válik az értékrendszer alapjává, és az emberek egyre kevesebb érzelmet váltanak ki.
6. *Problémák tagadása.* Intolerancia és szociális visszahúzóadás alakul ki, néha agresszivitással és szarkazmussal karöltve. Minden személyes probléma az időhiányra és az elvégzendő munka nagyságára vezetődik vissza.
7. *Elszigeteltség.* A szociális kapcsolatok gyengülése szociális elszigeteltséggé alakul át. A terhek ellensúlyozása végett az alany egyre gyakrabban fordul az alkoholhoz vagy drogokhoz. A céltudatosság és remény kezd elveszni.
8. *Szembeötlő változás a magatartásban.* A viselkedés oly mértékben változik meg, hogy a probléma már a szociális környezet számára is nyilvánvalóvá válik.
9. *Elidegenedés.* Az alany egyre kevésbé tekinti értékesnek magát és környezetét. Az élet leszűkül a pillanatra, és egyfajta mechanikus tevékenységgé degenerálódik.
10. *Belső kiürülés.* Lelki üresség érzése alakul ki, aminek ellensúlyozása végett az alany a mértéktelenségbe menekül (szerhasználat, evés, szex).
11. *Lehangoltság.* Az alany kimerült, reménytelen, közömbös, és az életet értelmetlennek fogja fel. Ezek már a depresszió tünetei.
12. *Kiégés szindróma.* Teljes fizikai és érzelmi összeomlás, amelyből az öngyilkosság tűnik az egyetlen kiútnak, bár valójában csak kevesen kísérik meg ténylegesen azt. Ez az állapot már orvosi (pszichiátriai) beavatkozást igényel.

A leírás olyan plasztikus, a helyzetek olyannyira ismerősek, hogy a képzésen részt vevők talán példákat is fel tudnának hozni ismerőseik köréből, akik eljutottak egyik vagy másik fázisig. A kérdőív,

³ Ezt a 12 fázist Edewich és Brodsky (1980) öt, talán könnyebben követhető fázisba sűrítette, de a folyamat elemei ebben és sok más osztályozási rendszerben ugyanazok.

amit a képzésre való jelentkezés során kitöltöttek, lényegében ezeket a lépéseket számszerűsíti mint tüneteket, és teszi felismerhetővé többek között annak a számára is, aki a kérdőívet kitöltötte – mert bár a tünetek a kívülálló számára (különösen a 8. lépéstől kezdve) egyre nyilvánvalóbbak, az alany maga sodródik egy kényszerpályán, sokszor anélkül, hogy felismerné: krízishelyzetben van.

Szinte önmagától adódik a kérdés: ha ilyen súlyos a kiégés szindróma, miért mostohagyerek a pszichiátriában? Nos, pontosan azért, mert a 11. és 12. fokozat már a minor („kis”), illetve a major („nagy”) depresszió eléggé szabatos leírása (BIANCHI et al. 2015), amelyek pedig jól definiált kórképek mind a DSM, mind az ICD rendszerben. Miért kellene új kórképet leírni, ha az azonos egy korábban leírttal?

A titok nyitja a fokozatosságban van. A depresszió egy kóros állapot, egy folyamat vége, olyasmi, amit egy pszichiáter kezelni szokott. A kiégés egy folyamat, amelynek minden lépése egyben beavatkozási pontot is jelent. A fent felsorolt 12 lépés (fokozat) teljes mértékben megegyezik azzal, amit a krónikus stressz, illetve a depresszió kialakulásáról az előző fejezetben mondtunk. A kiégés felé vezető út első lépése egy stressztényező, ami gyakran az empátiába és altruista viselkedésbe való belefáradásban, illetve annak sikertelenségében nyilvánul meg. A segítő foglalkozásúak saját szempontjaikat, folyamatban lévő terveiket, személyes érdekeiket félretéve teszik magukévá a segítségre szoruló gondját, mintegy „átkapcsolnak a másik életére”. Én-szolgálat helyett a segítséget kérő szolgálatába állnak, úgy is mondhatnánk, hogy helyette küzdenek. Hosszú távon ez az emocionális teher önmagában is stressztényező, de még inkább azzá válik, amikor sikertelenséggel párosul. Ez hajszolja bele a segítő foglalkozásút a kiégés első fázisaiba, amikor a munka lassan eluralkodik az életén: egyre hevesebben „pedálozik”, hogy célba érjen, aztán a sorozatos sikertelenség hatására a kezdeti lelkesedést lassan a kiábrándultság veszi át.

A kiégés kialakulására – akár csak a krónikus stressz megjelenésére – hatással van az egyéniség nem megfelelő megküzdési (coping) stratégiája, a kontroll elvesztése az események felett, sokszor az előreláthatatlanság (a siker bizonytalansága) és az egyéni vulnerabilitás (sérülékenység), amelyek együtt a kiégés szindróma felé tolják el az egyik embert, miközben mások (akik reziliensek) baj nélkül élnek ugyanabban a közegben. Ugyanis hangsúlyozni kell, hogy a kiégés az altruizmusnak nem szükségszerű utóhatása, hanem lehetséges következménye, amely akkor áll elő, ha az emocionális tartalékok kimerülnek. A stressztényező, a fent felsorolt egyéni tulajdonságoktól függően, krónikus stresszállapotot idézhet elő, amely elkezd genetikai aknamunkáját – az idegrendszer fokozatosan átalakul. Menet közben kialakul a stresszérzékenyítésnek az ördögi köre, amelyről WILLNER et al. (2013) beszélnek: a folyamat során minden stresszor fokozza a következő stressz iránti érzékenységet.

2.4. Mit lehet tenni?

A kiégés szindróma felé vezető út 12 stációja lényegében a krónikus stressz és depresszió kialakulásának elbeszélése életesemények formájában. Érvényes rá az, amit a stresszről írtunk, azaz a progressziót meg lehet akadályozni: viszonylag egyszerű eszközökkel az elején (mondjuk a 3. lépéstől kezdve), némileg nagyobb erőfeszítéssel később (különösen a 6-7. lépés táján), de már csak pszichiátriai eszközökkel, ha valaki eljutott a 11-12. fokozatig.

A munkahelyi stresszre, és ezen keresztül a kiégésre a jog is figyel, és megpróbálja korlátozni kialakulását. Erről a következő fejezetben lesz szó. Élethelyzeteket azonban jogi eszközökkel nem, vagy csak korlátozott mértékben lehet kezelni.

A kiégés felé vezető út lényegében egy „ördögi kör”, amelyben minden fokozat a következő valószínűségét növeli. A kérdés lényegében az, hogyan lehet ezt a folyamatot megszüntetni? Látszólag egyszerű a dolog: ki kell lépni belőle. Ezt azonban korántsem olyan egyszerű megvalósítani, mint kimondani.

A 20. század második felében alakult ki a *kognitív viselkedés terápia* (EYSENCK 1952; THORPE–OLSON 1997), aminek első lépése a kóros pszichikai állapot lényegének feltárása a beteg előtt. Bármilyen különös, erre a lépésre nagy szükség van, mert a betegek gyakran nincsenek tudatában

állapotuknak, sőt, néha nem is tudnak arról, hogy az állapotuk másnál is előfordul, ismert és kezelhető. A terápia második eleme lényegében szituációs gyakorlatokból áll, amelynek során a beteg és a terapeuta a betegség szempontjából érdekes élethelyzetek megoldási módjait gyakorolják, vagyis kialakítják azokat a stratégiákat, amelyek lehetővé teszik a betegek számára, hogy kilépjenek a fent emlegetett „ördögi körből”. Ez a továbbképző tanfolyam a kognitív viselkedésterápia mintájára épül. A kognitív szakaszt, a kiégés jelenségének megértését ez a szakanyag, illetve a tanfolyam során előadások képviselik. A tanfolyamon kerül majd sor a szituációs gyakorlatokra, azoknak a technikáknak az elsajátítására, amelyek lehetővé teszik a kiégés felé vezető útról való letérést. Az utánkövető szakaszban kerül sor az elsajátított technikák alkalmazására, egy egyénileg kiválasztott program szerint. E fázis során a lényeg a szabad választás: mindenki azt a technikát alkalmazza, amely egyéniségének, és saját specifikus élethelyzetének legjobban megfelel. Az utolsó napon kerül sor a tapasztalatok összegzésére, és ha szükséges, a további tennivaló áttekintésére.

A tanfolyam természetesen nem klasszikus értelemben vett kognitív viselkedésterápia, de az állapot, amelyen segíteni akar, az sem a klasszikus, végállapotba eljutott kiégés szindróma. Annak kezelése szakemberek dolga. Ahhoz próbáljuk hozzásegíteni a résztvevőt, hogy megálljon az úton, ha már elindult rajta, illetve megelőzzük azt, hogy elinduljon. Ehhez vettük mintának ezt a jól bevált, sikeres pszichiátriai technikát.

Mielőtt azonban a gyakorlati képzésre sor kerülne, lássuk, hogyan segíthet a jog a kiégés megelőzésében.

3. A közszolgálati jogi szabályozás szerepe a stressz megelőzésében és csökkentésében

A szerződéses jogviszonyokra a felek közötti egyenlőség és mellérendeltség jellemző. A jogviszony tartalmát kétoldalú megállapodásban határozzák meg, amelynek során a jogszabályi rendelkezésektől a felek szabadon eltérhetnek. A munkaviszony esetében az állam beavatkozik a munkavállaló oldalán a felek közötti szerződéses kapcsolatokba, s olyan minimum standardokat állapít meg, amelyektől a munkáltató és munkavállaló még közös megállapodással sem térhet el, például minimálbér, rendkívüli munkavégzés felső határa. Ezek a kogens szabályok közvetlenül a foglalkoztatással kapcsolatban fellépő stressztényezőket is mérséklik. A kormányzati szolgálati jogviszonyban, az állami szolgálati jogviszonyban és a közszolgálati jogviszonyban (továbbiakban: közszolgálati jogviszonyok) még szigorúbb az állami beavatkozás. A törvények nemcsak minimum standardokat állapítanak meg, hanem a jogviszonyok minden egyes elemét részletesen és egységesen szabályozzák.

A stresszhelyzetek menedzselését, illetve a kiegészítő megelőzését a jog természetesen nem kodifikálhatja, ugyanakkor a jogi környezetnek sok olyan vonatkozása van, amelyek révén közvetve hozzájárul a stressz lehetőleg minimális szinten tartásához. Ezeket tekintjük át az alábbiakban.

3.1. Általános magatartási követelmények jelentősége a stressz megelőzésében

A munkahelyi stressz jól ismert jelenség: az egzisztenciális bizonytalanság, a munkahely megtartásáért való aggodás, a teljesítménykényszer, a karriercélok megvalósítása nagyfokú érzelmi stresszforrás. Még ha nem is fenyeget közvetlenül elbocsátás vagy a stabilitást megingató átszervezés, leépítés, önmagában a szakmai követelményeknek való folyamatos megfelelés, a felelősség vállalása vagy a munkahelyi konfliktusok is szorongást válthatnak ki. Míg egyesek számára a felfokozott állapottal járó stressz motiváló erő, addig mások képtelenek megbirkózni ezzel a helyzettel.

Ezek a jelenségek a közszolgálatban is jól ismertek. Ugyanakkor lehetnek hangsúlybeli eltérések. A versengés és a teljesítménykényszer kevésbé érezteti hatását, míg az állás elvesztése nagyobb aggodalomra adhat okot, mivel a zárt karrierrendszer keretei között szerzett közigazgatási ismeretek és tapasztalatok egyáltalán nem vagy kevésbé hasznosíthatók a versenyszférában, s emiatt lényegesen megnehezül az ismételt elhelyezkedés. A hierarchikus működés erős lojalitást és alkalmazkodást követel meg, amely kevésbé jellemzi a versenyszférát.

Ugyanakkor a stressz kockázatát nemcsak a különböző munkahelyi élethelyzetek befolyásolják, hanem a közszolgálati jogviszonyból eredő jogok gyakorlásának, illetve kötelezettségek teljesítésének módja is, ezért a törvényi rendelkezések világos zsinórmértéket állítanak fel a jogviszony alanyai számára, hogy milyen magatartást kell tanúsítaniuk a jogok gyakorlása és a kötelezettségek teljesítése során. Ezek az együttműködési kötelezettség [Kttv. 9. § (2) bek.], tájékoztatási kötelezettség [Kttv. 9. § (3) bek.], joggal való visszaélés tilalma [Kttv. 10. § (1) bek.], személyiségi jogok védelme [Kttv. 11. §], egyenlő bánásmód követelménye [Kttv. 13. §]. S bár legfontosabb céljuk a foglalkoztatás hosszú távú fenntartása, azzal, hogy garanciális keretbe foglalják a közigazgatási szerv és a közszolgálati tisztviselő eljárását, a különféle konfliktusokkal szükségszerűen együtt járó stressz kockázatát is csökkentik.

3.2. Speciális rendelkezések szerepe a stressz megelőzésében

Az általános magatartási követelmények a közszolgálati jogviszonnyal kapcsolatos valamennyi joggyakorláshoz és kötelezettség teljesítéshez állítanak fel zsinórmértéket. Ezeken túlmenően azonban a törvények az egyes pragmatikaelemekhez kapcsolódva is meghatároznak olyan garanciális, védelmi szabályokat, amelyek betartása hozzájárul a munkahelyi stressz megelőzéséhez, de legalábbis csökkentéséhez. Ezek közül a legjelentősebbek a következők.

3.2.1. Beillesztés

Az újonnan belépő (nem csak pályakezdő) közszolgálati tisztviselők új munkakörnyezetbe való beilleszkedésének támogatása fontos humánfunkció. Jelentőségét mutatja, hogy a jogviszony hosszú távú fenntartása döntően azon múlik, mennyire sikeres az új munkaerő beilleszkedése a munkaszervezetbe. A magas fluktuáció, a pályaelhagyás okainak vizsgálatát ennél a humánfunkciónál célszerű kezdeni.

Egy jól működő beillesztési rendszer jelentősége azonban nemcsak a munkaerő megtartásában mutatkozik meg, hanem a saját magunk elfogadtatásával szükségszerűen együtt járó stressz megelőzésében, illetve kezelésében. Különösen a munkatapasztalattal még nem rendelkező gyakornokokra lehet jellemző egy várakozó, felfokozott stresszes állapot, aggodalom, szorongás, hogy mennyire képes megfelelni a vele szemben támasztott követelményeknek, befogadják-e a kollégái, illetve mennyire tudja megszokni a rendszeres munkavégzést, a tanulástól eltérő életvitelt. (CSONKINÉ PERECSEI et al. 2003, 7).

Több tényező is nehezítheti a beilleszkedést. Így például a generációs ellentétek miatt felmerülő konfliktusokkal találhatja magát szemben a fiatal pályakezdő. Ennek kezelésére alkalmazzák külföldön a „peer-mentoring”-ot és a „reverse-mentoring”-ot. Az első esetben a mentor és mentorált közel azonos életkori csoportból kerül ki, míg a másodikban a fiatal „tanítja” az idősebb kollégát. (SZAKÁCS 2015, 36–42. oldal). A nagyobb, hierarchikus szervezetekben, ahol korlátozottabb az egyén önállósága, hosszabb időt vehet igénybe a beilleszkedés (CSONKINÉ PERECSEI et al. 2003, 8.), miközben a folyamat lerövidítése hatékonysági tényező is. A külföldi tapasztalatok azt mutatják, hogy az ilyen szerveknél az újonnan belépők beillesztésének elősegítésére külön projektet indítanak: pontos feladat- és felelős-meghatározással, ezekhez rendelt forrásokkal, ütemezéssel.

A pályakezdő fiatalokban még nem alakul ki a stabil önértékelés. A tapasztalatok szerint a diplomások fogékonyabbak, nyitottabbak, ugyanakkor esetükben gyakrabban tapasztalható túlzottan pozitív önértékelés (CSONKINÉ PERECSEI et al. 2003, 8.), ezért a gyakornoki felkészítés során arra is figyelmet kell fordítani, hogy erősségeik mellett gyengeségeikkel is szembesüljenek.

Bármilyen probléma is nehezíti a beilleszkedést, általánosan igaz, hogy az együttműködésnek, a kommunikációnak meghatározó szerepe van, s ez bizalom nélkül nem alakítható ki. A bizalom létrejöttéhez szükséges kölcsönös elfogadást szolgálja a csoportos mentorálás („team-mentoring”), amely egy olyan gyakorló közösség, ahol háttérbe szorulnak a hierarchikus viszonyok (SZAKÁCS 2015, 32.). Szintén a bizalmat erősíti, ha mentor és mentorált azonos korosztályba tartozók. További előny lehet, ha olyan mentort választanak, aki épphogy csak túljutott a beilleszkedés fázisán, mivel még élnek benne azok a pozitív és negatív tapasztalatok, esetleges stresszhelyzetek, amelyek megismerése tanulságos lehet az új munkatárs számára is (SZAKÁCS 2015, 156.).

A beillesztés folyamatát a törvények nem szabályozzák. Az alapvizsgára való felkészülést szolgáló gyakornoki időről, illetve besorolásról csak a Kttv. rendelkezik [118. § (3) bek.], az Áttv. nem ismeri ezt a kategóriát: helyette szakirányú továbbképzés elvégzését szabja a kinevezés feltételéül [5. § (2) bek.]. Mindkét esetben a közigazgatásra, illetve közszolgáltatások szervezésére vonatkozó általános szakmai ismeretek megszerzéséről van szó, a leírtakból azonban kitűnik, hogy a beillesztés ennél jóval többet jelent. Ahhoz, hogy ez a humánfunkció eredményes legyen, a lehető legkevesebb problémával, konfliktussal, stresszhelyzettel járjon, máshol már eredményesen alkalmazott módszertani megoldásokon túlmenően olyan vezetőkre van szükség, akik felismerik a jelentőségét, valamint készek és képesek kezelni a felmerülő problémákat.

3.2.2. Kinevezés egyoldalú módosítása [Kttv. 48. §, Áttv. 7. § (5)–(9) bek.]

A közszolgálat speciális jellege az általános munkavégzéshez képest abban is megnyilvánul, hogy a közszolgálat folyamatosságának fenntartása, valamint a közszolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés biztosítása érdekében a munkáltatónak szélesebb körben nyílik lehetősége arra, hogy indokolt esetben egyoldalúan – a közszolgálati tisztviselő hozzájárulása nélkül – módosítsa a kinevezést, például az eredetileg meghatározott munkakört, illetve munkavégzési helyet. Mindkét elem lényeges a közszolgálati tisztviselő számára, változásuk a jogviszony fenntartásának szándékát is befolyásolhatja. Az első esetben olyan kérdések merülnek fel, hogy képes-e az új munkaköri feladatokat ellátni, illeszkedik-e a jövőbeli karrierelképzeléseihez, illetve milyen többlet-erőfeszítést kíván meg tőle az erre való felkészülés, ez hogyan egyeztethető össze a magánéletével, illetve arányban áll-e a cserébe nyújtott díjazással. A második esetben az új munkahely megközelítése, az utazással járó megnövekedett idő és a családi kötelezettségek teljesítése vethet fel kérdéseket. Bármelyik körülmény komoly stresszt idézhet elő, hiszen a megváltozott munkáltatói elvárásokhoz való alkalmazkodást akadályozzák, s megoldatlanságuk az állás elvesztéséhez vezethet.

A jogalkotó ezért fontos garanciális szabályokat épített be, de ezeknek csak egy része ír elő olyan feltételt, amelynek fennállása objektíven megítélhető. Így például az új munkakör betöltéséhez is rendelkeznie kell a közszolgálati tisztviselőnek megfelelő iskolai végzettséggel, képzettséggel, szakképesítéssel, gyakorlattal, vagy ha a munkavégzés helye változik meg, akkor annak továbbra is a településen belül kell lennie, továbbá az új munkahely és a lakóhely között – tömegközlekedési eszközzel – történő oda- és visszautazás ideje naponta a három órát, tíz éven aluli gyermeket nevelő közszolgálati tisztviselő esetében a két órát nem haladhatja meg.

A garanciális szabályok másik része az egyéni élethelyzetektől függően biztosít védelmet oly módon, hogy a munkáltató mérlegeli, fennállnak-e a védelemre okot adó körülmények. Ennek megfelelően a munkakört és a munkavégzés helyét abban az esetben módosíthatja a munkáltató a közszolgálati tisztviselő beleegyezése nélkül, ha a tisztviselőre nézve – különösen egészségi állapotára vagy családi körülményeire tekintettel – aránytalan sérelemmel nem jár. Nem kétséges, hogy a munkáltatónak az aránytalan sérelem mérlegelésekor fokozott felelőssége van nemcsak jogi, hanem erkölcsi, etikai értelemben is, hogy mennyire bánik humánusan a gondjaira bízott emberi erőforrással. Különösen irányadó ez a vezetőkre vonatkozóan, mivel az ő esetükben a törvények az aránytalan sérelem fennállásának vizsgálatát nem teszik kötelezővé.

A bíróság gyakorlati segítséget nyújt a méltánylást igénylő személyes körülményeinek mérlegeléséhez. Így például az egészségi állapot, szülő gondozása teremthet olyan körülményeket, amelyek fennállása miatt aránytalan sérelmet jelenthet a munkakör vagy a munkavégzési hely egyoldalú megváltoztatása [Elvi Bírósági Határozatok, EBH 2009/1979.].

Bár a törvények nem írják elő, hány nappal korábban tájékoztassák az érintett közszolgálati tisztviselőt a tervezett változásokról, az általános magatartási szabályok tárgyalásakor említett együttműködési és tájékoztatási kötelezettségbe beletartozik, hogy a közszolgálati tisztviselő legalább annyival korábban értesüljön az új munkaköréről vagy munkahelyéről, hogy a változásra fel tudjon készülni. Ez a felkészülés nemcsak a szakmai előkészületeket jelenti, hanem a családi viszonyok rendezését is.

Témánk szempontjából különös jelentősége van az egészségi állapotnak, amelyet a törvények nevesítve is védelemre érdemesnek tartanak. Az alacsonyabb stressztűrő képességű vagy a kiégés súlyosabb tüneteit mutató közszolgálati tisztviselő számára a változások kezelése nehezebb lehet. Bár hozzátesszük, hogy a munkakörök változtatása, gazdagítása adott esetben olyan fejlesztési eszköz lehet, amelynek segítségével éppen a kiégés állapotát lehet megelőzni. Mindazonáltal ez is azt mutatja, hogy a munkáltatónak esetenként gondosan kell mérlegelnie, hogy a hivatali érdekek és a személyes körülmények hogyan egyeztethetők össze.

3.2.3. Munkaidő, pihenőidő

Kutatási tapasztalatok szerint a munkaidő, pihenőidő területén mutatható ki a legszorosabb összefüggés a szabályok és stresszorok között. (KÁRTYÁS et al. 2012). A közigazgatásban a munkaidő-beosztás előzetes közlésének ideje, a napi pihenőidő mértéke, valamint a szabadság kiadásának időpontja a legnagyobb stresszforrás (KÁRTYÁS et al. 2012, 54.).

A közigazgatásban fő szabályként hétfőtől csütörtökig 8–16.30 óráig, pénteken 8–14 óráig tart a munkaidő [Kttv. 89. § (1) bek.]. A munkáltató azonban rugalmasabban is megállapíthatja a munkaidő-beosztást a törvény keretei között [Kttv. 91. § (1) bek., 90. § (1) bek.]. Ennek eszköze a munkaidőkeret, amelynek alkalmazásával saját munkaszervezési igényeihez tudja igazítani a munkaidő beosztását, mert ilyenkor a napi munkaidőt egyenlőtlenül is beoszthatja, oly módon, hogy a heti munkaidő felső korlátját (48 óra) csak a munkaidőkeret időszakának átlagában kell betartania. Ez a módszer azonban rugalmas alkalmazkodást követel meg a közszolgálati tisztviselőtől, mivel – a munkaidő-beosztástól függően – rendszeresen változhat a napi munkaidő. Ez megnehezíti a magánélet tervezését, s fokozott terhelést jelent az emberi szervezetre, összességében tehát növeli a stressz kockázatát.

A rendkívüli munkaidő elrendelését, illetve a napi pihenőidő biztosítását főleg az államigazgatásban élük meg stresszként a közszolgálati tisztviselők, mivel a feladatok határidőre történő ellátása megnöveli a munkahelyen eltöltött időt (KÁRTYÁS et al. 2012, 52.).

A szabadság kiadásának nehézségei minősülnek a legjelentősebb stressztényezőnek. Ez főleg abból adódik, hogy a munkáltató – munkaszervezési okokból – nem tudja a törvények által előírt határidőre kiadni az éves szabadságot, s emiatt az felhalmozódik. Mindez annak ellenére következik be, hogy a munkáltatónak a tárgyévben február végéig éves szabadságolási tervet kell készítenie, amelytől csak rendkívül indokolt esetben térhet el. A szabadságot esedékességének évében kell kiadni, s ettől csak szolgálati érdekből (ekkor a kiadás időpontja a tárgyévet követő január 31.) vagy kivételesen fontos szolgálati érdekből (ekkor a kiadás időpontja a tárgyévet követő március 31.), valamint a kormánytisztviselő személyét érintő okból lehet eltérni. S bár a ki nem vett szabadság nem évül el, és jogviszony megszűnése esetén pénzben meg kell váltani, ez nem oldja meg azt a problémát, hogy a közszolgálati tisztviselő nem tudja magát kipihenni. Jogi értelemben a pihenéshez való jogát (napi és heti pihenőidő, éves fizetett szabadság) csorbítja, egészségügyi szempontból pedig káros a szervezetére.

3.2.4. Utasítások végrehajtása

A szakmai lojalitás az egyik legfontosabb kötelezettsége a közszolgálati tisztviselőknek, mivel megsértése esetén a munkáltató köteles felmentéssel megszüntetni a jogviszonyukat. A szakmai lojalitás magában foglalja a vezető által meghatározott szakmai értékek iránti elkötelezettséget, a vezetőkkel és a munkatársakkal való alkotó együttműködést, valamint a szakmai elhivatottsággal történő, fegyelmezett és lényeglátó feladatvégzést [Kttv. 76. § (1) bek.]. Ezek a követelmények a napi munkavégzés során kapott utasítások végrehajtásának módjához állítanak fel zsinórmértéket. A követelményeknek az alkalmazottak azonban csak abban az esetben tudnak megfelelni, ha azok világosak, teljesek és egyértelműek. Ellenkező esetben nemcsak az okoz stresszt, hogy az utasítás végrehajtója a hiányos információk alapján maga kénytelen értelmezni, mi a helyes, követendő magatartás, vállalva a kényszerű önállóság felelősségét, hanem az is, hogy „tévedése” esetén nem képes bizonyítani szakmai lojalitását, amely már az állását is veszélyezteti. Ennek a stresszes állapotnak a megelőzése érdekében nagyon fontos, hogy jól működjön a belső kommunikáció. Ha viszont az információk kiegészítésre szorulnak, legyen mód a kérdésre, s a kérdések ne maradjanak válaszok nélkül.

A kapott utasítás teljes körű és pontos értelmezése azért is játszik fontos szerepet, mert a közszolgálati tisztviselőnek esetenként azt is mérlegelnie kell, hogy a kapott utasítás végrehajtásának törvényi feltételei fennállnak-e. S bár a törvények értelmében a közszolgálati tisztviselő köteles feleltetése utasítását végrehajtani [Kttv. 78. § (1)], a törvény azt is rögzíti, hogy mikor köteles azt megtagadni, illetve mikor mérlegelheti annak megtagadását [Kttv. 78. § (2)–(3) bek.]. Ez önmagában hatalmas terhet rak

a közszolgálati tisztviselőre, hiszen magatartásának fő vezérlő elve (a szakmai lojalitás) tőle éppen azt kívánja meg, hogy elkötelezetten, együttműködően és fegyelmezetten hajtsa végre a feladatot. Az utasítás homályossága, az információk hiánya tovább növeli a helyzet ellentmondásosságát, amely további stressztényezővé válik.

A kutatási tapasztalatok azt mutatják, hogy a közigazgatásban a kiadott utasítások világosak, érthetőek, viszont információhiány esetén a kérdezési lehetőség hiányát stresszként élik meg a közszolgálati tisztviselők (KÁRTYÁS et al. 2012, 57).

3.2.5. Pályabiztonság

Kétségkívül, az állás megtartása komoly stresszhatást vált ki még a közszolgálatban is, ahol a pályabiztonságot speciális szabályok (kötött felmentési jogcímek) garantálják. Hozzá kell azonban tennünk, hogy a szabályok évek óta tartó rugalmasabbá tétele miatt a pálya stabilitása gyengült. Ez globális jelenség, minden országban megfigyelhető, ahol a közszolgálat hatékonyságának növelése, a működési költségek racionalizálása napirenden szerepel.

A rugalmasabb szabályok bevezetésével párhuzamosan szélesebb körben kapott mérlegelési lehetőséget a munkáltató, például bizalomvesztés, nem megfelelő munkavégzés feltételeinek fennállásával összefüggésben. A szélesebb körű mérlegelési lehetőség azonban nemcsak nagyobb munkáltatói hatalmat, hanem nagyobb vezetői felelősséget is jelent. Jogi értelemben elsősorban azáltal, hogy a tények, körülmények mérlegelése minden esetben feleljen meg az általános magatartáskövetelmények kapcsán kifejtett törvényi elvárásoknak. A joggyakorlás bizonyítható tényeken alapuljon, rendeltetésszerű legyen és diszkriminációmentes. Gazdálkodási értelemben a vezetői felelősség terjedjen ki a humán-tevékenység működtetésére, ha a közszolgálati tisztviselő munkájával nem elégedett a vezető, akkor legyen mód a fejlesztési igények felmérésére, a fejlődéshez szükséges továbbképzés igénybevételére, esetleg az egyéni kompetenciák figyelembevételével másik munkakörbe történő áthelyezésre. A munkavégzésbe beépített visszacsatolás útján a tisztviselő kapjon visszajelzést arról, hogy a vezetés mennyire elégedett a munkájával, illetve mi az, amiben fejlődnie kell. Ennek elmaradása nemcsak lerontja a motivációt, hanem hosszú távon kiegészítő teszi a tisztviselőt. Tudatos, tervszerű HR-tevékenységgel elérhető, hogy a jogviszony megszüntetésének rugalmasabb jogi eszközeivel a munkáltató csak végső esetben éljen.

A jog tehát általános magatartási zsinórmérték felállításával és speciális rendelkezések révén igyekszik korlátozni az alkalmazottakat érő stresszt. Az élet azonban sokkal bonyolultabb annál, semhogy minden apró vonatkozását jog által szabályozni lehetne. A stressz jelensége alapvetően egy önvédelmi mechanizmus, ami lehetővé teszi, hogy alkalmazkodjunk a környezet állandóan változó kihívásaihoz. Bizonyos körülmények között azonban a stressztényezők meghaladhatják alkalmazkodási képességünket, és a szervezet egy ördögi körbe kerül. Először a kiegészítő tünetei jelentkeznek, amelyek fokozatosan súlyosbodhatnak, egészen egy súlyos pszichiátriai zavar, a depresszió kialakulásáig. Ezt a folyamatot meg lehet előzni, és korai stádiumaiban még vissza lehet fordítani. Ehhez nyújt segítséget ez a képzés, elméleti tudnivalóival és gyakorlati tréningtechnikáival.

SZAKIRODALOM

Magyarázat az irodalomhoz

Ebben a munkában azokra a szerzőkre – pontosabban ezeknek egy kis, de jelentős részére – hivatkoztunk, akiknek kutatási eredményein és gondolatain alapul mindaz, amit fent elmondtunk. Szakmai hozzájárulásukat a *Felhasznált irodalom* fejezet hivatkozásai mutatják be. Tettük ezt elsősorban a tudományos teljesítményük iránti tiszteletből, de azért is, hogy azok, akik rendelkeznek a szükséges szakmai tudással és nyelvismerettel, további részletekkel bővíthessék ismereteiket. A tanfolyamot és tréninget azonban nem szakemberek számára tervezték, ezért az érdeklődők számára az *Ajánlott irodalom* fejezetben soroltunk fel néhány kitűnő, magyar nyelven született munkát, amelyet haszonnal forgathatnak azok, akik a téma iránt a népszerűbb szakirodalom szintjén érdeklődnek.

Felhasznált irodalom

2015. évi bér és kereset statisztikai adatok http://nfsz.munka.hu/engine.aspx?page=afsz_stat_egyeni_berek_2015 (A letöltés dátuma: 2017. 03.27)
- AMIGO I. – ASENSIO E. – MENÉNDEZ I. – REDONDO S. – LEDESMA J. A. (2014): Working in direct contact with the public as a predictor of burnout in the banking sector. *Psicothema*, 26.vol. 2. no., 222–226.
- BABENKO O. – KOVALCHUK I. – METZ G. A. (2015): Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neurosci Biobehav Reviews*, 48. vol. January, 70–91.
- BAKUSIC J. – SCHAUFELI W. – CLAES S. – GODDERIS L. (2017): Stress, burnout and depression. A systematic review on DNA methylation mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 92. vol. January, 34–44.
- BIANCHI R. – SCHONFELD I.S. – LAURENT E. (2015): Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36. vol., March, 28–41.
- BREIER A. (1989): A. E. Bennett award paper. Experimental approaches to human stress research: assessment of neurobiological mechanisms of stress in volunteers and psychiatric patients. *Biological Psychiatry*. 26. vol. 5. no., 438–462.
- CANNON W. B. (1929): *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- CSONKINÉ PERECSEI T. – NEMESKÉRI Gy. – PATAKI Cs. (2003): *A gyakornokok képzésének módszertana*. Budapest, ERGOFIT.
- DE KLOET E.R. – ROTS N.Y. – COOLS A.R. (1996): Brain-corticosteroid hormone dialogue: slow and persistent. *Cellular and Molecular Neurobiology*. 16. vol. 3. no., 345–356.
- DESS N.K. – LINWICK D. – PATTERSON J. – OVERMIER J.B. – LEVINE S. (1983): Immediate and proactive effects of controllability and predictability on plasma cortisol responses to shocks in dogs. *Behavioral Neuroscience*, 97. vol. December, 1005–1016.
- EDELWICH J. – BRODSKY A. (1980): *Burnout: stages of disillusionment in the helping professions*. New York, Human Services Press.
- Elvi Bírósági Határozatok, EBH 2009/1979. URL: www.hrsentinel.hu/birhat/egyeb/EBH-2009-1979.html (A letöltés dátuma: 2017. 03.27)
- EYSENCK H. J. (1952): The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Psychosomatic Research*. 16. vol. 319–324.
- FREUDENBERGER H. – NORTH G. (1992): *Burnout bei Frauen*. Frankfurt am Main: Krüger.
- FREUDENBERGER H. J. (1974): „Staff burnout”. *Journal of Social Issues*. 30. vol. 1. no. 159–165.
- HALLER J. – MIKICS E. – MAKARA G. B. (2008): The effects of non-genomic glucocorticoid mechanisms on bodily functions and the central neural system. A critical evaluation of findings. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29. vol. 2. no., 273–291.
- HAZAFI Z. (szerk.), DÁVID P. – HAZAFI Z. – MAGYAR É. – SIPOS-SZABÓ Zs. (2012): *A közszolgálati tisztviselői törvény magyarázata*. ÁROP-2.2.5.-2008-0001 számú, Humán-erőforrásgazdálkodás a központi közigazgatásban kiemelt projekt. 2012. március 31., 297. URL: http://magyaryprogram.kormany.hu/download/2/51/90000/01_20120331_A_Kttv_magyarazata_AROP225_online.pdf (A letöltés dátuma: 2017. 03. 27)
- HOLSBOER F. (1988): Implications of altered limbic-hypothalamic-pituitary-adrenocortical (LHPA)-function for neurobiology of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77. vol. 341. no., 72–111.
- HORN S. R. – CHARNEY D. S. – FEDER A. (2016): Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD. *Experimental Neurology*, 284 vol. Part B, 119–132.
- KÁRTYÁS G. – RÉPÁCZKI R. – SULÁK M. – TAKÁCS G. (2012): *Munkajogi szabályozás szerepe a stressz megelőzésében*. Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség által kiírt pályázat alapján készült kutatási záró jelentés. OMMF-II-10-P-0279, Budapest (kézirat).
- KOOLHAAS J.M. – BARTOLOMUCCI A. – BUWALDA B. – DE BOER S. F. – FLÜGGE G. – KORTE S. M. – MEERLO P. – MURISON R. – OLIVIER B. – PALANZA P. – RICHTER-LEVIN G. – SGOIFO A. – STEIMER T. – STIEDL O. – VAN DIJK G. – WÖHR M. – FUCHS E. (2011): Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35. vol. 5. no., 1291–1301.

- KOOLHAAS J. M. – DE BOER S. F. – BUWALDA B. – VAN REENEN K. (2007): Individual variation in coping with stress: a multidimensional approach of ultimate and proximate mechanisms. *Brain Behavior and Evolution*, 70. vol. 4. no., 218–226.
- KOOLHAAS J. M. – DE BOER S. F. – COPPENS C. M. – BUWALDA B. (2011): Neuroendocrinology of coping styles: towards understanding the biology of individual variation. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 31. vol. 3. no., 307–321.
- Kttv: 2011. évi CXCV. törvény a közszolgálati tisztviselőkről [https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100199.TV\(A](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100199.TV(A) letöltés dátuma: 2017. 03. 27.)
- LINZER M. – VISSER M. R. – OORT F. J. – SMETS E. M. – McMURRAY J. E. – DE HAES H. C.; Society of General Internal Medicine (SGIM) Career Satisfaction Study Group (CSSG). (2001): Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *The American Journal of Medicine*, 111. vol. 2. no., 170–175.
- MACEDO T. – WILHEIM L. – GONÇALVES R. – COUTINHO E.S. – VILETE L. – FIGUEIRA I. – VENTURA P. (2014): Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry*. 14. vol. 227.
- MASLACH C. – JACKSON S. E. – LEITER M. P. – SCHAUFELI W. B. – SCHWAB R. L. (1996): Maslach Burnout Inventory (3rd ed.) Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA.
- MASLACH C. – PINES A. (1977): The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6. vol. 2. no., 100–113.
- MASLACH C. – JACKSON S. E. (1986): *Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- MC EWEN B. S. (1988): Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840. vol. May, 33–44.
- Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (NAIH) tájékoztató, 2016, 21. 22.
- Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat (NFSZ) 2015. évi bér és kereset statisztikai adatok.
- PINES A. – ARONSON E. – KAFRY D. (1981): *Burnout – From tedium to personal growth*. New York, Free Press.
- RAVALIER J.M. – McVICAR A. – MUNN-GIDDINGS C. (2014): Public service stress and burnout over 12 months. *Occupational Medicine*, 64. vol. August, 521–523.
- ROMEO R. D. (2017): The impact of stress on the structure of the adolescent brain: Implications for adolescent mental health. *Brain Research*, 1654 vol. Part B. 185–191.
- SANDI C. – HALLER J. (2015): Stress and the social brain: behavioural effects and neurobiological mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 16. vol. 5. no., 290–304.
- SAPOLSKY R.M. – ROMERO L.M. – MUNCK A.U. (2000): How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine Reviews*, 21. vol. 55–89.
- SCHULKIN J. – McEWEN B.S. – GOLD P.W. (1994): Allostasis, amygdala, and anticipatory angst. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 18. vol. 3. no., 385–396.
- SELYE H. (1936): A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*. 138. vol., 32.
- SELYE H. (1941): On the hormonal activity of a steroid compound. *Science*. 94. vol., 94.
- SWENSON R.M. – VOGEL W.H. (1983): Plasma Catecholamine and corticosterone as well as brain catecholamine changes during coping in rats exposed to stressful footshock. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 18. vol. 5. no., 689–693.
- SZAKÁCS G. (2015): *Koncepció a magyar közszolgálat mentori rendszerének kialakításához*. BM.
- TAHGHIGHI M. – REES C. S. – BROWN J. A. – BREEN L. J. – HEGNEY D. (2017): What is the impact of shift work on the psychological functioning and resilience of nurses? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, doi: 10.1111/jan.13283. [Epub ahead of print].
- THORPE G. L. – OLSON S. L. (1997): *Behavior therapy: Concepts, procedures, and applications* (2nd ed.), Boston, Allyn & Bacon.
- VAN DEN BROECK A. – VANDER ELST T. – BAILLIEN E. – SERCU M., SCHOUTEDEN M. – DE WITTE H. – GODDERIS L. (2017): Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, doi: 10.1097/JOM.0000000000000964. [elektronikusan hozzáférhető nyomtatás előtt].
- WEISSE C. S. – PATO C. N. – McALLISTER C. G. – LITTMAN R. – BREIER A. – PAUL S. M. – BAUM A. (1990): Differential effects of controllable and uncontrollable acute stress on lymphocyte proliferation and leukocyte percentages in humans. *Brain, Behavior; Immunity*, 4. vol. 4. no., 339–351.
- WHIPPEN D. A. – CANELLOS G. P. (1991): Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9. vol. 10. no., 1916–1920.
- WILLNER P. – SCHEEL-KRÜGER J. – BELZUNG C. (2013): The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 37. vol. 10. no., 2331–2371.
- WILLNER P. – TOWELL A. – SAMPSON D. – SOPHOKLEOUS S. – MUSCAT R. (1987): Reduction of sucrose preference by chronic unpredictable mild stress, and its restoration by a tricyclic antidepressant. *Psychopharmacology*. 93. vol., 3. no., 358–364.

Ajánlott irodalom

- BAGDY Emőke (2013): *Pszichofitness*. Budapest, L' Harmattan kft. Kiadó.
- BERGNER TMH (2015): *Burnout – A kiégés megelőzése 12 lépésben*. Miskolc, Z-Press Kiadó.
- BÍRÓ S. (1998): *Életünk válsághelyzetei – A depresszió és a stressz*. Budapest, SubRosa Kiadó.
- DÁVID I. – FÜLÖP M. – PATAKY N. – RUDAS J. (2014): *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok*. Budapest, Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.
- KRISZTALVI P. (2006): *Stressz a lelke mindennek*. Budapest, Dimenzió Biztosító Egyesület.
- MÁTÉ G. (2016): *A test lázadása*. Budapest, Libri Kiadó.
- McGONIGAL, Kelly (2016): *A stressz napos oldala – Miért jó a stressz, és hogyan bánjunk vele ügyesebben?* Budapest Ursus Libris.
- PETRŐCI E. (2007): *Kiégés – elkerülhetetlen?* Budapest, Eötvös József Könyvkiadó.
- POLYÁNKI B. (2016): *A stressz ára*. Budapest, Egyensúlyért Bt.
- SELYE J. (1983): *Stressz distressz nélkül*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- TEPPERWEIN K. (2004): *Testünk üzenete*. Budapest, M-érték Kiadó.
- VALLÓ Á. – NEMES J. (2013): *Stressz és egészség*. Budapest, KM-PharmaMédia Kiadó és Reklámügynökség Kft.

Fogalomtár

A típusú ember: elsősorban →aktív stratégiát alkalmazó egyén.

Állami szolgálati jogviszony: A megyei kormányhivataloknál dolgozó állami tisztviselők és állami ügykezelők foglalkoztatását szabályozó szolgálati jogviszony.

Általános adaptációs szindróma: a →stressz jelenségének egyik elnevezése; általában a →stressz-válaszok együttesét, illetve azok tüneteit értik alatta. Selye vezette be.

Adrenalin: a →mellékvese velőállományában termelődő →stresszhormon. Elsősorban a vérkeringés és az anyagcsere szabályozásában játszik szerepet, ezáltal hozzájárul az energiatartalékok mozgósításához. Az agyban van néhány kis idegsejtcsoport, amely adrenalint használt jelátvivő anyagként. Az →„üss vagy fuss” válasz kiváltásával hozzák kapcsolatba.

Aktív stratégia: olyan →coping (megküzdési) stratégia, amelynek során az alany a problémák aktív megoldására, illetve ennek során saját szándékainak megvalósítására törekszik, és korábban szerzett rutinjaira épít. Hajlamos a szociális dominanciára (például vezető beosztás megszerzésére tör). Az ilyen (jelentős mértékben öröklött) stratégiát alkalmazó embereknek erős az →adrenalin stresszválasza, ami érzékennyé teszi őket a szív- és érrendszeri betegségekkel szemben. Jól kezeli a stresszt ismert környezetben, kevésbé jól számára ismeretlen helyzetekben, ahol a rutinok kevésbé célravezetők.

Akut stressz: folyamatban levő vagy rövid lefolyású →stressz. Az →eustressz kategóriájába tartozó esetei következmény nélküliek, és a →stressztényező hatásának kiküszöbölését eredményezik. A kiküszöbölés sikertelensége vagy az akut stressz gyakori előfordulása →krónikus stressz, illetve a →distressz kialakulásához vezet.

Allostasis, allostázis: a szervezetnek az a képessége, hogy a →homeosztázist „feladva” egy új belső egyensúly, egy új belső állapot létrehozása által alkalmazkodjon a többnyire ártó jellegű körülményekhez. Többnyire →krónikus stressz idézi elő.

Allostatikus terhelés: azoknak a külső tényezőknek az összessége, amelyek az →allostázis jelenségét előidézik. Intuitív fogalom, amely az →allostázist előidéző tényezők mennyiségét érzékelteti (nincs precíz mérőszáma).

Anyagcserezavarok: betegségeként vagy működési zavarként jelentkező élettani állapotok. Lehetnek öröklöttek (például a sav-bázis egyensúly, kalcium-anyagcsere, agyműködés öröklött zavarai stb.) vagy szerzettek. Ez utóbbiak következménye lehet az elhízás, inzulinrezisztencia, magas vérnyomás stb. A szerzett anyagcserezavarok kiváltói között fontos szerepet játszik a stressz (elsősorban a →distressz).

B típusú ember: elsősorban →passzív stratégiát alkalmazó egyén.

Burnout: a →kiégés angol neve.

C típusú ember: szélsőségesen →passzív stratégiát alkalmazó egyén. Fokozottan érzékeny a szorongásos és →hangulati zavarokra.

Coping, coping stratégia: kifejezés, amely a →stressztényezőkkel való megküzdés módjára vonatkozik. Nem a „sikerességet” (lásd →reziliencia, →vulnerabilitás), hanem a konkrét viselkedésmintákat jelöli. Két alapvető formája van: az →aktív és →passzív stratégia. A megküzdésnek mindkét stratégiája lehet sikeres vagy sikertelen. Belső konfliktusok többnyire akkor alakulnak ki, ha valaki saját coping-stratégiájának nem megfelelő életmódot választ.

Depresszió: hangulati zavar, amely hatással van az egyén gondolkodására, viselkedésére, érzelmeire és jóllét-érzésére. A depressziós zavarban szenvedő emberek szomorúak, szorongók, belsőleg üresnek érzik magukat; jellemző rájuk a reményvesztettség, értéktelenség, bűntudat, ingerlékenység és nyugtalanság érzése. Az öngyilkossági kísérletek egyik fő kiváltója. Enyhébb formáját minor, súlyosabb formáját major depresszióknak nevezik. Korábban a depresszió kategóriájába sorolták a bipoláris zavart is, amelyet ma már külön kategóriaként kezelnek, amelynek vannak olyan szakaszai, amelyek a depresszióhoz hasonlóak vagy tüneteiben azzal azonosak. Egyike a leggyakoribb, és világszerte legnagyobb egyéni és társadalmi problémákat okozó pszichikai zavaroknak.

Distressz: többnyire →krónikus stresszállapot, amely meghaladja a szervezet válaszadási képességeit, ezért hosszú távon zavart működéshez, a szervezet energiatartalékainak kimerüléséhez és szomatikus (testi), illetve pszichikai betegségek kialakulásához vezet.

Előreláthatóság: ez a →stressznek azt a sajátosságát jelöli, hogy a →stressztényező jelentkezésének időpontját, jellegét és időtartamát előre meg tudjuk becsülni. Az előreláthatóság csökkenti, míg ellentéte, a bizonytalanság növeli a →distressz kialakulásának veszélyét.

Eustressz: többnyire →akut stressz, amely hozzásegíti a szervezetet ahhoz, hogy mozgósítsa erőforrásait, élettani és pszichikai értelemben egyaránt. Lehetővé teszi az állandóan változó környezeti feltételekhez való alkalmazkodást. Elsődleges célja tehát a →stressztényező vagy azok hatásainak kiküszöbölése. Ennek sikertelensége a →distressz kialakulásához vezet.

Génexpresszió: a szervezet tulajdonságait (többnyire fehérjék struktúráján keresztül) kódoló gének működési állapotát jellemző kifejezés. A gének nem csak az egyedfejlődés során aktívak. A felnőtt élet során aktívan hozzájárulnak azokhoz a folyamatokhoz, amelyek által a szervezet folyamatosan újratermeli önmagát. A gének működése (expressziója) sok tényezőtől függ, és külső vagy belső tényezők hatására megváltozhat: fokozódhat vagy csökkenhet. Ez a →plaszticitás egyik alapjelensége.

Hangulati zavar: →depresszió

Homeosztázis: a szervezetnek az a képessége és funkciója, hogy megőrizze belső egyensúlyát. Ez számtalan élettani sajátosságra (például vércukorszint szűk keretek közt tartására) éppúgy vonatkozhat, mint pszichikai jelenségekre (például érzelmi homeosztázis), bár elsősorban élettani jelenségként kezelik.

Humánfunkció: Személyügyi tevékenység, például kiválasztás.

Idegrendszeri plaszticitás: a →plaszticitás jelenségének idegrendszerre vonatkoztatott formája.

Immunitás: élettani válaszok együttese, amelyek segítségével a szervezet ellenáll, illetve legyőzi a fertőzéseket. Ez megvalósulhat sejtaktivitás szintjén (ez a szerepe a fehérvérsejteknek és az úgynevezett T-sejteknek), illetve ellenanyagok termelése révén, amit vegyi immunitásnak is neveznek. A →stressz és a →kortizol negatívan hat az immunitásra.

Jogviszony alanyai: Azok a személyek, akik között a jogviszony létrejön, például közigazgatási szerv és kormánytisztviselő.

Jó stressz: az →eustressz köznyelvben használatos elnevezése.

Kiegész: fizikai, emocionális és mentális kimerülés állapota, amely elsősorban, de nem kizárólag a segítő foglalkozásúak körében lép fel. Segítő foglalkozásúaknak általában az egészségügyben, közszolgálatban és a szolgáltatások területén dolgozókat tekintik. A kiegész folyamatként kell fel fogni, amelynek során egy motivált (esetleg túlmotivált) állapotból az egyén több köztes lépésen keresztül eljut a kiegész szindrómáig, ami egy súlyos, a →depresszióhoz rendkívül hasonló vagy – nézőponttól függően – azzal azonos lelkiállapot.

Kógens szabály: Kötelező rendelkezés, amelynek kötelező ereje nem függ a jogviszony alanyainak akaratától.

Kognitív viselkedésterápia: a pszichiátriában alkalmazott eljárás, amelynek célja a mentális zavarok által előidézett rossz viselkedési és érzelmi reakciók kiküszöbölése. Az élethelyzetek kognitív (tudati), viselkedési és érzelmi kezelésének módzatait sajátíttatja el az alanyokkal. A →depresszió kezelésére fejlesztették ki, de ma már sok más zavar esetében is alkalmazzák.

- Kontroll:* a \rightarrow stresszel összefüggésben annak érzetét jelöli, hogy a \rightarrow stressztényezőt ellenőrzésünk alatt tartjuk, és aktív cselekvés által fel tudjuk függeszteni hatását, illetve azokat ki tudjuk védeni. A kontroll érzete csökkenti, míg ellentéte, a kontroll elvesztése növeli a \rightarrow distressz kialakulásának veszélyét.
- Kormányzati szolgálati jogviszony:* Minisztérium, egyéb központi államigazgatási szervnél, illetve annak területi és helyi szervénél stb. dolgozó kormánytisztviselők vagy kormányzati ügykezelők foglalkoztatását szabályozó szolgálati jogviszony.
- Kortizol, kortizon:* a \rightarrow mellékvesében termelődő hormon, amely szabályozza a glukóz anyagcserét, ezáltal hozzájárul a szervezet energiatartalékainak mozgósításához. E hatása mellett akut módon befolyásolja több szerv, többek között az idegrendszer működését, hosszú távon pedig befolyásolja a szervezet géneinek a működését (pontosabban az úgynevezett \rightarrow génexpressziót, vagyis a gének kifejeződését). Ez a \rightarrow plaszticitás jelenségének egyik fontos motorja. A kortizol és kortizon egyetlen vegyi gyökben különbözik egymástól, és e szakanyag szempontjából ekvivalens kifejezésnek tekinthető. Az aktív forma a kortizol.
- Közzolgálati jogviszony:* Autonóm közigazgatási szervnél, például helyi önkormányzat polgármesteri hivatalában dolgozó köztisztviselők és közzolgálati ügykezelők foglalkoztatását szabályozó szolgálati jogviszony.
- Krónikus stressz:* hosszan tartó vagy gyakran ismétlődő \rightarrow stressz, amely a \rightarrow distressz kialakulásához vezet.
- Major depresszió:* \rightarrow depresszió.
- Megküzdés, megküzdési stratégia:* \rightarrow coping. A megküzdés némileg erőszakolt és kevésbé elterjedt magyar kifejezés, ezért használjuk a magyar (szakmai) nyelvi közegben elterjedtebb angol változatát.
- Mellékvese:* belső elválasztású mirigy, amely a vesék közelében, azok felső részéhez tapadva helyezkedik el (innen származik elnevezése). Velőállománya (belsejében található része) termeli az \rightarrow adrenalin, míg kéregállománya (külső „burka”) termeli a \rightarrow kortizolt.
- Mentoring:* hosszabb, kb. 1 éves, tervszerű, célirányos fejlesztési folyamat, amely során a mentor tapasztalat- és tudásátadással, szerepmodellnyújtással, egyéb módszerekkel támogatja az új belépő (mentorált) beilleszkedését.
- Minor depresszió:* \rightarrow depresszió
- Neuronális plaszticitás:* \rightarrow idegrendszeri plaszticitás, \rightarrow plaszticitás.
- Noradrenalin:* az idegrendszeri kommunikációt közvetítő egyik anyag, amelyet csak néhány idegközpontot „használ”. Kismértékben a mellékvesében is termelődik, így a vérben is jelen van, mint egy \rightarrow adrenalinhoz hasonló hatású hormon. Amellett, hogy befolyásolja a vérkeringést és anyagcserét, az agyban fontos szerepet játszik a félelmi reakciók és az agresszivitás szabályozásában. Az \rightarrow „üss vagy fuss” reakcióban jóval fontosabb szerepet játszik, mint az adrenalin, amely nem jut át az úgynevezett vér-agy gáton, tehát – a noradrenalinnal ellentétben, amely az agyban termelődik – nem tudja közvetlenül befolyásolni az agyműködést.
- Passzív stratégia:* olyan \rightarrow coping stratégia, amelynek során az alany hajlamos a problémák passzív eltűrésére (egyfajta kivárási taktikát alkalmazva), elfogadja saját szándékainak legalábbis ideiglenes háttérbe kerülését, miközben fokozottan figyel az eseményeket, hogy a megfelelő pillanatban lépjen közbe, és befolyásolja az eseményeket. Nem feltétlenül tör szociális dominanciára (például vezető beosztás megszerzésére). Az ilyen, jelentős mértékben öröklött stratégiát alkalmazó embernél a \rightarrow kortizol stresszválasz erős, ami elsősorban hangulati zavarokra, illetve az immunválaszokkal kapcsolatba hozható betegségekre érzékenyíti. Ismert környezetben kivárási technikája miatt háttérbe kerülhet, a környezet folyamatos figyelése miatt azonban jól kezeli a stresszt számára ismeretlen helyzetekben.
- Plaszticitás:* a szervezet azon képessége, hogy külső körülmények (például \rightarrow stressz) hatására megváltozzon, és megváltozott állapotában működjön tovább. Ez a képesség az \rightarrow allostázis alapja. A plaszticitás gyűjtőfogalom, amely \rightarrow génexpressziós változásoktól az idegrendszer strukturális változásáig számtalan jelenséget felölel.

- Rendkívüli munkaidő:* Rendes munkaidőn, például napi 8 órán felül ledolgozott munkaidő, közismer-
tebb nevén: túlmunka vagy túlóra.
- Reziliencia:* az ellenállás képessége a stressz hatásaival szemben, a →vulnerabilitás ellentéte. Szám-
talan összetevője van, veleszületett (genetikai) tulajdonságoktól a stresszélettörténeten át a pozí-
tív és negatív töltésű élethelyzetek átélésének arányáig.
- Rossz stressz:* a →distressz köznyelvben használatos elnevezése
- Sejtes immunitás:* →immunitás
- Stresszérzékenység:* →vulnerabilitás. A stresszérzékenység hosszabb és kevésbé elterjedt magyar ki-
fejezés, ezért használjuk a szakmai nyelvi közegben elterjedtebb angol változatát.
- Stresszfaktor:* →stressztényező.
- Stresszhormon:* általában a →kortizol hormon megnevezésére használt kifejezés. Többnyire az →ad-
renalint is ebbe a kategóriába sorolják. Tágabb értelemben ide tartozik a →kortizon termelését
szabályozó adrenokortikotrop hormon, illetve több más hormon, amelyekről nem esik szó a szak-
anyagban. Megjegyzendő, hogy stressz hatására sok olyan hormon (például nemi hormonok)
termelése is megváltozik, amely nem esik a „stresszhormon” kategóriába.
- Stresszreakció:* →stresszválasz.
- Stressztényező:* környezeti kihívás, amely lehet kellemes (például sportesemény által kiváltott izga-
lom), semleges (ébredés) vagy ártó (betegség), de mindenképpen szükségessé teszi a szervezet
tartálékainak mozgósítását. Az első két esetet az úgynevezett →eustressz, a harmadikat, különö-
sen, ha →krónikus stressz alakul ki, az úgynevezett →distressz fogalma írja le.
- Stresszválasz:* a szervezetnek a →stressztényezőre adott válasza. Ezek egy része szomatikus, tehát
élettani jellegű, egy része viszont viselkedési, illetve pszichikai. Mindkét válasz kialakulásában
és fenntartásában fontos szerepet játszanak a →stresszhormonok. A stresszválasz jellegét meg-
határozza, hogy a stressz →akut vagy →krónikus, illetve, hogy az →eustressz, vagy →distressz
kategóriájába esik.
- Stressz:* egy külső hatásnak (→stressztényező) és a szervezet erre adott válaszána (→stresszválasz)
együttes megnevezésére használt kifejezés. Néha az egyik vagy a másik jelenség megnevezésére
külön is használják.
- Stresszor:* →stressztényező.
- Stresszrezisztencia:* →reziliencia. A stresszrezisztencia hosszabb és kevésbé elterjedt magyar kifeje-
zés, ezért használjuk a szakmai nyelvi közegben elterjedtebb angol változatát.
- Szerződéses jogviszony:* Jogilag szabályozott társadalmi viszony, amely a felek által megkötött szer-
ződéssel jön létre. Ilyen például a munkaviszony, megbízási jogviszony. Az ilyen jogviszony
tartalmát – főszabályként – a felek közösen és szabadon állapítják meg. →Kógens norma azon-
ban – garanciális okok miatt – korlátozhatja a szerződési szabadságot. Például jogszabály írja elő
a minimálbér összegét, amelynél kisebb alaphérben a munkáltató és munkavállaló nem állapod-
hat meg.
- „Üss vagy fuss” válasz:* némileg metaforikus kifejezés, amely kritikus helyzetben megnyilvánuló két
alternatív viselkedési →stresszválasz megnevezésére szolgál. Ez a körülményektől és a stressz
jellegétől függően lehet agresszió („üss”) vagy menekülés („fuss”). Célja, hogy az egyén meg-
szüntessen egy közvetlen veszélyt jelentő helyzetet.
- Vegyí immunitás:* →immunitás.
- Vulnerabilitás:* olyan tulajdonságok összessége, amelyek érzékennyé tesznek valakit a stressz hatásai-
val szemben. A →reziliencia ellentéte. Számatlan összetevője van, veleszületett (genetikai) tulaj-
donságoktól a stresszélettörténeten át a pozitív és negatív töltésű élethelyzetek átélésének arányáig.
- Zárt karrierrendszer:* A közszolgálat egységesen szabályozott, speciális foglalkoztatási rendszere,
amely a teljes szakmai életutat átfogó, kiszámítható, garantált, érdemeken alapuló előmenetelt,
életpályát nyújt a közszolgálatban dolgozók számára, függetlenül a mindenkori pénzügyi, gazda-
sági helyzettől, valamint munkaerőpiaci viszonyoktól.

JOGSZABÁLYTÁR

- Közszolgálati tisztviselőkről szóló 2011. évi CXCV. törvény
(https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100199.TV)
- Állami tisztviselőkről szóló 2016. évi LII. törvény
(https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1600052.tv)

A Nemzeti Közszolgálati Egyetem kiadványa.



Nordex Nonprofit Kft. – Dialóg Campus Kiadó • www.dialogcampus.hu • www.uni-nke.hu • 1083 Budapest, Ludovika tér 2.
• Telefon: 06 (30) 426 6116 • E-mail: kiado@uni-nke.hu • A kiadásért felel: Petró Ildikó ügyvezető • Kiadói szerkesztő:
Buzás Anita • Tördelőszerkesztő: Karácsony Fanni
ISBN 978-615-5764-23-3 (EPUB)
ISBN 978-615-5764-24-0 (PDF)

A kiadvány a KÖFOP-2.1.1-VEKOP-15-2016-00001
„A közszolgáltatás komplex kompetencia,
életpálya-program és oktatás technológiai fejlesztése”
című projekt keretében készült el és jelent meg.

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE