

5. Devianciák – A pszichopatológia alapjai

Haller József

A devianciát és pszichopatológiát sokan az „örültséggel” és „veszélyességgel” kapcsolják össze, és úgy érzik, ha egy sorozatgyilkosról vagy éppen terroristáról kiderül, hogy mentális zavarok miatt orvosi kezelés alatt állt, akkor ez a tény minden tetteire kielégítő magyarázattal szolgál. Ez egyáltalán nincs így. A deviancia alkalomadtán a társadalmi fejlődés záloga is lehet, míg a pszichopatológia tárgyköre sokkal több „rendes embert” ölel fel ahhoz, hogy akár örültséggel, akár veszélyességgel hozhatnánk kapcsolatba. *Mentálisan zavart emberek ugyanúgy lehetnek bűnözők, mint átlagemberek vagy akár a társadalom legértékesebb tagjai is.* Nem egy jelentős és pozitív szerepet betöltő történelmi személyiség, tudós vagy művész szenvedett valamilyen mentális zavartól. A zavar kihatással van az emberek érzéseire és viselkedésére, de a pszichopatológia önmagában távolról sem azonosítható a társadalmi veszélyesség fogalmával. E könyvben azért van szükség a témakör rövid áttekintésére, mert a közszolgálati dolgozók szükségszerűen sok mentálisan zavart emberrel találkoznak munkájuk során, alkalomadtán kollégáik között is, és erre fel kell készülniük. Egyetlen rövidke fejezet természetesen senkit sem képez át pszichiáterré, de ez a fejezet adhat néhány gyakorlati fogódzót a problémakör mibenlétét és menedzselésének lehetséges módjait illetően.

5.1. A fogalmak tisztázása

A deviancia szó a latin *deviare* kifejezésből származik, amelynek hevenyészett fordítása: elhagyni az utat, elkanyarodni – vagyis a latin eredeti elsősorban egy „közlekedési” fogalom. Modern, elsősorban szociológiai értelemben a devianciát minden elérhető forrás a társadalmi normáktól vagy egy szűkebb közösség elvárásaitól való eltérésként definiálja; egyes angol szótári források hozzátesszik, hogy ez megnyilvánulhat egy minőségben, állapotban vagy viselkedésben, amelyek közül többnyire a társadalmi beilleszkedést és a szexuális viselkedést emelik ki. A pszichopatológia ezzel szemben egy orvosi, pontosabban pszichiátriai fogalom, amely valamilyen betegség, mentális zavar fennállásával kapcsolatos. A két fogalom között nyilván van átfedés, de különbségek is észlelhetők, ezért először ezeket tisztázzuk.

A deviancia Durkheim megközelítésében (DURKHEIM 1978) nem a viselkedés lényegéből fakad, hanem a normákból: *egy és ugyanaz a viselkedés minősülhet normatívnak vagy deviánsnak attól függően, hogy a társadalom éppen milyen normák mentén szerveződik.* Nagyon egyszerű példával élve: a „szabadság, egyenlőség, testvériség” eszméje – és az ebből fakadó, forradalommal terebélyesedő mozgalom – deviáns volt a 18. századi Franciaországban,

de ma normatív a világ országainak elsöprő többségében. A normák természetesen nem csak nagy eszmék esetében viszonylagosak: voltak korok és társadalmak, amelyekben a házasságtörést vagy éppen azt a tudományos álláspontot, amely szerint a Föld a Nap körül kering, halállal büntették. Ma már egyik sem főbenjáró bűn, sőt, nem is bűn egyáltalán.

Dahrendorf három csoportba osztotta a devianciákat (DAHRENDORF 1958); ezeket eltérő formában és mértékben szankcionálja a társadalom. Az illem és a jó modor iratlan szabályainak áthágása például szankciókkal jár, amelyek azonban nem túlságosan súlyosak, sőt, ha az elkövető kivételes egyéniség, viselkedése akár divatot is teremthet. Egy csoport formális szabályainak és normáinak megszegése már súlyosabb következményekkel járhat. A szabályok megszegőit például kirekeszthetik a csoportból, ami – amennyiben az illető értéket tulajdonít a tagságnak – már jóval komolyabb szankció. Végezetül az, aki a társadalom törvényekben lefektetett szabályait szegi meg, jogi felelősségre vonással szembe-sülhet, súlyos esetben akár börtönbüntetésre is számíthat.

Bármilyen alfajtákra is osztjuk azonban a devianciát, bátran kijelenthetjük, hogy egy kizárólag normatív viselkedésű egyénekből álló, tehát teljesen konform csoport/társadalom esélye a fejlődésre meglehetősen csekély (ANDORKA 2006). Minden újítás, legyen az viselkedési (például csókolózás az utcán), tudományos (például Giordano Bruno fent említett esete, miszerint azon elgondolása miatt ítélték máglyahalálra, amelyben kifejti, a Föld kering a Nap körül) vagy társadalmi (például parlamenti demokrácia) deviáns akkor, amikor megjelenik, de idővel lekerülhet a devianciák „listájáról”, sőt akár normatívvá is válhat. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy *minden* deviancia pozitív társadalomformáló erő lenne. Nem szeretnénk például, ha a zsebtolvajlás vagy éppen az útviszonyoknak nem megfelelő autóvezetői stílus normatív viselkedéssé válna a jövőben. Azt sem szeretnénk azonban, ha a társadalom tagjai soha nem térnének le a járt utakról (hogy a deviancia latin eredetijét parafrázáljuk), mert akkor soha nem lelnénk rá új utakra, és a társadalom belemerevedne adott állapotába (valószínűleg azt a nagyon távoli ősröket is deviánsnak tartották társai, aki először iramodott neki a nyílt mezőnek gyalog, de ha deviáns viselkedése nem vált volna normává, máig a fák lombjában csücsölnénk).

A deviancia tehát egy olyan eltérés a normáktól, amelyet a társadalom alapvetően szankcionál, ugyanakkor amely – kivételes esetben – a társadalmi fejlődés záloga is lehet. A pszichopatológiáról egyik sem mondható el, még annak ellenére sem, hogy a mentális zavaroktól szenvedők viselkedése néha nagyon eltér a társadalmi normáktól, és magatartása ilyen értelemben devianciaként is felfogható. Ezekről eltérően azonban a társadalom nem szankcionálja a betegségeket, így a mentális zavarokat sem, sőt jelentős erőforrásokat fordít arra, hogy „áldozataikat” meggyógyítsa. Az is nagyon kevésbé valószínű, hogy a mentális zavar valaha is társadalomformáló erővé válna. Nem kétséges, hogy néhány kiemelkedő teljesítményt nyújtó ember (például művész) mentális zavaroktól szenvedett, és még az sem kizárt, hogy ez bizonyos mértékben gazdagította művészetüket (hogy ennél a példánál maradjunk). Csontváry Kosztká Tivadar esetében például a skizofrénia jelei fedezhetők fel (KÖVÁRI 2012), de a betegség önmagában – tehetség nélkül – nem formált volna belőle nagy művészt, és ami még fontosabb, példája nem hozott létre egy új társadalmi normát. A skizofrénia jelei például nem váltak a képzőművészeti tehetségkutatás szelekciós tényezőjévé.

A deviancia és a büntetés kapcsolata a jogtudomány, a deviancia és a társadalmi haladás viszonya pedig jobbára a filozófia alapkérdése. Ebben a könyvben egyikkel sem foglalkozunk, mert nagyon távol esnek a közszolgálati pszichológia tárgykörétől.

A pszichopatológia kérdésével viszont foglalkoznunk kell, mert a mentális zavarok sokkal gyakoribbak, mint az átlagember hinné. A „köz szolgálai” napi szinten nagy számban találkoznak mentálisan zavart emberekkel, és erre a találkozásra érdemes felkészülniük.

Narcizmus és kreativitás

Kutatók sokáig vizsgálták, vajon a narcizmus összefügg-e a kreativitással, és néhány tanulmány ki is mutatta, hogy az önimádó emberek kreatívabbak lehetnek. Azonban egy Goncalo és munkatársai által végzett kísérlet (GONCALO–FLYNN–KIM 2010) azt sugallja, hogy a kép ennél árnyaltabb. Kutatásukban 244 egyetemi hallgatóval először egy narcizmust mérő tesztet töltettek ki (amely olyan értékelendő állításokat tartalmazott, mint például: „Élvezem, ha a figyelem középpontjában lehetek.”). Ezt követően a résztvevők párokat alkottak, és filmötleteket kellett gyártaniuk. A pár egyik tagja volt az ötletgyáros, míg a másik az értékelő. A narcisztikusabb résztvevők ötleteit jobbra értékelték társaik, mint a kevésbé narcisztikus személyek ötleteit. Azonban amikor egy független személy (olyan, aki nem találkozott a résztvevőkkel, és így nem is tudhatta, ki narcisztikus és ki nem) értékelte az ötleteket, akkor ez a különbség teljesen eltűnt. Ebből az eredményből nagyon úgy tűnik, hogy a narcisztikus személyek karizmájukkal hatottak az értékelőre, így maga az ötlet találása miatt kaptak magasabb értékelést, amúgy viszont az ötleteik átlagosak voltak.

5.2. Pszichopatológia és mentális zavar

A pszichopatológia a mentális zavarok tudománya, a mentális zavar pedig (nagyon röviden) egy olyan „működési mód”, amely az elme deviáns működésével függ össze. Látszólag egy szubjektív megítélésű fogalomról van szó. Sok emberben él az az elképzelés, hogy a „normális” viselkedés egy pusztán elméletben létező átlag, amelytől bizonyos mértékig mindenki eltér, és tetszés szerint bárhol meghúzható egy határvonal, amelynek egyik oldalán a „normális”, a másik oldalán a „mentálisan zavart” emberek találhatók. Ha a határvonalat az átlaghoz nagyon közel húzzuk meg, akkor szinte mindenki mentálisan zavartnak minősül, mert nagyon ritka a *minden létező szempontból* átlagos ember. Ha a határvonalat az átlagtól nagyon távol húzzuk meg, akkor szinte senkit sem tekinthetünk zavartnak: minden viselkedés az emberek viselkedési repertoárjának egyik lehetséges változatává válik. Ha úgy tetszik, a képzeletbeli választóvonal helyét akár ideológiai határvonalnak is tekinthetjük, és meghatározását összefüggésbe hozhatjuk olyan fogalmakkal, mint sokszínűség, megértés vagy tolerancia. Ebben a fejezetben a „határvonalnak” nem ezzel az életszemléleti vagy éppen ideológiai, hanem az orvosi/pszichiátriai oldalával foglalkozunk.

5.2.1. A mentális zavarok rendszerei

A 20. század közepére vált parancsolóvá az igény, hogy a mentális zavaroknak még a szakemberek körében is zűrzavaros fogalmait, definícióit és diagnosztikai leírását egy egységes rendszerbe szedjék, amely aztán minden pszichiáter számára egyfajta vezérfonalként szolgálhat. Ennek első jele az volt, hogy 1949-ben a Betegségek Nemzetközi Rendszerébe (angol nevének – International Classification of Diseases – rövidítése alapján: ICD)

felvették a mentális zavarokat is mint a betegségek egy külön kategóriáját (Egészségügyi Világszervezet – World Health Organization, WHO). Röviddel ez után az Amerikai Pszichiáterek Társasága is rászánta magát, hogy egy egységes kötetben foglalja össze mindazt, amit a mentális zavarokkal kapcsolatban akkoriban gondoltak (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1952). Ez a kötet a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* címet viselte, amelyet világszerte DSM-ként rövidítenek. Mindkét rendszer fejlődött; jelenleg az ICD-nek a tizedik, a DSM-nek pedig az ötödik – jelentősen átdolgozott és javított – kiadása van érvényben (WHO 1990; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2013). Mindkét kézikönyvet klinikai szakemberek írták, olyanok, akik napi kapcsolatban állnak mentálisan zavart emberekkel. A leírások nem egyetlen ember nézeteit tükrözik, mert minden mentális zavart egy csapat írt le, amelynek tagjai az adott zavar legtekintélyesebb szakértőiből kerültek ki. Sőt, minden leírás nyilvánosságra került a kézikönyvek kiadása előtt, és a szerzők begyűjtötték és felhasználták más szakemberek észrevételeit. Összességében, mindkét kézikönyv a pszichiáterek sok generációjának produktuma. Bár érik kritikák, mindkettő referenciakiadvány világszerte.

A két rendszer az egyes zavarok esetében néha eltérő elnevezéseket használ, és a diagnosztikai leírások sem mindig fedik egymást teljesen, de ezek a különbségek jelentéktelenek, és a két könyv tartalma könnyen megfeleltethető egymásnak. A valódi különbség a leírások mélységében van: az ICD-10 röviden írja le a zavarokat, majd felsorolja tüneteiket, míg a DSM-5 a betegségek részletesebb leírásán túl számtalan más kérdésre is kitér – többek között a zavarok kialakulásának okaira, prognózisára, kulturális vonatkozásaira stb. Az ICD-10 kódjait, amelyek nem csak mentális zavarokat jelölnek, sok országban kötelező felvezetni a kórlapokra; ez biztosítja azt, hogy ugyanaz a kifejezés mindenhol ugyanazt jelentse, és az egyes leírások mögött egy egységes rendszer álljon. A DSM-5 használata viszont elterjedtebb a pszichiáterek körében, elsősorban alapossága miatt. Ebben a fejezetben mi is a DSM-5-öt használjuk referenciamunkának.

5.2.2. A mentális zavar fogalma és diagnózisa

A mentális zavar fennállásának négy kritériuma van:

1. a viselkedés vagy az érzések nem felelnek meg a személy helyzetének;
2. ez a jelenség gyakran előfordul és/vagy tartósan fennáll;
3. zavarja az alany életvitelét;
4. az érzésnek vagy viselkedésnek nincs a zavarnál (diagnózisánál) jobb magyarázata.

Az első kritériumot két példával illusztráljuk; az első egy érzéssel, a második egy viselkedéssel kapcsolatos. Egy pánikroham teljesen természetes, ha az ember veszélyben van. Ha valakit éjszaka fegyveres rablók támadnak meg, nem csodálkozunk, ha rettegés lesz úrrá rajta, pulzusa 100 fölé emelkedik, hideg verejték önti el testét, és elakad a lélegzete. Ez az érzelmi és élettani reakció teljesen megfelel a helyzetnek, amelybe került. Ha ugyanez a tünetegyüttes valakinél akkor jelentkezik, amikor az illető egy parkban sétál, már nem mondhatjuk azt, hogy „nincs min csodálkozni”, mert igenis van: nincs oka a pániknak, ha veszély jelei sem közel, sem távol nem észlelhetők. Egy ilyen indokolatlan pánikreakció kielégíti a pánikzavar diagnosztizálásának első kritériumát. Helyzetnek nem megfelelő viselkedésre az agresz-

sziót hozzuk fel példának. Az előző példához visszatérve: nem csodálkoznánk, ha az alany dühkitöréssel válaszolna a rablótámadásra, és elismeréssel fogadnánk, ha ezzel sikerülne kivágnia magát a szorult helyzetből. Ha azonban valaki tör-zúz az irodában pusztán azért, mert egy munka nem készült el időben, netalán egy ökölcsapással terítené le azt, akit ezért hibáztat, már nem tekintenénk rá úgy, mint aki a helyzetnek megfelelően viselkedett. Ha ez előfordulna, fennállna az „időszakos robbanékonyági zavar” diagnosztizálásának *lehetősége* – mert a diagnózishoz a fent említett további három kritériumnak is teljesülnie kell.

Mindenki tévedhet egyszer: egyetlen pánikroham vagy dühkitörés nem elegendő a diagnózis felállításához. A pánikzavar esetében az indokolatlan félelemnek nagyjából hetente egyszer, hónapokon keresztül úrrá kell lennie az alanyon, hogy a zavar diagnosztizálható legyen. Ha a pánik ritkább, például havonta jelentkezik, akkor diagnosztikai feltétel, hogy éveken keresztül tapasztalható legyen. Az időszakos robbanékonyági zavar esetében a tartósságra vonatkozó elvárások attól függenek, hogy mi vagy ki a támadás célja. Ha az alany tárgyakat tör össze, akkor ezt legalább három hónapon keresztül, hetente átlagosan kétszer kell követnie ahhoz, hogy a diagnózis lehetősége felmerüljön. Ha emberekre támad indokolatlanul, vagy támadásával jelentős károkat okoz, akkor évi három esemény már elegendő. Itt nem a cselekedet súlyosságának, hanem az önkontroll elvesztésének mértéke irányadó. Az, aki súlyos károkat okoz, vagy emberekre támad, nyilván jobban elveszti önkontrollját, mint az, aki legalább ezektől a szélsőséges cselekedetektől vissza tudja tartani magát.

Az inadekvát érzelem/viselkedés és annak tartóssága még mindig nem elegendő: a diagnózishoz az is kell, hogy ennek negatív következményei legyenek. A fenti két esetben a negatív következmények fennállása nyilvánvaló. Autóvezetés közben a pánik életveszélyes, a munkahelyi robbanékonyág az állás elvesztéséhez vezethet stb. Más esetekben ez a feltétel azonban mérlegelendő. Ha valaki olyannyira félénk, hogy már a generalizált szorongásos zavar feltételeit is kielégíti, de ez semmiben sem zavarja, vagyis jól együtt tud élni vele, sem a diagnózis felállításának, sem egy esetleges kezelésnek nincs értelme. A személyiségzavarok kivételével, amelyek ebből és sok más szempontból is kivételnek tekinthetők, a mentális zavarok szenvedést okoznak, ami a normális életvitelt ellehetetleníti, és egyúttal a diagnózis felállításának is feltétele.

Végezetül: bármely érzésnek és viselkedésnek lehet egy, a szóban forgó mentális zavartól különböző vagy független oka is. Ezt ki kell zárni ahhoz, hogy a diagnózis felállítható legyen. Mentális zavarokhoz hasonló állapotokat előidézhethetnek például drogok vagy egyes testi betegségek is. Ezek a mentális zavar diagnózisát kizárhatják vagy módosíthatják.

A négy általános zavarkritériumon kívül az alanynak a zavar specifikus tüneteit is produkálnia kell. A pánikzavar tüneteit például 4 tünetcsoportra osztják: az első tünetcsoport 13 tünetből legalább négynek, a második tünetcsoport két tünetből legalább egynek jelen kell lennie ahhoz, hogy a pánikzavart diagnosztizálni lehessen. A harmadik és negyedik csoport a diagnózis feltételeit (például az életvitel zavartságát) foglalja össze, és ezek mindegyikének teljesülnie kell.

5.2.3. A mentális zavarok gyakorisága

Az előző fejezetből kiderült, hogy egy zavar diagnózisának szigorú feltételei vannak. Ezért a „normális” és „mentálisan zavart” állapot nem egy tetszőlegesen meghúzható határvonal

két oldalán helyezkedik el. Az általános kritériumok és specifikus tünetek szigorú keretrendszert hoznak létre, amelybe az alany vagy „belefér”, és akkor mentálisan zavartnak tekintendő (specifikus diagnózissal), vagy „nem fér bele”, és akkor pszichiátriai szempontból normális, teljesen függetlenül attól, hogy viselkedését környezete vagy akár a jog deviánsnak tekinti vagy sem. Aki úgy gondolja, hogy egy diagnózis felállítása túlságosan könnyű, csalódik, mert ennek a fordítottja igaz. Nagyon gyakran fordulnak elő olyan mentális állapotok, amelyek az alanynak szenvedést okoznak, diagnózis mégsem állítható fel, és a pszichiátriai kezelésnek is akadályai támadnak. Ezeket küszöb alatti zavaroknak nevezzük. A „küszöb alatti” fogalom azt jelenti, hogy az alany nem produkál elegendő tünetet ahhoz, hogy a diagnózis felállítható legyen, vagy a tünetek nem eléggé gyakoriak vagy tartósak, de korántsem jelenti azt, hogy az alany életvitele zavartalan lenne. A küszöb alatti mentális zavarok kérdése az utóbbi egy-két évtizedben került a figyelem középpontjába, és egyre erősödik az a szándék, hogy az ilyen állapotokat is kontroll alatt tartsák, részben azért, mert szenvedéssel járnak, részben mert nagy a veszélye annak, hogy ezek „valódi” zavarokká alakulnak át (BALÁZS et al. 2013; BYSTRITSKY et al. 2010).

A mentális zavarok a diagnózis felállításának szigorúsága ellenére rendkívül gyakoriak. Egy viszonylag friss és hosszú periódust felölelő tanulmány kimutatta, hogy a lakosságnak mintegy 15–20%-a szenved valamilyen mentális zavartól bármely tetszőleges tárgyévben, és a lakosság nagyjából 30%-a esett át valamilyen mentális zavarra a tanulmány által lefedett nagyjából 30 év alatt (STEEL et al. 2014). A leggyakoribb zavarok a szorongás és a depresszió. Ebben a témában nagyon sok vizsgálatot végeztek már, és mindegyik rendkívül hasonló eredményeket hozott. A küszöb alatti mentális zavarok még ennél is sűrűbben fordulnak elő; egyes tanulmányok arról adnak számot, hogy gyakoriságuk duplája a „valódi” mentális zavarokénak (CARRELLAS–BIEDERMAN–UCHIDA 2017; HALLER et al. 2014).

5.3. Mentális zavarok és a közszolgálat

A mentális zavarokkal való szembesülés tehát elkerülhetetlen, és gyakori velejárója a közszolgálati munkának. Ez természetesen nem csak a közszolgálati munkára igaz; mentálisan zavart emberekkel naponta találkozunk mindenhol. A továbbiakban tisztázzuk az „örültség”/„veszélyesség” és mentális zavar kapcsolatát, leírjuk a főbb mentális zavarokat, vázoljuk a mentális zavarok, illetve az azoktól szenvedő emberek kezelésének főbb irányelveit, és végül arról fogunk beszélni, milyen mentális zavarok kockázati tényezője maga a közszolgálati munka.

5.3.1. Mentális zavar, „örültség” és „veszélyesség”

Először is azt kell leszögeznünk, hogy a címben idézőjelbe tett szavak egyike sem pszichiátriai fogalom. Az „örültség” vagy „örült” kifejezést leginkább azokra alkalmazzuk a köznyelvben, akik olyasmit látnak/hallanak, amit rajtuk kívül senki sem, illetve akiknek gondolatai vagy viselkedése a társadalom többi tagja számára teljesen érthetetlen. Vannak olyan mentális zavarok, amelyek rövid, bár többé-kevésbé gyakori periódusai alatt az alany viselkedése megfelel a köznyelvi kifejezés tartalmának, ezek a zavarok azonban ritkák,

és rendkívül kevés az olyan mentális zavartól szenvedő ember, akit élethosszának zöme alatt ezzel a köznyelvi kifejezéssel illethetnénk.

A „veszélyesség” fogalmát leginkább a társadalmi veszélyesség értelmében szokás használni: „veszélyes” az, akinél nagy a kockázata annak, hogy kárt tesz másokban, vagy olyan alapvető társadalmi normákat szeg meg, amelyek a társadalom egészének működését veszélyeztetik. Vannak olyan mentális zavarok, amelyek ebben az értelemben valóban veszélyesek. Nem véletlen, hogy a bűnelkövetőknek sokkal nagyobb része zavart mentálisan, mint a lakosság egésze. Míg a lakosságnak nagyjából 15–20%-ánál tapasztalható valamilyen mentális zavar, a bűnözőknél ez az arány ennek általában többszöröse, sőt, a legveszélyesebb bűnözőknél ez az arány felmehet akár 100%-ra is (COLINS et al. 2010; FREEDMAN–HEMENWAY 2000; UNDERWOOD–WASHINGTON 2016). Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy bár a bűnelkövetés jelentős kockázata a mentális zavarnak, ez a viszony fordítva már nem igaz: a mentális zavar nem jelentős kockázata a bűnelkövetésnek. Ennek az állításnak, amely első olvasásra furcsának tűnhet, egyszerű magyarázata van: a mentális zavarok sokkal gyakoribbak, mint a bűnözés. Minden egyes tárgyévben a lakosság nagyjából 17%-a szenved valamilyen mentális zavartól, ugyanakkor a lakosság átlagosan kevesebb mint egy 1%-a ellen születik bírósági ítélet évente (NATIONMASTER). Így fordulhat elő, hogy a nagyobb halmaznak (mentális zavartól szenvedő emberek) csak kis, nagyjából huszadrészét teszi ki a kisebb halmaz (bűnelkövetésért elítélt emberek), a kisebb halmaz zöme ugyanakkor benne van a nagyobb halmazban.

Röviden összefoglalva, a mentális zavarok alapvető jellegzetessége nem az „őrültség” és nem is a „veszélyesség”. Ami a mentális zavarokat közös nevezőre hozza, és ami egyben a diagnózis felállításának kritériuma is, az a szenvedés. A mentális zavarok mindegyike megnehezíti a normális életvitelt, azt, hogy alanyaik megfeleljenek társadalmi, munkahelyi és családi kötelezettségeiknek, és ebben az értelemben állapotuk szenvedéssel jár, hiszen mindenki szeretne megfelelni, és szenved attól, ha ez nem sikerül. Ezt tovább súlyosbítja az, hogy sok mentális zavar lényege maga a szenvedés. Folyamatosan vagy gyakran félni, esetleg lehangoltnak lenni, ami a szorongásos, illetve a depressziós zavarok legfontosabb tünete, nem kellemes érzés. A mentális zavarok alapvetően úgy kezelhetők, mint bármely betegség, bár különböző, itt nem részletezett okokból kifolyólag inkább zavarnak, semmint betegségnek nevezik őket. Ugyanúgy, ahogy a lakosság egy jelentős része elkapja a náthát, eltöri a lábát, vagy magas vérnyomása van, a lakosság egy jelentős részének mentális problémái vannak, amelyek miatt nem a társadalom, hanem ő maga él át gyötrelmeket.

5.3.2. A mentális zavarok legfontosabb csoportjai

A fejezetcímbe szereplő „legfontosabb” kifejezést itt egy olyan hibrid szóként alkalmazzuk, amely egyszerre jelöli azt, hogy „gyakori” és azt, hogy „sok problémát okozó”. Az alábbiakban azokat a mentális zavarokat tekintjük át röviden, amelyekkel a leggyakrabban lehet találkozni, illetve amelyek a legtöbb problémát okozzák. Kezdjük mindjárt a leggyakoribbakkal: a szorongással és a depresszióval. Mindkettő komoly problémát okozhat a személyes kommunikációban és az életvitelben egyaránt.

Szorongásos zavaroktól a lakosság nagyjából 15%-a szenved; leggyakrabban előforduló formái a generalizált szorongás, a pánik, az agorafóbia (ez gyakran fordul elő együtt

a pánikkal) és a szociális fóbia. Mind a négy zavar esetében indokolatlan félelemmel van dolgunk, amelyet szorongásnak nevezünk. Ez fennállhat állandóan vagy az idő legnagyobb részében (generalizált szorongás), jelentkezhet rohamokban (pánik), vagy kötődhet speciális körülményekhez (agorafóbia és szociális szorongás). Az agorafóbia a nyilvános szerepléstől, míg a szociális fóbia a szociális kapcsolatoktól való félelem elnevezése. Amit ezekről egy közszolgálati dolgozónak tudnia kell az, hogy egyik sem „gyógyítható” azzal, hogy alanyaikat behajszoljuk abba, amitől félnek („majd megszokja”), vagy azzal, hogy megpróbáljuk őket meggyőzni arról, hogy félelmeik észszerűtlenek, hiszen minden mentális zavar lényege, hogy irracionális. Egy fennálló zavart ilyen egyszerűen nem lehet megszüntetni; pontosan ezért tekintjük pszichiáterek figyelmére méltó zavarnak, és nem csak egy múló állapotnak, amelyet egy kolléga vagy a főnök a saját hatáskörében fel tudna számolni. Sőt, egy olyan élethelyzet, amelyben egy szorongó nem érzi jól magát (vagyis, amely heves félelmet vált ki belőle), olyan kitörési reakciókba (például agresszióba) kergetheti az alanyt, amelynek a beavatkozó látja kárát. Nem szakemberek esetében az egyetlen célravezető megoldás a megértés: az, ha senkit sem kényszerítünk bele olyasmibe, amitől fél, ha pedig a szorongó állapot magától kialakult, türelemmel (kivárással) és empátiával közelítünk az adott személyhez. A felismerésről és gyógyításról a következő fejezetben beszélünk.

A depressziós zavarok valamivel kevésbé gyakoriak, mint a szorongás (a lakosság nagyjából 5–10%-ánál fordulnak elő), de következményeik súlyosabbak. Három formájáról érdemes beszélni: a minor és major depresszióról, illetve a bipoláris zavarról. Ez utóbbi ugyan külön kategória a DSM-5-ben, de tüneteiben részben megegyeznek az előző kettőével, ezért együtt tárgyaljuk a hármat. A depresszió legfontosabb tünete a lehangoltság, a sötét jövőkép és a negatív énkép (például önbizalom és önértékelés hiánya). Árulkodó tünet az is, ha az illető lefogy vagy meghízik (bármelyik előfordulhat). A minor („kis”) és major („nagy”) depresszió között fokozati különbségek vannak. A bipoláris zavar esetében a hosszabb (egy-két hónapig tartó) depressziós szakaszok közé rövidebb (egy-két hetes) felajzott, tevékenységkényszeres, gyakran eufórikus periódusok ékelődnek, amelyeket mániás szakaszoknak nevezünk. Ebben a periódusban a depressziós nagyon „pörög”, de ez többnyire céltalan és eredménytelen; be szeretné hozni azt, amit a depressziós szakasz alatt elmulasztott, de erre többnyire képtelen. A depresszió életveszélyes betegség, mert szinte kizárólag körükből kerülnek ki az öngyilkosok. A legnagyobb veszély, amely egy depresszióst a környezete irányából fenyeget, az a kritika, különösen, ha az által bármilyen formában megszégyenítve érzi magát. Ez tovább rontja negatív énképét, súlyosbítja állapotát, sőt, akár az öngyilkosság kockázati tényezőjévé is válhat. Különösen veszélyes ebből a szempontból a bipoláris zavar. Tévedés azt hinni, hogy a „pörgős” (mániás) periódusokban könnyebb „beszélni az illető fejével”, mert ez a szakasz ugyanolyan rendellenes, mint a depressziós fázis, és a kritika/megszégyenítésérzet ugyanúgy súlyosbító tényező, mint a depressziós fázis alatt. Ha olyan munkatársról van szó, akivel az embernek közelebbi a kapcsolata, a szakemberhez való óvatos irányítás a legcélravezetőbb taktika. A pusztá tapintatnál többre éppen az állapot súlyossága miatt van szükség.

Az idős embereknél gyakoriak az úgynevezett neurodegeneratív betegségek, amelyek közé az Alzheimer-kór is tartozik. Ezek bizonyos életkor fölött az emberek igen tekintélyes hányadánál jelentkeznek, és valójában nem a pszichopatológia, hanem a neurológia tárgykörébe tartoznak, bár az általuk kiváltott mentális tüneteket mind az ICD-10, mind a DSM-5 számon tartja. Ezen neurológiai betegségek ismertetésére itt nem térünk ki részletesen; közös

mentális következményük azonban a fokozatos elbutulás. Egyes betegségeknel ez hamarabb, másoknál később következik be; amikor azonban a beteg eljut ebbe a fázisba, már többnyire nincs teljesen tisztában azzal, hogy a hétnek épp melyik napját írják, esetleg azzal sem, hogy miért van ott, ahol, hogy miért ment oda, sőt, akár lakhelyét sem tudja felidézni, vagy azt sem, hogy ki ő valójában. Az állapot főleg a korai fázisokban ingadozik; a zavart periódusok közé hosszabb-rövidebb „tisztá” periódusok ékelődhetnek be. A kognitív (értelmi) hanyatlás hátterében az agy fokozatos leépülése és zsugorodása (a neurodegeneráció) áll; ezen egy nem szakember semmiképpen nem tud segíteni, és nem is tudja ellensúlyozni vagy áthidalni – például azzal sem, ha az illetőt sürgető kérdésekkel zaklatja. Az állapotot viszonylag könnyű felismerni; sőt a súlyosságát is viszonylag könnyű megállapítani olyan egyszerű kérdésekkel, mint „Milyen nap van ma?” vagy „Ön hol lakik?”. Amennyiben felmerül a gyanúja annak, hogy az illető már nem talál haza, érdemes segítséget (például hozzátartozót vagy rendőrt) hívni, mert segítség nélkül a beteg akár súlyos balesetet is szenvedhet, vagy hetekre is eltűnhet hozzátartozói szeme elől.

Nem annyira gyakorisága, mint inkább a következmények súlyossága miatt érdemes megemlíteni az időszakos robbanékonysági zavart, amelyet fent már ismertettünk. Ezt már csak azért is érdemes röviden leírni, mert a zavarhoz hasonló „robbanékonny” állapotba sokan kerülhetnek a zavar hiányában is, ha heveny stresszhatások érik őket. Ennek veszélye akkor igazán magas, ha a pillanatnyi stresszhelyzet egy hosszabb ideig tartó feszültségre „épül rá” (például az illető éppen válik), vagy ha egy depressziót ér erős stresszhatás (különösen a bipoláris zavarnál gyakori). Az agresszív kitörés az esetek többségében rövid, mindössze néhány percig tart – kivéve, ha a „robbanást” újabb provokációval súlyosbítják. Az agressziós periódust az esetek többségében egy sajnálati, „bűnbánati” periódus követi, ezért sokkal tanácsosabb kivárni a végét, mint vitába keveredni, és ezzel súlyosbítani a helyzetet. Fizikai támadás esetén a védekezés természetesen elkerülhetetlen, ezt azonban lehetőleg elsőprő erővel, például mások besegítésével kell megtenni, mert a „robbanás” pillanatában a szavak – ha már tettegességre került sor – nem használnak.

Szintén a probléma nagysága és nem a gyakorisága miatt érdemes beszélni a pszichotikus állapotokról, amelyek oka lehet drog vagy valamilyen mentális zavar, például skizofrénia, poszttraumás stressz, depresszió és több más állapot. A drogfogyasztás ugyan gyakori, de ritkán fordul elő, hogy egy hivatalban találkozzon valaki drogos állapotban lévő emberekkel; a fent megemlített három zavar viszont vagy önmagában rendkívül ritka, vagy a pszichotikus állapot jelentkezik ritkán az esetükben (például a depresszióban). A pszichózis áll legközelebb ahhoz, amit „őrültségnek” nevezhetnénk; leginkább az által lehet felismerni, hogy a pszichózis alatt az alany közlése és viselkedése bizarr, és teljesen érthetetlen annak, aki szembesül vele. Bár a pszichotikus állapot sem hosszú, időtartama nem percekben, hanem inkább napokban mérhető, ezért a végét nem lehet a munka során kivárni. A pszichózis ön- és közveszélyes állapot (bár természetesen nem minden esetben), ezért az etikus közszolgálati hozzáállás a segítségkérés, amelyet a helyzettől függően a rendőrség vagy a mentőszolgálat felé lehet megtenni.

Utoljára szólunk az autizmusról és Asperger-szindrómáról, mint olyan mentális zavarokról, amelyek ugyan többnyire ártalmatlanok, de néha szinte lehetetlenné teszik a kommunikációt, és ez közszolgálati szempontból gondot jelenthet. Az autizmust spektrum-zavarnak szokás nevezni, mert súlyossága rendkívül tág keretek között (széles spektrum mentén) szóródik, az Asperger-szindróma pedig a legenyhébb autizmusnál is enyhébb

formája a zavarnak, amely azonban esetenként szintén problémát okozhat. E zavarok súlyos formáira a szociális kapcsolatok nagyfokú akadályoztatása és a sztereotip viselkedés, illetve az ezekhez (például a napi rutinokhoz, egyes mozdulatoknak bizonyos sorrendben való végrehajtásához) való ragaszkodás jellemző. Bizonyos mértékig hasonlít a szociális fóbiához, de míg ez utóbbi a szociális kapcsolatoktól való félelmet, az autizmus az arra való csaknem teljes képtelenséget hozza magával; jellemző például a szemkontaktus kerülése, a kérdések figyelmen kívül hagyása stb. A szociális fóbiára a sztereotípiák sem jellemzők. A kommunikációs zavar a felületes szemlélőben akár a gyengeelméjűség érzetét is keltheti, de egyrészt az autisták jellemzően normális, esetenként átlagon felüli szellemi képességgel rendelkeznek, másrészt az értelmi visszamaradottság (amely az idegrendszer fejlődési zavarának következménye) ritkán társul a kommunikáció erős gátlásával. Az autizmusra – és kisebb mértékben ugyan, de az Asperger-szindrómára is – az jellemző, hogy szenvedő alanyuk legalább egy, néha több emberrel (például családtagokkal) is képes a normális kommunikációra; gondjuk a többi idegen emberrel van. Amennyiben szóra bírásuk valamilyen okból kifolyólag elkerülhetetlen, ez azoknak az embereknek a segítségével válik lehetségessé (súlyos esetek) vagy gördülékennyé (enyhébb esetek), akikkel az autista többnyire nagyon szoros érzelmi kapcsolatban van.

A mentális zavarokkal kapcsolatos „veszélyesség” fogalma a fent említett robbanékonyyságon és esetenként a pszichózison túl leginkább a személyiségzavarok egy részéhez kapcsolható. Ez a fajta „veszélyesség” azonban leginkább bűnelkövetői viselkedésben nyilvánul meg, és akut kezelése inkább a rendőrség, semmint a másfajta közszolgálatot ellátók feladata.

5.3.3. A mentális zavarok kezelése

Az előző fejezetben megfogalmaztunk néhány egyszerű szabályt, amelyek segítik a mentálisan zavart emberekkel való munkát, de ezek magát a problémát nem oldják meg. Fontos kiemelni azonban, hogy a mentális zavarokon lehet segíteni, igaz, eltérő mértékben. A szorongás és a depresszió a megfelelő kezeléssel akár fel is számolható. Más zavarok, például a pszichotikus rohamok jelentkezése gyakran nem szüntethető meg véglegesen, de tüneteit tartósan fel lehet függeszteni, ezáltal az adott zavarban szenvedő ember viselkedése a normális keretek közé kerül vissza. Bár itt az esetek többségében a kezelés leginkább csak tüneti, mégis biztosíthatja a teljes társadalmi integrációt, és a kezelés alanya nemcsak tolerálható, hanem értékes tagjává válhat a társadalomnak általában, és azon belül bármely munkaközösségnek. Az időszakos robbanékonyysági zavarnak is vannak jól bevált kezelési módok, és az autizmusban mint spektrumzavarban szenvedők is részesülhetnek olyan segítségben, amellyel jól beilleszkedhetnek a társadalomba. A mentális zavarok elszenvedői megfelelő kezelés és bánásmód alkalmazása esetén teljes életet élhetnek, és hasznos munkát végezhetnek. A kezelés lehet pszicho- vagy gyógyszeres terápia – betegségi típustól és az állapot súlyosságától függően. Ennek előírányzása és kivitelezése szakember feladata.

Ahol az óvatos tanácsadás vagy finom irányítás lehetősége nem szakember számára is fennáll, azok a küszöb alatti mentális zavarok. Mint fent elmondtuk, ezek a zavarok nem érik el a diagnózis felállításának küszöbértékét, ezért az ilyen enyhe, mégis szenvedést okozó állapotok alanyainak többsége világszerte egészségügyi ellátás nélkül marad

(BURGESS et al. 2009; OLESEN–BUTTERWORTH–LEACH 2010). Ezek az állapotok szerencsére jelentősen javulhatnak olyan enyhe beavatkozások hatására, amelyek orvosi értelemben nem vagy alig nevezhetők kezeléseknek (PARKER et al. 2011; VAN DER AA et al. 2013; VAN’T VEER-TAZELAAR et al. 2009). A lehetőségek száma nagy, kezdve a nem hagyományos (például növényi) terápiáktól egészen a tréningjellegű beavatkozásokig, amelyek egy jelentős része közszolgálati dolgozók számára is rendelkezésre áll. Az ilyen enyhe beavatkozásoknak vagy tréningeknek, amelyek gyakran stressz- vagy kiegészmenedzsment név alatt futnak, csak egyik hozadéka a szenvedés megszüntetése vagy enyhítése. Ennél talán még fontosabb az, hogy megelőzhetik a küszöb fölötti, „valódi” mentális zavarok kialakulását, és ezzel annak kényszerét, hogy egy szakember ezeknél erőteljesebb eszközökhöz legyen kénytelen nyúlni.

5.3.4. Közszolgálati dolgozókat fenyegető veszélyek

A közszolgálati dolgozó ugyanúgy ki van téve a mentális zavarok kockázatának, mint bárki más. A segítő foglalkozásúaknak azonban ezenfelül még egy dologgal szembe kell nézniük: egy küszöb alattinak minősíthető fázisokon át vezető folyamattal, amelynek végső állapotát kiégésnek nevezünk (lásd részletesebben a 6. fejezetben). Ezt először orvosoknál és növényreknél írták le, de később kiderült, hogy bárkinél kialakulhat, akinek munkaköri kötelessége az, hogy mások problémáival foglalkozzon. A közszolgálati dolgozók is közéjük tartoznak.

A kiégés a fizikai, emocionális és mentális kimerülés állapota, amely leggyakrabban a segíteni akarás és a segítségre való képtelenség konfliktusából alakul ki (FREUDENBERGER 1974). A klasszikus példánál, az orvosi mesterségnél maradvá: a kiégés legfőbb oka a gyógyíthatatlan betegekkel való szembesülés, a túlterheltség, illetve az eszköz- és időhiány. Különböző orvosi mesterségek gyakorlóinak körében előfordulási aránya 20–50% között van (LINZER et al. 2001; WHIPPEN–CANELLOS 1991). Nem jobb a helyzet a szolgáltatási és a közszolgálati területen sem; a kiégés előfordulása náluk sem ritkább, mint az orvosoknál (AMIGO et al. 2014; RAVALIER – McVICAR – MUNN-GIDDINGS 2014; VAN DEN BROECK et al. 2017). Úgy tűnik, az emberekkel, ügyfelekkel való foglalkozás melegágya a kiégés kialakulásának, munkahelytől függetlenül. Nem egyik napról a másikra, hanem egy többlépcsős folyamat végeredményeként jön létre, amelynek fő állomásai a következők.

1. Az erősen motivált és sikerorientált munkatárs objektív vagy szubjektív okokból kifolyólag nem képes saját elvárásainak megfelelően teljesíteni, ezért öngazolási kényszer vesz erőt rajta.
2. A magasra tett mérce vagy a nehézségek kényszeres munkavégzéshez vezetnek. Hogy úrrá legyen a helyzeten, az alany elhanyagolja szükségleteit, családját, barátait, és általában véve lemond a rekreációhoz szükséges szabad időről. Az értékek ártrendeződnek, mégpedig rossz irányban.
3. A túlhajszoltság miatt az alany intoleránssá, visszahúzódóvá, majd szarkasztikussá és cinikussá válik. A terhek ellensúlyozása végett egyre gyakrabban fordul az alkoholhoz vagy a drogokhoz. A céltudatosság és remény kezd elveszni.
4. A személy lassan elidegenedik környezetétől és magától, érzelmileg kiüresedik, az élet egyfajta mechanikus tevékenységgé alakul számára.
5. A lehangoltság alapvető érzéssé válik, majd lassan elkövetkezik az összeomlás, és megjelenhet az öngyilkosság gondolata.

A folyamat közepe táján az alany elveszti érdeklődését azok iránt, akik miatt ebbe az állapotba hajszolta saját magát: nem érez többé szimpátiát ügyfeleivel szemben. A folyamat végén viszont már olyan állapotba kerül, amely kísértetiesen hasonlít a depresszióhoz (BIANCHI–SCHONFELD–LAURENT 2015; MASLACH–PINES 1977). A kiégés folyamata lényegében az a lépésről lépésre, belülről szinte észrevehetetlenül súlyosbodó állapotsorozat, amely egy jó szándékú, de magát erején felül túlterhelő embert vezet el küszöb alatti tüneteken keresztül egy súlyos mentális zavar állapotába. A következő fejezetben tisztázzuk, hogy ez ellen hogyan lehet védekezni.

Összefoglalás

Ebben a fejezetben a pszichopatológiával foglalkoztunk, mint olyan tényezővel, amellyel a közszolgálati munka során mindenki szembesül. Tisztáztuk, hogy a devianciával szemben, amely kifejezés a normáktól való eltérést jelenti, és akár pozitív végkimenetele is lehet, a pszichopatológia orvosi fogalom, a mentális zavarok tudománya. Ez utóbbiak diagnózisához szigorú kritériumoknak kell teljesülniük. A négy fő kritérium az állapot inadekvát (helyzetnek nem megfelelő) jellege és tartóssága, illetve a negatív életkövetkezmények kialakulása és az alternatív magyarázatok hiánya. Ezenfelül minden zavarnak jól definiált specifikus tünetei is vannak, amelyek jelentős részének teljesülnie kell ahhoz, hogy a diagnózis felállítható legyen. A szigorú feltételek ellenére mentális zavarok a lakosság 10–15%-ánál tapasztalhatók, és még legalább ennyi embernél vannak jelen enyhébb, úgynevezett küszöb alatti formában. Tisztáztuk, hogy a mentális zavarnak alapvetően sem az „örültséghez”, sem a „veszélyességhez” nincs köze. E zavarokat úgy kell felfogni, mint bármely más betegséget; mentális zavar ugyanúgy kialakulhat bárkinél, mint ahogy testi betegségek is.

Mivel a mentális zavarok gyakoriak, a közszolgálati munka során mindenki tapasztalni fogja jelenlétüket az ügyfeleknél, kollégáknál, sőt, lehet, hogy saját magánál is. Bemutattuk a mentális zavarok legfontosabb csoportjait, minden esetben megjelölve, hogy melyek az egyes zavarokkal rendelkező emberekhez való problémakezelő viszonyulás legcélravezetőbb technikái. A betegségek gyógyítása vagy legalább tünetaik enyhítése megoldható orvosi eljárásokkal, ami természetesen nem a közszolgálati dolgozó feladata. A zavarok kialakulásuk előtt orvosilag még nem diagnosztizálhatók, de egyénileg már problémát okozhatnak. Ezek egyszerűbb eszközökkel, akár tréningekkel is kezelhetők. Ez nemcsak az állapot kellemetlenségét enyhíti, de mint preventív eszköz megakadályozhatja a valódi zavarok kialakulását is. Végül röviden leírtuk a kiégést, amely mentális jelenség azoknál alakul ki, akik mások problémáinak megoldásával foglalkoznak, és amely végső soron depresszió kialakulásához vezethet.

Irodalomjegyzék

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-I.) Arlington (US-VA), APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington (US-VA), APA. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- 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*, Vol. 26, No. 2. 222–226. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.282>
- ANDORKA R. (2006): *Bevezetés a szociológiába*. Budapest, Osiris.
- BALÁZS J. – MIKLÓSI M. – KERESZTÉNY Á. – HOVEN, C. W. (2013): Adolescent Subthreshold-depression and Anxiety: Psychopathology, Functional Impairment and Increased Suicide Risk. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, Vol. 54, No. 6. 670–677. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- BIANCHI, R. – SCHONFELD, I. S. – LAURENT, E. (2015): Burnout-depression Overlap: A Review. *Clinical Psychology Review*, Vol. 36. 28–41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- BURGESS, P. M. – PIRKIS, J. E. – SLADE, T. N. – JOHNSTON, A. K. – MEADOWS, G. N. – GUNN, J. M. (2009): Service Use for Mental Health Problems: Findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 43, No. 7. 615–623. DOI: <https://doi.org/10.1080/00048670902970858>
- BYSTRITSKY, A. – KERWIN, L. – NIV, N. – NATOLI, J. (2010): Clinical and Subthreshold Panic Disorder. *Depression and Anxiety*, Vol. 27, No. 4. 381–389. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20622>
- CARRELLAS, N. W. – BIEDERMAN, J. – UCHIDA, M. (2017): How Prevalent and Morbid are Subthreshold Manifestations of Major Depression in Adolescents? A Literature Review. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 210. 166–173. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.037>
- COLINS, O. – VERMEIREN, R. – VREUGDENHIL, C. – VAN DEN BRINK, W. (2010): Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 55, No. 4. 255–263. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371005500409>
- DAHRENDORF, R. (1958): *Homo Sociologicus*. Köln–Opladen, Westdeutscher.
- DURKHEIM, E. (1978): *A társadalmi tények magyarázatához*. Budapest, KJK.
- FREEDMAN, D. – HEMENWAY, D. (2000): Precursors of Lethal Violence: A Death Row Sample. *Social Science & Medicine*, Vol. 50, No. 12. 1757–1770. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00417-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00417-7)
- FREUDENBERGER, H. J. (1974): Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, Vol. 30, No. 1. 159–165. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- GONCALO, J. A. – FLYNN, F. J. – KIM, S. H. (2010): Are Two Narcissists Better than One? The Link between Narcissism, Perceived Creativity, and Creative Performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 36, No. 11. 1484–1495. DOI: <https://doi.org/10.1177/0146167210385109>
- HALLER, H. – CRAMER, H. – LAUCHE, R. – GASS, F. (2014): The Prevalence and Burden of Subthreshold Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review. *BMC Psychiatry*, Vol. 14, No. 1. 128. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-128>
- KÖVÁRY Z. (2012): Látomás és indulat a képzőművészetben. Csontváry és a kreativitás a mai pszichobiográfia tükrében. *Imágó*, 2. évf. 1. sz. 35–61.
- LINZER, M. – VISER, M. R. M. – OORT, F. J. – SMETS, E. M. A. (2001): Predicting and Preventing Physician Burnout: Results from the United States and the Netherlands. *The American Journal of Medicine*, Vol. 111, No. 2. 170–175. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(01\)00814-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(01)00814-2)
- MASLACH, C. – PINES, A. (1977): The Burn-out Syndrome in the Day Care Setting. *Child and Youth Care Forum*, Vol. 6, No. 2. 100–113.
- MERRIAM-WEBSTER. Elérhető: www.merriam-webster.com/dictionary (A letöltés dátuma: 2018. 02. 14.)
- NATIONMASTER. Elérhető: www.nationmaster.com/country-info/stats/Crime/Convictions-per-1000 (A letöltés dátuma: 2018. 02. 14.)

- OLESEN, S. C. – BUTTERWORTH, P. – LEACH, L. S. (2010): Prevalence of Self-management versus Formal Service Use for Common Mental Disorders in Australia: Findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 44, No. 9. 823–830. DOI: <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.483680>
- OXFORD DICTIONARIES. Elérhető: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/deviance> (A letöltés dátuma: 2018. 02. 14.)
- PARKER, A. G. – HETRICK, S. – JORM, A. – YUNG, A. R. (2011): The Effectiveness of Simple Psychological and Exercise Interventions for High Prevalence Mental Health Problems in Young People: A Factorial Randomised Controlled Trial. *Trials*, Vol. 12, No. 1. 76. DOI: <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-76>
- RAVALIER, J. M. – MCVICAR, A. – MUNN-GIDDINGS, C. (2014): Public Service Stress and Burnout over 12 Months. *Occupational Medicine*, Vol. 64, No. 7. 521–552. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu100>
- STEEL, Z. – MARNANE, C. – IRANPOUR, C. – CHEY, T. (2014): The Global Prevalence of Common Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 43, No. 2. 476–493. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- THE FREE DICTIONARY BY FARLEX. Elérhető: www.thefreedictionary.com (A letöltés dátuma: 2018. 02. 14.)
- UNDERWOOD, L. A. – WASHINGTON, A. (2016): Mental Illness and Juvenile Offenders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 13, No. 2. 228. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph13020228>
- VAN DEN BROECK, A. – ELST, T. V. – SERCU, M. – BAILLIEN, E. (2017): Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 59, No. 4. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000964>
- VAN DER AA, H. PA. – VAN RENS, G. H. M. B. – COMIJS, H. C. – BOSMAND, J. E. – MARGRAIN, T. H. – VAN NISPEN, M. A. (2013): Stepped-care to Prevent Depression and Anxiety in Visually Impaired Older Adults – Design of a Randomised Controlled Trial. *BMC Psychiatry*, Vol. 13, No. 209. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-209>
- VAN'T VEER-TAZELAAR, P. J. – VAN OPPEN, P. – VAN MARWIJK, H. – VAN HOUT, H. P. J. (2009): Stepped-care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life: A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 66, No. 3. 297–304. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.555>
- 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*, Vol. 9, No. 10. 1916–1920. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.1991.9.10.1916>
- WHO (1949): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-6*. Genf, WHO.
- WHO (1990): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genf, WHO.