

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

## **Környezet–pszichológia–egészség**

Dúll Andrea<sup>1</sup>

1. „A betegség a szervezetünk és a környezetünk közötti diszharmónia kifejeződése”
- 2 A kérdés felmerül: hogyan értelmezhető pszichológiailag a környezet és az egészség-betegség viszonya?
- 3 Betegségföldrajz: a problémák téri leképeződése
- 4 „Új városrész”-kutatások és környezetpszichológia: a lakóhelyváltás összefüggései az egészséggel-betegséggel
- 5 Lakókörnyezet, egészség, betegség
- 6 A magánszféra szabályozás szerepe és az egészség-betegség
  - 6.1 A magánszféra szabályozásának kudarca: a zsúfoltság
- 7 Makro-lakókörnyezet: városi élet vs. vidéki élet, természet
- 8 Egészség-betegség és épített környezet kapcsolata – környezetpszichológiai szempontból
  - 8.1 A kezdet: korai környezetpszichológiai vizsgálatok pszichiátrián
    - 8.1.1 A környezet-viselkedés kapcsolat fontosabb alapelvei
    - 8.2 Személy-környezet összeállítás
- 9 Intézményi lét
  - 9.1 Egészségügyi intézmények - modern környezetpszichológiai vizsgálatok
  - 9.2 Környezeti kommunikáció, tájékozódás, eligazodás az egészségügyi környezetekben
    - 9.2.1 Külső környezet
    - 9.2.2 Belső terek
  - 9.3 Egészségügyi intézmények felújítás, átalakítása – a beavatkozás környezetpszichológiai hatásai
- 10 Ambiens környezeti ingerek, környezeti stressz
  - 10.1 Az ambiens stressztényezők jellemzői
    - 10.1.1 Zaj
  - 10.2 Összetett ambiens stresszorok
  - 10.3 Ambiens ingerek és egészségügyi helyzetek
- 11 Egészségkárosító magatartásformák környezetpszichológiája - egy példa: alkoholfogyasztás
  - 11.1 Egyetemisták alkoholfogyasztásának szociofizikai kontextusa
- 12 Környezeti önszabályozás
  - 12.1 Fejlődéstudományi alapelvek
  - 12.2 Környezeti önszabályozás elmélet
- 13 Irodalomjegyzék

### **1. „A betegség a szervezetünk és a környezetünk közötti diszharmónia kifejeződése”**

**Szent-Györgyi Albert** szavai kifejezik, hogy a betegségek forrása az ember és környezete közötti össze-nem-illés. A mérgező anyagok, a nem megfelelő táplálkozás, a környezetszennyezés testi betegítő hatásairól a mindennapokban is sok szó esik, és számos közérthető szakkönyv (pl. Tompa, 1996) is megjelent a témában. A környezet pszichológiai károsító hatásaira Selye János (1976)

---

<sup>1</sup> A szerző 2009-2012 között az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíjában részesül

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

stresszelmélete óta gyakran hivatkozunk: jól tudjuk, hogy a túl intenzív zajhatás vagy az egyéb stresszkeltő környezeti hatások – ha nincs mód megküzdeni velük – megbetegítenek. A testi-lelki egészséggel kapcsolatban is gyakran említésre kerülnek az egészséges környezeti hatások a táplálkozás vagy a pihenés-gyógyulás kapcsán. Akár betegségről, akár egészségről van szó, a pszichológiai megközelítésekben a „környezet” gyakran valamiféle egységes, homogén hatásrendszerként van jelen, aminek a pusztán a hatásait kell megértenünk. Így a környezet lélektani szerepét az egészség megőrzésében vagy visszanyerésében nem szokás részletesen elemezni, vagy ha igen, akkor a gondolatok gyakran nem mennek túl a köznapi tudás szintjén: mindenki „tudja”, hogy egy betegnek nyugodt, pihentető környezetre van szüksége, vagy hogy a természetben könnyebb kipihenni magunkat.

Ez a nézet az utóbbi évtizedekben jelentősen árnyalódott: „Húsz éve a környezeti egészség tanulmányozása szinte kizárólag a kémiai mérgező anyagok és a rák, illetve egyéb betegségek kapcsolatára összpontosított. A környezeti egészség fogalma ma sokkal szélesebb, és a kutatók vizsgálják a fizikai és a társas környezet humán egészségre gyakorolt hatását” (Srinivasen, O’Fallon, & Dearry, 2003. 1446). Ennek fényében a környezeti egészség akkor érthető meg, ha az emberi egészséget, betegségeket és sérüléseket együtt vizsgáljuk az őket okozó vagy velük összefüggő környezeti faktorokkal, ami nemcsak a különböző kémiai, fizikai és biológiai tényezők közvetlen károsító hatásának tanulmányozását jelenti, hanem a szélesebb értelemben vett fizikai és társas környezet (pl. lakásfeltételek, városfejlődés, közlekedés stb.) egészségre gyakorolt hatásainak megértését is (Healthy people, 2010).

## **2. A kérdés felmerül: hogyan értelmezhető pszichológiailag a környezet és az egészség-betegség viszonya?**

Harold M. Proshansky, a City University of New York szociálpszichológus kutatója, az 1960-as évek elején egy kutatási felkérést kapott egy new yorki kórháztól. A feladat a pszichiátriai osztály átalakítása volt úgy, hogy „terápiás atmoszférája” legyen. Átgondolva a kutatási problémát, Proshansky rájött, hogy a feladat számos kérdést vet fel a pszichológiának a környezethez való viszonyával kapcsolatban, és – egyáltalán nem melleleg – ezáltal magának a pszichológiának a természetével kapcsolatban is. Világossá vált számára, hogy a felkérésben két előfeltevés rejlik: (1) a pszichológusok és más társadalomtudósok értik a fizikai környezet szerepét az összetett társas interakciók mediálásában, sőt, (2) a terápiás atmoszféra fogalmán keresztül képesek operacionalizálni a hatásokat és a gyakorlatba is át tudják ültetni ezeket (Proshansky, Ittelson, & Rivlin, 1970a). Proshansky szembesült azzal, hogy ezek az előfeltevések nem igazak: a pszichológusok valójában nem tudják - nem tudhatják -, hogy ténylegesen milyen a terápiásan hatékony, gyógyító tér – ugyanis abban az időben magának a környezetnek sem volt adekvát pszichológiai definíciója vagy pláne elmélete. Pedig ezek jelentik a kiinduló alapot ahhoz, hogy a környezeten keresztül a betegek gyógyulását segítő hatást lehessen gyakorolni a viselkedésre és a társas interakciókra: „Annak az elvnek a megvalósításához például, hogy a pszichiátriai páciens környezetének »melegnek«, »barátságosnak« és »megnyugtatónak« kell lennie, értenünk kellene, hogy a fizikai környezet milyen viszonylatban van a többi – pszichológiai és társas – emberi környezettel” (Proshansky és mtsai, 1970a. 27). Proshansky később részletesebben is bemutatásra kerülő kórházvizsgálatai hívták életre az 1960-70-es években a környezetpszichológiát, amely az ember-környezet kölcsönhatás szisztematikus, pszichológiai eszközökkel történő feltárását és alkalmazását tűzte ki célul (lásd Düll, 2009).

A környezet és a betegség-egészség kapcsolatának tudományos lélektani vizsgálatát számos

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

társadalomtudományi kutatás előzte meg, amelyekkel kapcsolatban egyetértünk Halpern (1995) találó összegző jellemzésével: ezeket a vizsgálatokat komoly erőfeszítések, ám kis előrehaladás jellemezte. Számos izgalmas kérdést feszegető, de rengeteg módszertani problémával küszködő kutatás folyt, amelyek újszerű, viszont nehezen értelmezhető eredményeket hoztak. Viszonylag nagyszámú, elsősorban betegség-centrikus, kevésbé specifikus modell született ezekből. Részben ezeknek a korai kutatásoknak a bizonytalanságából eredeztethető, hogy az elméleti és alkalmazott pszichológiai területek szemléletébe és módszertani repertoárjába lassan épül be szerves értelmezési és vizsgálódási keretként a környezet-ember kapcsolat (Dúll, 2009), annak ellenére, hogy az egészség és betegség biopszichoszociális értékelési rendszerében a biológiai és a személyes tényezők mellett önálló szempontrendszerként a környezeti tényezőket is fel kell tárni (lásd Urbán, 2011). Az alábbiakban a korai és mai társadalomtudományi vizsgálatokat a környezetpszichológiai kutatások eredményeivel összefűzve tekintjük át.

### **3 Betegségföldrajz: a problémák téri leképeződése**

A környezet és a betegség-egészség kapcsolatának tudományos kutatása a mentális megbetegedések földrajzi megoszlásának vizsgálatával vette kezdetét. A pszichiátriai geográfia úttörői, Faris és Dunham (1939 – idézi Halpern, 1995) arra figyeltek fel, hogy Chicagóban a skizofréniával kezelt páciensek lakásai nem szétszórtan helyezkedtek el, hanem ezek az emberek jellemzően nagyobb arányban laktak a hátrányosabb társadalmi státuszú belsővárosi területeken, és alig néhányan éltek a külvárosban. Ennek a megfigyelésnek a nyomán igyekeztek feltérképezni (szó szerint!) az elmebetegségek földrajzi megoszlását. A skizofrénia nagyobb belvárosi sűrűségére Faris és Dunham eredeti magyarázata az volt, hogy a városközpontokban a lakások izoláltsága és a túlterhelt városi élet (vö. Milgram, 1970/1980) vezetett a lakók társas és mentális dezorganizációjához. Megközelítésükben tehát a környezeti hatás egyértelműen okként szerepelt. Az egyirányú környezeti determinációt már a 1970-80-as évek orvosi földrajzi kutatásai sem támasztottak alá, a környezetpszichológiai vizsgálatok (pl. Franck, 1984) pedig egyértelműen cáfolták. A 70-es években a pszichiátriai megbetegedések mintázott téri lokalizációjára jobb magyarázatnak tűnt a társas sodródás elképzelés (Halpern, 1995): eszerint a komoly mentális problémákkal küzdő egyének az egészséges embereknél nehezebben képesek társas kapcsolatok fenntartására és a hagyományosan elvárt munkavégzésre, így egyre inkább a város olcsóbb és névtelenebb részeire sodródnak, mivel itt tudnak lakáshoz jutni. A differenciáltabb, kevésbé mechanikusan környezetelvű vizsgálatok kimutatták, hogy valóban vannak összefüggések a téri elhelyezkedés és a mentális-szociális problémák között (Taylor, 1987; Smyth, 2008): a pszichológiai-pszichiátriai betegségek, a szegénység, a bűnözés vagy az öngyilkosság térben meglehetősen jól lokalizálható. Azonban a problémák téri eloszlása és ennek változása csak összetett, téri-földrajzi és pszichológiai-szociológiai ismereteket szintetizáló tudásra építve magyarázható, és a jelenség bonyolultsága miatt nagyon nehéz kauzális, etiológiai következtetéseket levonni: „a betegség a hordozó, a környezet és a jelentős etiológiai tényezők rendkívül speciális kombinációja eredményeképpen kezdődik” (Duhl, 1963. 9). Így a modern orvosi geográfusok manapság gyakrabban foglalkoznak például az egészségügyi szolgáltatások és ezek igénybevételének téri megoszlásával (Smyth, 2005).

### **4 „Új városrész”-kutatások és környezetpszichológia: a lakóhelyváltás összefüggései az egészséggel-betegséggel**

A 1930-as évek végén Taylor (1938 – idézi Halpern, 1995) kimutatta az ún. külvárosi neurózis jelenségét. Azt találta, hogy az új lakónegyedekbe költözött lakók – elsősorban a nők – fokozott mértékben neurotikusok, amit nem a populáció sajátosságai, hanem sokkal inkább a hely tulajdonságai magyaráznak, például a környék ismeretlensége, a munkahely távolságának

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

növekedése, a családi kapcsolatok lazulása, az egyéb szociális kapcsolatrendszerek nehéz fenntarthatósága és az általános izoláció. A Taylor-tanulmány 50 évig tartó vitát nyitott meg (Halpern, 1995), amit részben a jóval későbbi, alább bemutatásra kerülő költözéssel kapcsolatos környezetpszichológiai vizsgálatok (pl. Stokols, Shumaker, & Martinez, 1983) oldottak fel, és a kutatást a környezettől az ember felé mutató kauzalitás irányából az ember–környezet kölcsönkapcsolat, tranzakció (Altman, & Rogoff, 1987; vö. Düll, 2009) vizsgálata felé terelték.

Az 50-es években a költözés-lakóhelyváltoztatás problémát továbbra is több társadalomkutatás is vizsgálta (áttekinti Halpern, 1995) azzal a viszonylag egységes eredménnyel, hogy az új lakónegyedekbe költözők jelentős része küzd megromlott mentális egészséggel és elégedetlen a jelenlegi lakhelyével. Ezt az enyhe, ám hosszú távú kedvezőtlen hatást mindig elsősorban nők esetében lehetett kimutatni. A magyarázatkeresés során a kutatók számára egyre világosabbá vált, hogy az összefüggés nehezen értelmezhető kauzálisan, többek között a számos, egyre jobban körvonalazódó módszertani nehézség miatt (pl. a populációválasztás problémái: ki és miért keres új lakást; mennyire és pontosan miben térnek el az összehasonlított területek stb.). Számos kutatás mutatta ki ugyanakkor, hogy az új lakásba, új városrészekbe való költözés a lakóknál együtt járt az önbecsülés fokozódásával és magánélet jobb szabályozásának élményével (Gans, 1957/1979). Az árnyalódó eredmények egyrészt felhívták a figyelmet arra, hogy egy összetett környezeti esemény, pl. az új lakásba költözés, sokféle pszichológiai változással jár együtt, másrészt körvonalazódni kezdett az ember–környezet kapcsolat árnyaltabb felfogása: „Minden környezetnek megvannak zavart kiváltó, de az egyént támogató jellegzetességei is, s feltehetőleg nem létezik egyetlen olyan környezet sem, amely csakis és kizárólag zavart kiváltó vagy maradéktalanul támogató jellegű lenne. Akadnak azonban olyan környezetek, amelyekben a zavart kiváltó tényezők túltengenek a támogató tényezők rovására. [...] Így tudjuk például, hogy a koncentrációs táborok, börtönök, sőt még a hagyományos elmeógyógyintézetek és szociális otthonok is ilyen természetűek. [Ám sokszor] az, ami a külső szemlélő számára deviáns magatartásformának tűnik, esetleg a környezettel való megbirkózás ésszerű módja” (Gans, 1957/1979. 453, 456, 458. - beszúrások: DA).

A társadalomkutatások eredményei hatására a környezetpszichológia korai időszakában a terület képviselői között is viszonylagos egyetértés mutatkozott abban a tekintetben, hogy a költözés meglehetősen traumatizáló hatású (lásd Horvát, Düll, & László, 2006; Düll, 2009), mivel a lakóhelyváltozás megzavarja a pszichológiai integritást, ami fiziológiai tünetekhez (pl. koronária megbetegedésekhez, Stokols és mtsai, 1983) vezet. Elsősorban a nagy lakóhelyi mobilitással jellemezhető társadalmak (pl. Egyesült Államok) lakosainak vizsgálata nyomán kérdőjeleződött meg, hogy a magas lakóhelyi mobilitás törvényszerűen ártalmas volna. Stokols és munkatársai (Stokols, & Shumaker, 1981; Stokols és mtsai, 1983) a mobilitás és az egészség összefüggésének kontextuális elemzése során arra jutottak, hogy a lakóhelyváltás nem feltétlenül vezet negatív pszichológiai-egészségügyi következményekhez. Sőt, úgy tűnt, hogy Gans fentebb idézett megállapítása igaz lehet: a költözködés sok esetben a felgyorsult életritmushoz való hatékony alkalmazkodásként értelmezhető, és a lakóhelyi mobilitás vs. stabilitás kumulatív hatását a jóllétre és az egészségi állapotra elsősorban a személy–környezet illeszkedés (lásd később) aktuális mértéke befolyásolja. A költözés hatásai erősen összefüggenek a személynek az új lakótér minőségéről, illetve annak elvárt viselkedési kongruenciájáról alkotott képzetével, vágyaival (például, hogy az új terek mennyire támogatják majd személyes céljait, tevékenységeit), illetve egyéb pszichológiai tényezők (például a költözés előreláthatósága, kívánatos vagy nem kívánatos volta stb.) is jelentős szerepet játszanak a költözés egészségre káros hatásainak tompításában. A vizsgálatok szerint azok a lakóhely-változtatások hatottak károsan az egyén közérzetére, amelyek alacsony kongruenciát

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

mutattak a fontos életterek és a viselkedés között: tehát a költözés hatásai nemcsak az azt megelőző helyzet jellemzőitől (pl. lakás tulajdonságai, szomszédok) függenek, hanem olyan tényezőktől is, mint például a személy kötődése előző lakhelyeihez, hajlama új környezetek felderítésére, és a hit azzal kapcsolatban, hogy a kívánatos jövőbeli környezeti lehetőségek elérhetőek-e vagy nem.

A környezetpszichológiai költözés-tanulmányok több tanulságot is hordoztak: (1) a személy–környezet illeszkedés megteremtésének folyamatában az ember erős pszichológiai köteleket, helykötődést (vö. Dúll, 2002) fejleszt ki a tartósan használt helyekhez (ennek legfontosabb példája az otthon, Dúll, 1995), és ugyanez a mechanizmus az alapja annak a viszonyulásnak, ami azokra a környezetekre (kórház, kollégium, munkahely stb.) vonatkozóan fejlődik ki a használóban, amelyekben viszonylag hosszabb ideig, de ideiglenes jelleggel tartózkodik, akár általa nem választott módon (pl. börtön). (2) Nem kielégítő illeszkedés esetén a lakóhelyváltoztatás megküzdési lehetőséget jelent az össze nem illéssel. Mindez plauzibilis értelmezési keretnek bizonyult olyan helyváltások, illetve -veszteségek esetében is, mint a migráció vagy a hajléktalanság (vö. Dúll, 2009).

## **5 Lakókönyezet, egészség, betegség**

Számos környezetpszichológiai kutatás támasztja alá, hogy az ember számára kitüntetett jelentőségű az otthoni környezet (lásd Dúll, 2009) általában is, és témánk, az egészség-betegség szempontjából is. Akár az antropológiai lakásszükségletből (Malinowski), akár a filozófiai „valahol lakozás” (Heidegger) igényéből, akár az evolúciós territorialitás szükségletből indulunk ki, mindenképp tény, hogy az emberekben a térhasználat során lélektani tulajdonlás és kötődés fejlődik ki a környezetek iránt, amely sok tekintetben rokonságot mutat a humán kötődéssel (Altman, & Low, 1992; lásd Dúll, 2009). Ennek legfontosabb terepe az otthon. Az otthon környezetpszichológiai értelemben többet jelent, mint a „lakás” vagy a „ház”, ugyanis lényege az érzelmileg megalapozott, jelentésteli kapcsolat az ember és lakhelye között (Lawrence, 1987), bejósolható, biztonságos hely, ahol a személy kontrollt érez környezetében felett, és helyesen orientálódik térben-időben. A témát máshol részletesen kifejtettük (Dúll, 2009), itt csak néhány fontosabb egészség-betegség vonatkozást emelünk ki.

Az otthoni környezet közvetlen és közvetett, lélektani kapcsolatban van az egészséggel és a betegségekkel. Az otthon mint fizikai, épített tér direkt környezeti hatásokat is gyakorolhat – ezt elsősorban az olyan megbetegedésekben érhetjük tetten, mint pl. az ún. Beteg Épület Szindróma (Sick Building Syndrome, SBS), amikor neurotoxikus megbetegedések és egyéb tünetek (szemirritáció, köhögés, orrfolyás és -vérzés, láz, légzési nehézség, fejfájás, száraz, viszkető bőr, kiütések, letargia) jöhetnek létre (Finnegan, Pickering, & Burge, 1984). Ez a hatás természetesen nem otthon-specifikus, más épített környezetekben (pl. munkahely) is kialakulhat (Bauer és mtsai, 1992; Ryan, & Morrow, 1992). Praktikus okokból a munkahelyi SBS-t vizsgálták leginkább. Okaként eleinte az épületekben használt anyagokat (pl. ragasztók), berendezéseket (pl. légkondicionáló), ambiens környezeti tényezőket (lásd alább – por, fény, hang, vibráció, hőmérsékleti jellemzők) azonosították. Ám hamar kiderült, hogy többnyire olyan mozzanatok is állnak a háttérben, mint az ergonómiai nem megfelelő kialakítás, a zsúfoltság, elégedetlenség a munkával, feszültség, nem megfelelő munkahelyi légkör, és nem mellesleg bizonyos jellemzők (nem, atópiás hajlam, munkahelyi stresszre való fogékonyság) hajlamosító tényezőknek tekinthetők (Apter, Bracker, Hodgson, Sidman, & Leung, 1994). Világossá vált tehát, hogy ebben az esetben is ember és környezet kölcsönhatásáról van szó. Az SBS-t ma már egyértelműen stresszbetegségként tartjuk számon (Ooi, & Goh, 1997).

A környezetpszichológia a még inkább közvetett, lélektani egészség-környezet összefüggéseket is

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Dúll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

keresi, és alapvető állásfoglalása szerint mindenféle viselkedés, így az egészség- és betegségmagatartás is, „a szélesebb környezeti hatásokkal és kényszerekkel való kölcsönkapcsolatokon belül” érthető meg (Winett, 1985. 148). Ennek a kölcsönkapcsolatnak, tranzakciónak a folyamatában kezd kialakulni gyermekkorban az emberi környezeti kompetencia – az emberek képessége arra, hogy hatékonyan és előrevivő módon bánjanak közvetlen környezetükkel (Pedersen, 1999). A környezeti kompetencia alapja, hogy az emberek pozíciója a környezetekben nem véletlenszerű (Proshansky és mtsai, 1970a), céljaik, állapotaik, tulajdonságaik és a környezet jellemzőit kölcsönhatásukban, tudatos és nem tudatos módon figyelembe véve pozicionálják magukat a térben. Az emberi környezeti kompetencia összetevői (Steele, 1980; Pedersen, 1999): (1) perceptuális komponens: a környezet lényeges jellemzőinek azonosítása, kiemelése, fontossági sorrendbe rendezése, (2) kognitív komponens: az észlelés során kiemelt tulajdonságok értelmezése, az így jelentéstelivé vált jellemzők tárolása, szervezése és visszaidézése, azaz a környezeti tudás (pl. kognitív térkép), és a saját környezeti lét tudatossága, (3) affektív komponens: a környezet jellemzőinek pozitív-negatív érzelmi és motivációs értékelése (pl. kíváncsiság, az „elveszve lenni” élménye, megérkezés-élmény), ezek viselkedéses kifejeződése (pl. megközelítés–elkerülés, praktikus készségek), és az összetevők között közvetítő személyes diszpozíciók (személyiségjellemzők, elvárások, kognitív stílus, lelkiismeretesség stb.). Az otthon legfontosabb pszichológiai funkciója, hogy a lakó gyermekkorától kezdve megfelelő kontrollt él meg az otthoni környezeti feltételek fölött – az otthoni lakótér optimális esetben támogató, szupportív környezet (Stokols, 1992), amelynek keretei között kialakul és az egész élet során fejlődik a környezeti kompetencia (Dúll, 2007a), a magánszféra (privacy) szabályozással szoros összefüggésben.

### **6 A magánszféra szabályozás szerepe és az egészség-betegség**

Altman (1975) magánszféra szabályozás elméletének lényege, hogy az emberek személyes terük (vö. proxemika, Hall, 1966/1975) kontrollálása és a territoriális viselkedés (vö. Taylor, 1988) szabályozása eredőjeként folyamatosan fenntartják a magánszférát (privacy).

A személyes tér a személy teste és énje körüli pszichológiai (azaz nem valós tér jellegű) bufferzóna, amelybe mások behatolása – a szenzoros információ ellenőrzése, az én védelme, valamint a kommunikáció és az intimitás kontrollálása céljából – szigorúan szabályozott. A territorialitás mások viselkedésének kontrollálása és/vagy befolyásolása egy adott terület és az azon levő tereptárgyak fölött gyakorolt ellenőrzés útján. A személyes térszabályozás lényege annak a – partnerrel közös – meghatározása az érintkezés során, hogy milyen közel folyik az interakció, a territoriális viselkedés pedig annak kontrollálása, hogy kik lépnek interakcióba, és kik maradnak benne (pl. mikor és hogyan jöhet be a szülő a serdülő szobájába vagy a beteg a kezelőbe).

A magánszféra – azaz az énhez/csoporthoz való hozzáférés szelektív kontrollja (Altman, 1975) – tehát a személyes tér és a territoriális viselkedés összefonódó szabályozása. Ez a mikointerperszonális integráció (Altman, 1975) folyamatában zajlik és a másokkal való interakció mennyiségének és minőségének folyamatos és bonyolult pszichológiai vezérlését jelenti: a folyamat során a személy ellenőrzése alatt tartja, hogy kivel, milyen formában és mértékben, mennyi ideig lép kapcsolatba, és hogyan lép ki abból. A magánszféra tehát egyaránt magába foglalja az interakciók keresését és a társas érintkezés kerülését is. Az emberek összetett verbális, para- és nonverbális, illetve téri mechanizmusokat alkalmaznak annak érdekében, hogy az elért interakciószintet megfeleltessék a vágyott érintkezési szintnek. Ha a kívánt mennyiségű és minőségű társas interakció létrehozása és fenntartása rövid, illetve hosszú távon sikeres, az pozitív



Düll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

érzelmi állapottal, kontrollélménnyel, autonómiaérzéssel jár – összességében mind a sarkalatos egyéni pszichológiai jellemzők (identitás, énfogalom, önbecsülés stb.), mint a társas kompetencia (szociális kohézió, valahova tartozás érzés, rend stb.) tekintetében. Ha azonban a magánszféra szabályozása sikertelen, mert a nemkívánatos érintkezések elkerülése nem sikerül, mind egyéni, mind társas szinten deficit áll be, ami – gyakran a zsúfoltságélmény közvetítésével – kudarcélményhez, agresszióhoz, diszkomfort érzéshez, stresszhez vezet. Így a magánszféra szabályozás egyéni és társas funkciói központi jelentőségűek a pszichológiai jóllét szempontjából. Ez a folyamat maga univerzális jellegű, vagyis a magánszféra kontrollálásának igénye minden embernél megjelenik, de a tényleges szabályozási folyamatok hatalmas kulturális különbségeket mutatnak (Altman, & Chemers, 1980; Harris, Werner, Brown, & Ingebritsen, 1995).

Az emberi territóriumok lélektani fontossága eltérő (Altman, 1975). Az elsődleges territórium – ilyen az otthon (lásd Düll, 2009) pszichológiailag kitüntetett, központi szerepű az egész életben és az egészségben is – ahogy fent említettük, jó esetben a biztonság és a kontroll elsődleges helyszíne. Az elsődleges territórium egy személyhez vagy egy viszonylag szűk csoporthoz (pl. család) tartozik – ha ez nincs így, fellép a zsúfoltságélmény, ami otthoni környezetben különösen fontos diszkomfort-, stressz- és betegségtényező (Lepore, Evans, & Schneider, 1992). Az otthonnak mint lélektanilag kitüntetett elsődleges territóriumnak általános jelentősége van, számos környezetpszichológiai kutatás folyt és folyik azonban a gyerekek (Evans, Lercher, & Kofler, 2002), a serdülők (Cairney, 2005), az öregek (Lawton, 1985), betegek (Wright, & Kloos, 2003), fogyatékkal élők (Abend, & Chen, 1985), illetve egyéb speciális csoportok otthonaival kapcsolatban. Egyrészt ezeknek az embereknek az esetében speciális szükségleteket is ki kell elégítenie az otthonnak, mind általában, mind a magánszféra szabályozás tekintetében (pl. otthonápolás – Marsden, 1999; İmamoğlu, 2007), ami nem pusztán tervezési vagy környezetkialakítási kérdés, hanem – mint láttuk – jóllétet meghatározó, érzékeny környezetpszichológiai problémakör. Másrészt az otthon kialakítása gyakran tükrözi azt a speciális családi rendszert (Arie, & Schwartz, 1999) és/vagy problémát, ami az ottlakókat jellemzi. Saját vizsgálataink (Túry, Düll, Wildmann, & László, 2006) például igazolták ezt evészavarral élő családtagot is magába foglaló családok otthonaira vonatkozóan.

A másodlagos territóriumok lélektanilag nem annyira központiak, mint az elsődlegesek, mivel a használók kevesebb kontrollt gyakorolhatnak felettük. Másodlagos territórium munkahely, a törzshely a könyvtárban vagy a ház kapuja előtti utcarész. De ilyen egy kórterem is, vagy a kedvenc hely a kórház kertjében. Sommer (1970) klasszikus kutatásai szerint az emberekben már 20-25 perces helyhasználat nyomán kifejlődik a helytulajdonlás érzése (Pastalan, 1970). Ez így van az minden téri helyzetben. A másodlagos territóriumok részben nyilvánosak, de egyúttal részben privátak is – ebből számos rossz érzés, konfliktus, frusztráció, stressz származik – ami gyakran előfordul a hétköznapi életben (kié a parkoló vagy a folyosó? Ki ül a legjobb helyre a társalgóban?), de az egészségügyi létesítményekben is, a magánszféra sikertelen szabályozásának mechanizmusán keresztül számos úton csökkentve az ott folyó gyógyító munka hatékonyságát.

A nyilvános territóriumok (pl. tömegközlekedési eszközök, boltok, közterek) ideiglenes céllal, rövid időre mindenki számára hozzáférhetők. Altman eredeti elmélete szerint – mivel sem kontroll-, sem tulajdonlásérzés nem kapcsolódik hozzájuk – ezek a helyek pszichológiai jelentésüket tekintve nem centrálisak. De – amint arra fentebb utaltam – ez mindössze 20-25 percig van így, aztán (különösen, a használat rendszeres) kialakul a helytulajdonlás érzés, az addig nyilvános territórium másodlagos territóriumává lép elő, és már elő is állhatnak a másodlagos territóriumokkal kapcsolatos megterhelő helyzetek. Ez a városi élet egyik leginkább megterhelő jellemzője: a sok ember és a sokféle, nem mindig egyértelmű térhasználati szabály miatt egyáltalán nem egyszerű a magánszféra

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest. szabályozása.

### **6.1 A magánszféra szabályozásának kudarca: a zsúfoltság**

A magánszféra ellenőrzésének folyamata kiemelkedő jelentőségű a pszichológiai és a testi egészség-betegség tekintetében. Szabályozásának kudarca, vagyis ha a mikrointerperszonális integráció zavart szenved, hosszú távon súlyos problémákhoz vezet. Ennek egyik pszichológiai-etológiai vetülete a zsúfoltság (vö. Calhoun, 1962), amely nem egyszerűen az adott téren tartózkodó emberek számának és a tér nagyságának az aránya, hanem szubjektív élmény: az objektív sűrűségből (denzitás) eredő negatív érzésekkel jellemezhető pszichológiai állapot (Stokols, 1972). A zsúfoltság nagyon gyakori probléma az ember életében, különösen a városokban, és általában véve az intézményi környezethasználatban (pl. az egészségügyi intézményekben), ahol az egységes szabályokba, a homogén dizájnba és a kontrollált személyes érintkezésekbe gyakran nem fér bele a lezelembb magánszféra szabályozási igénykielégítés sem. Figyelembe véve a zsúfoltság pszichológiai természetét, a ténylegesen zsúfolt, nagyforgalmú orvosi rendelők, váróhelyiségek vagy kórtermek mellett az is gond lehet, ha a betegek létszám szerint nincsenek ugyan sokan, de nem sikerül megfelelő módon szabályozniuk a személyes terüket vagy territóriumait. Ha számos ismeretlen embernek kell egymáshoz alkalmazkodnia viszonylag egységes szabályrendszer mentén (Moore, 2005), akkor ez a helyzet általában nem teszi lehetővé az optimális magánszféra szabályozást. Ekkor is előáll a pszichológiai zsúfoltságélmény, annak összes jól ismert fiziológiai és pszichológiai következményével együtt (D'Atri, 1975). Az intézményi létben megjelenő zsúfoltságra adott fiziológiai stresszreakció már 18-40 hónapos gyerekeknél is mérhető: bölcsődékben és óvodákban 15 fő fölötti csoportnagyság esetén vagy a gyerekek számára hozzáférhető terület 5 m<sup>2</sup> alá csökkenésével – vagyis sűrűség bármelyik tényezőjének a zsúfoltság irányába mutató változása esetén – egyaránt nőtt a nyál kortizolszintje alapján regisztrált stresszreakció (Legendre, 2003).

Baum és munkatársai (Baum, & Valins, 1977; Baum, Aiello, & Calesnick, 1978; Baum, Gatchel, Aiello, & Thompson, 1981) klasszikus, egyetemi kollégiumokban folytatott vizsgálataikban kimutatták a krónikus zsúfoltság aktuális és utóhatásait. Egy zsúfolt és egy kevésbé zsúfolt kollégium lakóinak longitudinális vizsgálatok például kiderült, hogy míg félévkezdéskor mindkét diákszálló lakói szívesen vettek részt csoportjátékokban és versenyeztek egymással, de ugyanakkor megfelelő együttműködés is mutatkozott, a félév végére a zsúfolt kollégium lakóinak viselkedésére a visszahúzódás és a kívülálló viselkedésmintázat lett jellemző, és a diákok arról számoltak be, hogy nem érzik szabályozhatónak a kollégiumi társas kapcsolatokat. Érdekes, hogy a helyzetben megmutatkozott az ingerszűrés mint vonás hatása (Baum, Calesnick, Davis, & Gatchel, 1982). Az emberek eltérnek a környezeti ingerekre való fogékonyságuk tekintetében. Ezt a környezeti érzékenységet nevezi Mehrabian (1977) ingerszűrő képességnek. Az ingerszűrés az egyén vonás-arousabilitásán (egyéni arousalszint és -szabályozása) alapul: ez jórészt meghatározható a személynek a környezeti ingerek összetettségére, változékonyságára és újdonságára adott arousalválaszainak erősségével. A magas ingerszűrő képességű egyének – szemben az alacsony szűrőkkel – képesek hatékonyan redukálni a környezet komplexitását, tehát arousalválaszaik kisebbek. Így ugyanarra a környezeti helyzetre a magas és az alacsony ingerszűrők nagyon eltérő arousalválaszt adnak. Baum és munkacsoportja vizsgálatában a magasabb ingerszűrők, vagyis az erős környezeti hatásokkal szemben toleráns személyek – amellet, hogy kevésbé zsúfoltnak észlelték a kollégiumot – nem mutattak kontrollvesztést és tanult tehetetlenséget, amik a zsúfoltsági helyzetek természetes velejárói (Evans, & Stecker, 2004).



Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

A zsúfoltság nemcsak intézményi közegben lehet probléma. Számos vizsgálat (pl. Evans, Saltzman, & Cooperman, 2001) igazolta, hogy a krónikus otthoni zsúfoltságélmény mind városi, mind vidéki környezetben szignifikáns együttjárást mutat a gyerekek pszichológiai egészségének romlásával. Érdekes, hogy az összefüggés markánsabb volt alacsony jövedelmű városi családok fiúgyermekei esetében. Azonban a zsúfolt családokban élő gyerekekre általában volt jellemző, hogy teljesítmény- és problémamegoldási szituációkban rosszabbul működtek, ami az iskolai életben is nyilván hátrányt jelent. Ennek a mechanizmusnak a hátterében a fentebb már többször említett magánszféra szabályozási lehetetlenség áll, ami a tartósan ilyen körülmények között élők esetében gyakran vezet tanult tehetetlenséghez. A kutatók a krónikus otthoni zsúfoltságot a patológiás magánszféra szabályozáshoz hozzájáruló egyéb tényezőkkel (pl. a bántalmazó személyiségjellemzőivel) együtt gyakran azonosítják a gyermekek otthoni szexuális bántalmazásának hátterében álló kockázati tényezőként (Holman, & Stokols, 1994; Vranic, 2003).

A zsúfoltság a városi ember számára mindennapos jelenség. Részben emiatt a kutatások rengeteget foglalkoztak a városi viselkedéssel.

### 7 Makro-lakókörnyezet: városi élet vs. vidéki élet, természet

A városokat sokáig egészségtelen és veszélyes helyekként tartották számon (Webb, 1984), amelyek különösen nagy megküzdési kihívást jelentenek, elsősorban épp a nagyfokú zsúfoltság miatt (Milgram, 1970/1980). A városi környezet és a problémák kapcsolatát (lásd 1. táblázat) rendkívül összetett fizikai, társas és pszichológiai környezeti hatásoknak tulajdonították.

környezeti	levegőszennyeződés	populációs sűrűség
	zajszennyeződés	közlekedési nehézségek
	mérgek (CO stb.)	balesetek
	vizuális szennyezés	(túl)telítődés
	túlzott ingerlés	visszahúzóadás
szociológiai, gazdasági	bűnözés, erőszak	szegénység
	bandák	munkanélküliség
	vidékről városba áramlás	alternatív gazdaság
	lakásproblémák	iparosodás
	zsúfoltság	modernizáció
	marginalizáció	közösség hiánya
	szegmentalizáció	gazdasági fejlődés
pszichoszociális	társas struktúra	társas mozgás
	hajléktalanság	kulturális dezintegráció
	élet-komplexitás	kulturális zavar/konfliktus
	család szétesése, válás	szekularizáció

### Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

	gyors szociális változások	társas stressz
	akkulturáció, asszimiláció	migráció
pszichológiai	életminőség	gyökértelenség
	koherenciaérzék	félelem, szorongás
	hatalom(hiány)	identitás
	marginalitás, elidegenedés	izoláció, magány

#### 1. táblázat A mentális egészséget befolyásoló városi tényezők (Marsella, 1998. 627)

Számos kutatás mutatta ki, hogy a tisztán városias épített környezetben (pl. magasházak lakótelepeken) élők körében a pszichiátriai megbetegedések prevalenciája jóval nagyobb, mint a városi, de kertés házakban lakók esetében (Lewis, & Booth, 1994). A város számos vonatkozásban stresszforrás: a korábban említett zsúfoltság és neheztelt térhasználat mellett például az épített környezet túlsúlya miatt jelentkező nagyon magas környezeti töltés (environmental load, Mehrabian, & Russell, 1973) nagyon igénybe veszi a tudatos, akaratlagos figyelmet (Laumann, Gärling, & Stormark, 2003) és az önkéntelen feldolgozást egyaránt. Az ember a kutatási eredmények szerint városi környezetben általában kevésbé támaszkodhat természetes alkalmazkodási mechanizmusaira, de konkrétan is így van ez, mivel például a közlekedésből (Evans, Wener, & Phillips, 2002), a lakótelepeken (Rohe, & Burby, 1988) vagy rossz minőségű lakásokban (Siddiqui, & Pandey, 2003) éléslből, a bűnözésből (Kuo, & Sullivan, 2001), az építkezésekből, átalakításokból (Vandermoere, 2006) stb. származó megterhelés miatt is neheztelt az alkalmazkodás.

A korai kutatások eredményeként gyakorlatilag elfogadottá vált a vidék (természeti környezet) és a város (épített környezet) ellentétes hatásai miatti szembeállítás, illetve egy kontinuum két végéknél való felfogása (Williams, & Knopf, 1985). Sokan (pl. Wohlwill, 1976) igazolták, hogy az emberek általában előnyben részesítik a természetes tájakat az épített környezetekkel szemben: míg az előbbiek általában mind komplexitás, mind változatosság (kollatív változók, Berlyne, 1971/1997) tekintetében az optimális, közepes arousalkiváltó és -fenntartó tartományba esnek (kivéve természetesen a szélsőséges tájakat, pl. sarkvidék, sivatag), az épített, városias környezet többnyire túlzottan összetett, ám a változatosságuk kicsi – így az általuk kiváltott arousal nem optimális. Wohlwill és mások elemzése nyomán Kaplan (1987, 1995) rendszerbe foglalta a természetes helyek jelentésének dimenzióit (2. táblázat), amelyeket épített környezetre is lehet alkalmazni (Düll, 2009).

Tájékedvelés bejósllók (tájpreferencia prediktorok)		
Információ elérhetősége	Információs kimenet	
	Megértés (értelemadás a helyszínek)	B e v o n ó d á s (információforrás vonz/ taszít)

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

Azonnal elérhető (jelen van, közvetlen)	KOHERENCIA A környezeti elemek összetartozása, egységbe szervezési könnyedsége. Növeli pl. szimmetria, ritmikus ismétlődés.	KOMPLEXITÁS (összetettség) A környezet bonyolultsága, vizuális gazdagsága, figyelemlekötő kapacitása.
Közvetlen, következtetett, bejósolt (jövőbeli vagy ígérkező)	LEGIBILITÁS (áttekinthetőség, olvashatóság) A táj mennyire segíti az embert, hogy a térben eligazodjon.	MISZTÉRIUM (rejtélyesség) Mennyire rejt a táj több információt, mint amennyi aktuálisan az észlelő számára hozzáférhető.

## 2. táblázat A tájpreferencia bejósoló változói (Kaplan 1987. 12)

Az 1980-as években a természet vs. épített környezet problematikát egyre kiegyensúlyozottabban vizsgálták a kutatók. Megközelítésekben a város és a természet ellentéte tompulni látszik. Igaz, számos újabb kutatás is kimutatja a városias/ipari környezetek pszichológiai egészséget romboló hatását (de Hollander, & Staatsen, 2003) – például erősen iparosodott területeken lakók esetében csökkent mértékű jóllét és optimizmus volt kimutatható, valamint aktív coping stratégiák fokozott használata jellemezte őket (Marques, & Lima, 2011) –, arra is egyre több példa van, hogy a nagyvárosi életmód nem feltétlenül jár együtt rosszabb egészséggel: pl. Kelly-Schwartz, Stockard, Doyle, & Schlossberg, (2004) 29 metropolisz egészségügyi statisztikai adatainak hierarchikus modellezése útján kimutatta, hogy a nagyvárosi életmódhoz nem társult kisebb séta-gyakoriság, megnövekedett testtömeg index vagy többféle krónikus betegség. Igaz, az ebben a kutatásban is kiderült, hogy a zsúfoltabb városrészekben lakók észlelt egészségi állapota rosszabb.

Wilson (1984) jól ismert biofilia hipotézise szerint az evolúció következményeként az embereknek veleszületett tendenciájuk van arra, hogy az életre és életszerű folyamatokra figyeljenek. Emiatt a természettel összetartozónak érezzük magunkat. Erre még olyan egyszerű helyzetben is van környezetpszichológiai bizonyíték, mint a fényképnézegetés: Ulrich (1981) eredményei szerint városi és vidéki természeti tájakról készített (kiegyenlített információtartalmú) képek nézegetésekor eltérő fiziológiai reakciókat mutattak a vizsgálatban résztvevők, a természetes elemek látványára megnőtt az agyi alfa-aktivitás, a személyek pozitívabb érzelmi állapotba kerültek, és tartósabban voltak képesek figyelni ezeket a képeket. Gullone (2000) szerint a nyugatias, iparosodott, városias kultúra által megtestesített modern életmód éles ellentétben áll evolúciós történetünkkel, és emiatt súlyos ártalmat jelent, ami rombolja a testi és a mentális egészséget. A környezetpszichológiában Tuan (1974) topofília (kb. helykötődés) fogalma mellett éppen Wilson biofilia terminusára

## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

hivatkozik előzményként<sup>2</sup> Fellonneau (2004), aki az „urbanofób-urbanofil” dimenziót vezeti be a városhoz és a természethez való viszony leírására. Az urbanofób emberek városellenes attitűdökkel jellemezhetők, szerintük az ideális város inkább hasonlít a természethez, amennyiben nincs benne szennyezés, autók, erőszak, viszont sok benne a zöld terület, amelyek kellemes emberi érintkezésekre, sétákra, kikapcsolódásra adnak alkalmat. Az urbanofil ember szereti a várost és a városi létformát, a nyüzsgést, a változatosságot, nem zavarja a szennyezettebb levegő, nem is igen veszi észre, igényli a nagyfokú mobilitást, szereti a technikát, élvezi az újításokat. Az ideális várost is nagyvárosként írja le. Nem különösebben vonzza a természet, ott unatkozik, elfárad a semmittevésben. Bizonyos értelemben rokonságba állítható ez a dimenzió az élménykereséssel (Zuckerman, 1994), illetve az arousalkereséssel (Mehrabian, & Russell, 1973). A finomabb környezetpszichológiai, kontextuális egészség-betegség elemzések a személy-környezet összeillés figyelembe vételével azt a kérdést vetítik előre, hogy vajon a városi, urbanofil ember hosszú távon jobban érzi-e magát városias, épített környezetben, tehát az életminősége is jobb-e ott, amíg az urbanofób ember inkább megbetegszik a városban. Ezek a feltevések a jövőben alapos vizsgálatokat igényelnek.

A város/épített környezet és a természeti táj ellentétes pszichológiai hatásának feltételezése tehát nem szűnik meg, hanem egyre finomabb elemzést kap. Erősödnek például azok a hangok, amelyek szerint az emberek manapság legjobban azokat a tereket kedvelik, ahol a természetes és az ember által épített környezet egyensúlyban van jelen (Herzog, & Chernick 2000). Több kutatás vizsgálja például a városi parkok, kertek környezetpszichológiai jelentőségét. Az eredmények szerint a városi természetben (még ha mesterséges is) töltött idő (séta vagy egyszerűen csak az ott tartózkodás) növeli a spontán figyelem hatékonyságát és kiegyensúlyozott szívritmust eredményez (Laumann és mtsai, 2003), növeli a pozitív érzelmeket és csökkenti a negatívakat, fokozza a pszichés aktivitást (Martens, Gutscher, Bauer, 2011) – vagyis restauratív hatású (Hartig, Evans, Jamner, Davis, & Gärling, 2003), és ezáltal növeli a jóllétet. A városokban és a környékükön az útszéli növényzet csökkenti az autósok agresszióját (Cackowski, & Nasar, 2003) és a negatív érzelmek csökkentése révén csökkenti a stresszt (Parsons, Tassinary, Ulrich, Hebl, & Grossman-Alexander, 1998), fokozza a jóllétet. A városi parkok a kutatások szerint több, környezetpszichológiailag jól értelmezhető hatásmezőben keretezik át a városias környezet lakójának ember-környezet kölcsönkapcsolatait: (1) optimális magánszféra szabályozást tesznek lehetővé (Hammit, 2000, 2002) az egyedüllét, az intimitás, az anonimitás és az információ kontrollja (Altman, 1975) révén, illetve autonómiaélményt, érzelmi visszahúzóási lehetőséget, önértékelés folyamatok lefuttatását, és védett kommunikációt (a megosztás és a távolságtartás optimális egyensúlyát) lehet megélni ezeken a helyeken. (2) Jól megvalósul a filogenetikai „látni, de nem látszani” elve (Appleton, 1975) – így az emberek védetten csinálhatják fontos társas arousalszabályozó tevékenységüket, egymás nézegetését (vö. Düll, Paksi, & Demetrovics, 2009) anélkül, hogy kölcsönösen egymás magánszférájába tolazkodnának. (3) A városi parkok restoratív (helyreállító, gyógyító, pihentető) funkciójúak. Kaplan és Kaplan (1989, lásd még Düll és mtsai, 2009; Kulcsár, 2007) figyelem-

---

<sup>2</sup> Ha egy gondolat erejéig kiterjesztjük a kérdést az élőhöz-élettelenséghez való viszonyra, akkor párhuzamként eszünkbe juthatnak Bálint Mihály (1959/1997) oknofil – filobata jellemzői: a világ felfedezése közben „néhányan túlzott tárgymegszállással, független énjük fejlődését elhanyagolva a megkapaszkodáshoz és a fontos tárgyak megtartásához szükséges hatékony képességek kifejlesztésével reagálnak. Ők az oknofil személyek. Ugyanerre a felfedezésre mások túlzott én-megszállással válaszolnak, és ez – nem törődve a normális fejlődéssel, a bensőséges kapcsolatokkal, s végül a tárgyakapcsolatokkal sem – az én-funkcióikba, a személyes képességeikbe való indokolatlan belefeledkezéshez vezet. Ők a filobaták” (i.m. 122).

Düll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

helyreállítási elméletükben (Attention Restoration Theory, ART) kifejtik, hogy a természeti helyek a figyelmi folyamatok optimalizálásán keresztül töltenek be kulcsszerepet az érzelmek szabályozásában, mivel az alábbi tulajdonságok egyéni mintázatával rendelkeznek:

- távollét (being away): a természeti helyek valódi és/vagy pszichológiai eltávolodási lehetőséget nyújtanak a mindennapi, szokásos rutinoktól és a megszokott társas közegtől.
- Gyönyörködtetés (fascination): a természetes helyek fizikai jellemzői (színek, hangok, illatok) megerőltetés nélkül lekötik az ember spontán figyelmét anélkül, hogy szellemi erőfeszítést követelnének tőle. Így az épített környezetben folyton működő akaratlagos figyelmi rendszer pihenhet és újratöltődhet. A természetben a gyönyörködtetés mindkét formája megvalósulhat: a „lágy gyönyörködtetés” (pl. séta a napsütéses őszi erdőben) alacsonyabb intenzitású, esztétikailag kellemes ingereket és helyzetet jelent, amelyek fokozzák a személy reflektív képességét. A „kemény gyönyörködtetés” (pl. vadvízi evezés) intenzív testi és lelki bevonódást hív, amely kevés teret hagy a gondolkodásnak, a reflexiónak.
- Kiterjedtség (extent): a természeti környezet egyik legfontosabb jellemzője, hogy tulajdonságai, alkotórészei miatt könnyen észlelhető koherens egészként (pl. egy erdő vagy egy városi park), de akkor restoratív igazán, ha a kiterjedése elég nagy ahhoz, hogy explorációra, bókálásra hívjon, ha sokkal több felfedeznivalót ígér, mint amennyit első ránézésre érzékelni lehet benne. Emiatt a hatás miatt is pihentető a séta a természetben (Brown, Werner, Amburgey, & Szalay, 2007; Joseph, & Zimring, 2007), és sokszor erre a hatásmechanizmusra építenek a kerttervezők (Düll, & Dósa, 2005; Dósa, & Düll, 2006).
- Illeszkedés (compatibility): a környezet jellemzői és a személy szándékai, hajlamai, állapota közötti megfelelés mértéke, azaz a „a környezetnek illeszkednie kell ahhoz, amit a személy éppen tenni próbál, és ahhoz, amit tenni szeretne” (Kaplan, 1995, 173).

A természet és a természetben végzett tevékenység széles spektrumú hatással rendelkezik. Az elsősorban a vidéki életformára jellemző kertészkedés például számos elsődleges és származékos pszichológiai előnnyel jár (Kaplan, 1973): az emberek a kertészkedésben a szabadtéri pihenési és testmozgási lehetőségen, a növények esztétikai élménye általi feltöltődés-élményen kívül egyebek mellett megélik a rutinból való kiszakadást (távollét!), a saját hatékonyság tapasztalatát is, és a természeti folyamatokkal való kapcsolódás-élmény (pl. a növények fejlődésének követése) segít a pszichológiai rekreációban. Újabb kutatások szerint a kertészkedés növeli a szociális kohéziót (Smith, & Sharp, 2005), és segít csökkenteni az akut stresszt: egy vizsgálatban (Van den Berg, & Custers, 2010) a résztvevők (mindannyian kertészkedtek a mindennapokban) nehéz, stresszteli Stroop-teszt feladatot végeztek 30 percig, majd pihenésképpen olvashattak vagy kerti munkát végezhetek. A kutatók nyálkortizol szintet mértek és szóbeli hangulati beszámolót kértek. Mindkét mérés eredménye szerint a kertészkedés volt a hatékonyabb akut stresszcsökkentő.

Egyre több kutatás utal arra, hogy a természetes környezet környezetpszichológiailag számos előnnyel rendelkezik, mert ezekben a helyzetekben mozgósítódnak az evolúciósan bevált alkalmazkodási stratégiák (Kaplan, 1987), amelyek számos egészségpszichológiailag is értelmezhető előnnyel járnak. Már az is izgalmas, hogy környezetpszichológiai értelemben azt, hogy egy környezet természetes (alkotóelemei, keletkezése, léte mentes az emberi befolyástól, pl. vadon, sivatag, dzsungel, természetes erdő egy hegyoldalon) vagy természeti (természetes alkotóelemekből emberi beavatkozás hozta létre és tartja fenn többé-kevésbé mesterséges közegben, pl. egy kert, park, ültetvény, mesterséges tó, naplemente a városban, akvárium), a természetélmény (Hartig, & Evans 1993/1998) dönti el. A természetélmény kaleidoszkópmodellje (Mausner, 1996) szerint egy adott környezetbe kerülve az emberek elsősorban nem tudatosan elemzik az ember-környezet viszonyt, és annak megfelelően döntenek a természetes vagy a mesterséges környezet

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

irányába, hogy (1) mennyire találják az embert és az adott környezetet elkülönülőnek, (2) hogyan helyezkednek el a természeti elemek, (3) milyen az emberi befolyás mértéke ott, és (4) milyen lehetőségek vannak az ember számára a környezetben Ha a táj és az ember elkülönülése magas fokú, a természeti törvények uralkodnak a tájon, az emberi beavatkozásnak nincs nyoma és az embernek jellemzően inkább küzdeni kell ebben a környezetben, akkor az a hely – a természetélmény szerint – természetes.

A természetes helyek, tájak a környezetpszichológiai kutatások szerint nagyfokú restoratív (helyreállító) kapacitással (Kaplan, & Kaplan, 1989) bír. A szerzők a természetes tájak magas kedveltségét és rekreációs hatását a korábban említett figyelem-helyreállítással is magyarázzák: eszerint – mivel a természeti környezetek jellemzőit evolúciós felkészítettsége alapján az ember elhanyagolhatóan alacsony figyelmi erőfeszítéssel képes kezelni – a természetben nem szándékos, erőfeszítéstől mentes figyelem kerül túlsúlyba, ami elősegíti az ember mentális feltöltődését. Ez ráadásul gyakran spirituális élménnyel jár.

A pszichológia főáramában viszonylagos egyetértés mutatkozik abban, hogy a spiritualitás „alapszükséglet”, vagyis az emberi természet velejárója. A spirituális, transzcendens szükséglet vágyakozás, igény, keresés, amely az élet „végső kérdéseinek, problémáinak megértésére, megoldására irányul: így önmagunk legbelső voltának lényegének, működésének, értelmének, a rajtunk kívüli világ működése lényegének, valamint az előzőek alapvető kapcsolatának megismerésére hajt bennünket” (Süle, 1997. 15). A spiritualitás egyik lényege tehát – a hagyományos pszichológiai nézetek szerint is – a kül- és a belvilág sajátos integrációja (Düll, 2010a). Ilyen transzcendentális, misztikus, flow- és egyéb élmények (a pszichológiában sok kifejezést használunk erre) a környezetpszichológiai kutatások szerint gyakran és jellemzően jelennek meg természeti környezetben: a vadon a szakrális erő átélésére ideális közeg (Hartig, Mang, Evans, 1991). „Ilyen esetben az átélő »transzcendentális« élményt tapasztal, amely lélektani jellemzői, hogy a pillanat jelentőssé válik és az egyén elmerül benne, időtlenség érzése alakul ki, a hétköznapi élet meghaladásának érzése mellett erős a világmindenséggel vagy más erővel való egység élménye, az énézés átmenetileg felfüggesztődik, és elmosódik az alany és a többiek/környezet, tárgyak közötti határ. Mindezt erős pozitív affektusok kísérik: pillanatnyi különleges boldogság, könnyűségérzés, szabadságélmény, megélt harmónia az egész világgal. A transzcendens tapasztalat tehát teljesen abszorbeáló, feloldó, fontosnak megélt élmény. [...] Az átélő egyén teljesen elmerül a pillanatban, miközben létezésének a szokványosnál intenzívebb aktualizálódását („önaktualizációját”) éli át” (Düll, 2010a. 231). Ez a fajta élmény a legtisztábban érintetlen, háborítatlan természeti környezetben (a vadon - wilderness) lép fel. A környezetpszichológiai vadon-élmény kutatásokban (Fredrickson, & Anderson, 1999) a résztvevők jellemzően a vallásos élményhez nagyon közelálló tapasztalást élnek át, amit az egyén tudatának hirtelen megvilágosodása jellemez. Az élmény „szabadon lebeg”, erős spirituális önvizsgálat zajlik, ami az én jelentéktelenségének megtapasztalásával párosul. Ez befogadó állapotot indukál, lehetővé válik a belépés egy „szakrális térbe”, ahol az átélő egységet él át, azonosul (identifikáció) a természet „szakrális erőivel” (Frantz, Mayer, Norton, & Rock, 2005). A vadonélmény során az érintetlen természettel létrejövő erős kapcsolat során a felfokozott szenzoros érzékenység (felerősödnek a vizuális-, íz-, szag-, hang- és kinesztetikus jelzések, fokozódik a szenzoros tudatosság) nyomán erősen módosult tudatállapot jön létre, amely csúcserőlményhez vezet. Mindezeket jól szemlélteti Jane Goodall (angol etológus, antropológus és primatológus, a csimpánzok életének ismert kutatója) élménybeszámolója egyik tanzániai kutatóútján átélt vadonélményéről (Goodall, & Berman, 74 – idézi Düll, 2010a. 232-233):

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

„A sok gyönyörű nap között volt egy, amire a mai napig szinte áhítattal emlékszem vissza. Az erdőben feküdtem a földön, elnyúltam a lehullott leveleken és ágacskákon, s éreztem a sima felületű kövek nyomását a hátam alatt. [...] Emlékszem, mennyire szíven ütött az erdő színeinek harmóniája, a sárga és a zöld megannyi árnyalata, amint barnába, néhol vörösbe fordultak. [...] A kabócák déli kórusa különböző hullámokban harsant fel, s töltötte meg élettél az erdőt. [...] Ezen a bizonyos napon újra éreztem a régi titkot, éreztem, hogy bensőmben megszűnik a zakatolás. Mintha megtaláltam volna a visszautat valami gyönyörű mesébe. Eggyé váltam az erdővel, amint feküdtem ott, és újra tapasztaltam, milyen sokkal járulnak hozzá a hangok az észlelés gazdagságához. Érzékelttem minden titkos mozdulatot, ami a körülöttem lévő fákon történt. [...] A szépség áhítatába feledkeztem, s úgy tűnt, valamiféle magasabb rendű tudatosság állapotába kerültem. Nehéz, az igazat megvallva lehetetlen szavakba önteni az igazság azon pillanatát, ami akkor tört rám hirtelen. [...] Később, mikor minden erőmmel azon voltam, hogy visszaidézzem ezt az élményemet, s egyáltalán nem találtam benne *önmagamat*, úgy éreztem, hogy akkor a csimpánzok és én, a föld, a fák és a levegő mind egybeolvadtunk, s így mintha mindannyian mintha valamiféle szellemi erőben egyesültünk volna, ami az élet volt maga. Körülöttem szárnyaló szimfónia szólt, a madarak esti éneke. Számomra addig ismeretlen frekvenciákat fedeztem fel zenéjükben, s a zenélő bogarakéban is, csodálatosan magas és kellemes hangokat. Soha életemben nem voltam még ennyire tudatában a levelek különböző alakjainak és színeinek, ereik változatos mintázatainak, amikből kiderült, hogy nincs közöttük két egyforma, hogy mindegyikük különleges. Tisztán éreztem az illatokat, könnyen azonosíthattam a túlérett gyümölcsök erjedésének, a mocsaras földnek, a hideg és nedves fakéregnek, a csimpánzok nyirkos szőrének, s bizony saját testemnek is különböző szagát, illatát. Az összemorzsolts fiatal levelek fűszeres illatozása szinte elkábított. [...] Mintha valami nagyon is életszerű álomból ébredtem volna, visszatértem a megszokott világba, fáztam, de magamnál voltam teljesen. [...] Nem jelentek meg nekem sem angyalok, sem más égi teremtmények, mint a nagy misztikusok és szentek látomásaiban, ennek ellenére hiszem, hogy mégis valamiféle misztikus élményben volt részem. [...] Azon a bizonyos délutánon, mintha egy láthatatlan kéz elhúzta volna a függőnyt egy [...] ablak előtt, ami át, még ha csak egy röpke pillanatra is, de kitekinthettem. E pillanatnyi „kitekintés” alatt megismertem az időtlenséget, a csöndes extázist [...]. Tudtam, e felfedezés mindig velem lesz hátralévő életem során, s ha emlékezetemben hiányosan is, de mindig legbelül. Olyan erőforrás, melyből bármikor meríthetek, ha nehéznek, kegyetlennek, reménytelennek tűnik az életem” (kiemelés a szerzótől).

Fontos hangsúlyozni, hogy a természeti szakralitásélményben a helynek, a tárgyaknak legalább akkora szerepe van, mint a belső, pszichológiai folyamatoknak. A kutatások (Rossman, & Ulehla, 1977) egyértelműen alátámasztják, hogy a vadonkörnyezetek tartósan és később a helytől függetlenül hozzájárulnak az ember spirituális fejlődéséhez: a lélektani hozam az átélők részéről később több autentikus helyélményben, pszichológiailag kiegyensúlyozottabb létállapotokban, és az általános egészség és jóllét fokozódásában nyilvánul meg (Fredrickson, & Anderson, 1999).

Fentebb említettük, hogy a város és a természet manapság környezetpszichológiailag kiegyenlítettebben értelmezett. Ennek egyik szép példája Appleton (1975) érzelmi válasz alapú evolúciós tájpreferencia elméletének városra való alkalmazása. Appleton elképzelése szerint a tájélményt alapjában véve az ember evolúciós öröksége határozza meg. A környezeteket az emberek élőhelynek tekintik, amelyeket ösztönösen és automatikusan, a túlélés szempontjából két jellemző mentén értékelnek: (1) mennyire megfelelő menedékhelynek/búvóhelynek, és (2) mennyire megfelelőek a kilátási tulajdonságai. Az a környezet vonzó (tehát evolúciósan megfelelő, azaz adaptív), ahol érvényesül a túléléshez szükséges „látni, de nem látszani” alapelv. Appleton szerint az emberi tájpreferenciák a modern, városi életben is változatlanok, mert ma is adaptívak: az a



## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

funkciójuk, hogy adott környezeti feltételekhez gyorsan és tudattalanul képesek legyünk hozzárendelni a megfelelő alkalmazkodási értéket (Düll, & Dósa, 2005). Nagy valószínűséggel ezek az elvek működnek akkor is, amikor egy étteremben először a boksok telnek be, és akkor is, amikor szeretjük mások tevékenységét megfigyelni egy köztéren anélkül, hogy magunk a figyelem fókuszába kerülnénk. Ezeknek a környezethasználati alapelveknek a megértéséhez érdemes visszakanyarodnunk a környezetpszichológia kialakulásának időszakához.

## **8 Egészség-betegség és épített környezet kapcsolata – környezetpszichológiai szempontból**

### **8.1 A kezdet: korai környezetpszichológiai vizsgálatok pszichiátrián**

A környezetpszichológia – mint azt a fejezet elején említettük – Proshansky és munkatársai (1970b) pszichiátriai kórházvizsgálatából nőtt ki, amelynek egyik célja a gyógyító környezet koncepciójának kidolgozása volt. Proshansky a helyek terápiás hatásait – és ennek alapjaként a környezet pszichológiai természetét – feltárni igyekvő kutatása során a betegek és a személyzet viselkedését környezeti és társas kölcsönhatásaikban figyelte meg és értelmezte. Értelemszerűen összekapcsolta a betegség és az egészség környezeti kontextusát, és annak ellenére, hogy a fizikai környezet pszichológiai folyamatokban való szerepének hangsúlyozását tűzte ki célul, kezdettől jellemzően kontextuális szemléletben gondolkodott: a fizikai környezetet szociálisnak tekintette és fordítva: „az egyén nemcsak szétszórt proximális és disztális fényekre és hanghullámokra, alakzatokra és struktúrákra, tárgyakra és terekre reagál, hanem a *másik személyre, miközben meghatározott céllal specifikus aktivitást végez adott helyen* (Proshansky és mtsai, 1970a. 28. – kiemelés az eredetiben és DA). Ez a szociofizikai környezeti szemlélet (vö. Düll, 2009) kifejezett rokonságban van az egészségpszichológia biopszichoszociális modelljével.

Proshansky és munkatársai több hónapig tartó antropológiai irányultságú megfigyeléseik során kialakították a vizsgált pszichiátriai kórház két osztályának időszakok, helyszínek, viselkedések, személyek stb. szempontjából rétegzett viselkedéstérképét. Alátámasztást nyert, hogy az emberek téri elhelyezkedése és ennek változásai nem véletlenszerűek (erre korábban már utaltunk): a környezet és a viselkedés kapcsolatnak jól definiálható alapelvei (Proshansky és mtsai, 1970a) vannak. Ezeket az alapelveket Proshansky és kutatócsoportja kórházi környezetben írták le, ám nagyon rövid idő alatt igazolódott általános érvényük, vagyis az, hogy az emberi megnyilvánulások – így a betegséghez és az egészséghez kapcsolódóak is – legteljesebben szociofizikai kontextusukban értelmezhetők. Korrekt módon így érthető meg (az intuíció kevés!), hogy „miben van gond” a mentálisan betegekkel – írja jelentős korai tanulmányában Osmond (1970), aki Proshansky munkacsoportjától függetlenül, körülbelül velük egy időben kezdett nagyon hasonló kórházvizsgálatokba Kanadában. Osmond szerint környezetpszichológiai nézőpontból jól meghatározható, hogy mit jelent a zavart észlelés (változások a vizuális percepcióban, az auditoros élményekben, az időérzékekben, a taktilitásban, a szaglásban és a saját test észlelésében), és a hangulatváltozások és a gondolkodás módosulása is jól értelmezhető a környezethasználattal összefüggésben. Osmond szerint a változásokhoz alkalmazkodnia kell a betegek környezetének. Alapvető szabály, hogy ki kell elégíteni a páciensek létfontosságú pszichoszociális szükségleteit, a biztonságot és a megfelelő kapcsolati szabályozást. Ezt gondosan kialakított szociopetális és szociofugális elrendezések aránya és egyensúlya mentén lehet és kell biztosítani. A szociopetális környezetek lehetővé teszik, hívják, sőt gyakran erőltetik a stabil személyközi kapcsolatok kialakulását. Ezekben jól működnek a kis, szemtől szembeni érintkezést kívánó csoporthelyzetek, pl. kiscsoportos beszélgetések vagy terápiák. A szociofugális környezetkialakítás kiküszöböli vagy gátolja a hosszan tartó, stabil emberi kapcsolatok kialakulását, ugyanakkor lehetővé teszi a társas

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

helyzetek nyomása alóli felszabadulást. Ezen kívül (pontosabban mindezzel összefüggésben) – a megfelelő felügyelet, monitorozás mellett – a szociofizikai szükségletszabályozásnak az is fontos eleme, hogy nem szabad zsúfoltságot előidézni a páciensek között, sem általában véve a kórházkörnyezetben, sem a viselkedési csomópontokban (pl. kórterem). Ez azt is jelenti, hogy a környezet ne kényszerítse ki sem ideiglenesen, sem hosszú távon a betegek szűkebb területekre koncentrálódását. Nagyon nagy hangsúlyt kell fordítani arra, hogy a betegek megfelelő módon visszavonulhassanak, visszahúzódhassanak a társas érintkezéstől. Kardinalis kérdés a privát helyek biztosítása. Összességében arról van szó, hogy jól kialakított lehetőségeket kell teremteni a betegek és a személyzet számára a hasznos kapcsolatok építésére és az instabil, káros interakciók aktuális vagy hosszabb távú kiiktatására. Mindez Osmond szerint hozzájárul a személyiség és az egyéniség megőrzéséhez. Általános szempont tehát a választás, a szociofizikai kontroll lehetőségének biztosítása, de a bizonytalanságot csökkentő, egyértelműséget segítő keretekkel, korlátokkal. Mindez a későbbiekben az orientáció, tájékozódás témájában is részletesebb kifejtést kapott a környezetpszichológiában, és kiderült, hogy a környezeti eligazodás sikerének vagy sikertelenségének kulcsszerepe van a nemcsak a kórházakban, hanem gyakorlatilag minden ember-környezet tranzakcióban (vö. Foley, & Cohen, 1984) és ilyen módon – megközelítésünk szerint - az egészség-betegség környezetpszichológiai értelmezésében is.

### **8.1.1 A környezet-viselkedés kapcsolat fontosabb alapelvei (Proshansky és mtsai, 1970a, 1970b alapján)**

Proshansky és munkacsoportja megfigyelései szerint a betegek nemcsak jellegzetes módon, időszakokban és helyeken ettek, aludtak, beszélgettek, sétáltak stb., hanem ezek a mintázatok az új betegek bekerülésével és a régiek távozásával sem változtak lényegesen; rendszeresen stabil módon megnyilvánultak. Ugyanakkor, egy-egy páciens viselkedésének rövidebb intervallumban (5-10 perc) történő megfigyelésekor szembetűnő volt, hogy a viselkedés sok tekintetben mégis változékony (pl. a beszélgetés módja eltért a résztvevőktől függően). Az emberi aktivitás ebben a tekintetben kaleidoszkópszerű (és nyilván nemcsak a pszichiátriai osztályokon), viszont egy fizikai színtérhez kapcsolódóan tartós, időben és helyzeteken át konzisztens; tehát az adott helyszínhez kapcsolódó jellegzetes viselkedésmintázatok (pl. kezelés vagy pihenés) azonosíthatók. Ugyanakkor a szociofizikai környezet bármely időpontban és helyen egyedi. Ez abból is ered, hogy ténylegesen csak egy „környezeti helyzet” van, viszont annyi környezeti struktúra és elemzés létezik, ahány összetevő (beteg, orvos, nővér, látogató; kórterem, folyosó, kórház stb.) szempontjából a folyamat vizsgálható. Ez szorosan összefügg azzal az etológiai alapú környezetmeghatározással, hogy a környezet és használója csak egymásra vonatkoztatva értelmezhető (vö. Szokolszky, & Dúll, 2006). Proshansky elemzése szerint: a konkrét helyzetet meghatározó és strukturáló szociofizikai színtér nem zárt rendszer, a határai sem térben, sem időben nem rögzítettek – külső helyszínről származó (pl. látogatók által behozott elemek) vagy múltbeli impulzusok (pl. a betegek emlékei) hatást gyakorolnak rá. Részben ebből következik, hogy a szociofizikai helyszín bármely összetevőjében bekövetkező változás – különböző hatásfokkal – hat a környezet összes egyéb komponensére, ezáltal megváltoztathatja a helyszínre, mint egészre jellemző viselkedésmintázatot (pl. megváltozik a délutáni pihenő „forgatókönyve”, mert beleépült a TV-nézés). Egy helyszín jellemző viselkedésmintázatainak változásait kiválthatják a színteret definiáló bármely fizikai, társas vagy adminisztratív struktúra változásai. Ha egy változás a fizikai környezetben a helyszínre korábban jellemző viselkedésmintázat szempontjából nem hasznos (pl. a TV-nézés zavarja a többieket), akkor a viselkedés új időpontban vagy helyen fog megnyilvánulni. A szociofizikai környezet tehát folytonos és aktív folyamat, amelynek összetevői minden időpillanatban kölcsönhatásban vannak

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

egymással és egyúttal ezen kölcsönhatás által állandóan meghatározottak.

A környezeti folyamat résztvevője szempontjából nézve a környező struktúrák jellemzően semlegesek, csak ritkán vagy egyáltalán nem tudatosulnak. Annak ellenére, hogy a résztvevő nagyrészt nincs tudatában a környezeti folyamat fizikai környezeti hatásának, a színtér jelentős hatást gyakorol a viselkedésére és fordítva.

### **8.2 Személy-környezet összeállítás**

A fenti alapelvekből témánk szempontjából kiemelendő a környezetpszichológia azon felismerése, hogy az ember-környezet kölcsönkapcsolat nem tudatosuló természetű. Jellemzően akkor lép fel környezeti impulzusok (többnyire ideiglenes) tudatosulása, ha az ingerek vagy mintázataik intenzitása, gyakorisága, kontextusa eltér az adaptációs szinttől (vö. Düll, 2006). A hétköznapi helyzeteken kívül a tudományos életben is ez lehet a magyarázata annak, hogy gyakran elsiklunk az egészség-betegség aktív környezeti kontextusa fölött.

A környezet tehát pszichológiailag nem tudatosuló, annak ellenére, hogy minden érzékszervnek szimultán nyújt információt, perifériás és központi ingereket is magába foglal, akciókon, aktív cselekvéseken keresztül határozódik meg és ily módon szerzünk róla tapasztalatokat (Ittelson, 1978). Ráadásul – mint fentebb utaltunk rá – nem rendelkezik mereven rögzített tér- és időbeli határokkal. Részben ebből következően szimbolikus jelentéssel is bír és megtapasztalásának eredménye koherens és bejósolható egészes élményt jelent (pl. „kórházban lenni” élménye). Az ember-környezet kapcsolatban a vizsgálatok szerint a pszichológiai jelentés jellemzően erősebb az objektív tulajdonságoknál (Düll, & Urbán, 2007). Így tehát a környezet jóval több információt jelent, mint amennyit – legalábbis tudatosan – a használó kezelni tud (Ittelson, 1978). Minden ember-környezet kölcsönkapcsolat jellemzője – részben épp a most említettek miatt –, hogy a környezet számos területen (figyelem, emlékezet, kreativitás, fiziológiai reakciók, viselkedés, élmények, gyógyulás stb.) kumulatív módon és hosszú távon hat az emberre, ráadásul tartósan, a környezet elhagyása után is. Egy kutatásban (Hodnett, 1989) például egészséges szülő nők elvárt és tapasztalt kontrollját vizsgálták választott szülőskörnyezetükben (80 fő kórházban szülő és 80 fő otthon szülő). Az eredmények szerint nem meglepő módon (I) a szorongás negatívan korrelált az észlelt kontrollal, és (II) a szüléssel kapcsolatos kontroll-elvárások az adott környezetben realizálódtak: (1) a magas kontroll-elvárást jelző otthon szülők csoportjában az otthoni környezet magas kontrollélménnyel járt, vagyis nagyobb kontrollt éltek meg szülés közben. Az otthon többször szülő nők nagyobb kontrollt éltek meg, mint az elsőszülők. (c) Azok a multigravidák, akik először szültek otthon, nem éltek meg nagyobb kontrollt az otthoni környezetben. (2) A kórházban gyermeküket világra hozó nők esetében a kontroll-élmény nem nőtt a szülések számának növekedésével és a nők elvárása is ez volt. A vizsgálat eredményei szerint tehát a korábbi kórházi és/vagy otthoni tapasztalat hatást gyakorolt a további elvárásokra és élményekre, és a nők reálisak voltak a szülőskörnyezeteik megítélésében.

A szociofizikai környezet és a viselkedés kapcsolata tehát erős és stabil. A kölcsönkapcsolat természetét tekintve tranzakció (Altman, & Rogoff, 1987), vagyis az ember és a környezet csak időben-térben egymásra értelmezve érthető meg (lásd Szokolosky, & Düll, 2006). A folyamatos kontextuális kölcsönhatásban alakul ki a személy-környezet összeállítás (Proshansky és mtai, 1970a), amit gyakran vizsgálnak a korábban már említett intézménykörnyezetekben (lásd Düll, 2009), például kórházakban - ugyanis ezeken a helyeken a környezet kényszerítő és támogató tényezői jellemzően ismeretlenek a személy számára, függetlenek személyes preferenciáitól és választásaitól, ráadásul – és számunkra most ez a fontos – többnyire inkongruensek is a

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

szükségletekkel és a preferenciákkal. A személy-környezet összeillés a környezet jellemzőinek (kényszerek, lehetőségek) összhangba kerülése, kongruenciája a személyes szükségletekkel és választásokkal. Első közelítésben a viselkedések és specifikus környezetek kölcsönkapcsolataként fogható fel: helyek/tárgyak kölcsönhatása a viselkedéssel, „környezet–viselkedés szinomorfiá” (Barker, 1961). A személy-környezet összeillés ilyen értelmezése elsősorban elméleti, a hely és használója kölcsönkapcsolatának leírására szolgál és ily módon nincs gyakorlati jelentősége, hogy milyen ez a megfelelés, nincs szerepe a kapcsolat optimalizációjának (vö. Stokols, & Shumaker, 1981). A mi megközelítésünkben gyakorlati relevanciája miatt fontosabb értelmezés, amikor a környezet és a használó interakciója során kialakuló *illeszkedést* vagy annak *hiányát* keressük. Ebben az esetben a színtér és a pszichológiai folyamatok közötti megfelelés tudatos és/vagy nem tudatos optimalizációja kulcsfontosságú. Ebben az értelemben a személy és a környezet megfelelése, konzisztenciája tágran értelmezett egészségkonceptióként is felfogható. Az összeillés felborulása pedig a betegség értelmezési kerete lehet, amit az is alátámaszt, hogy gyakran operacionalizálják a krónikus stressz fontos forrásaként, ami további mentális és testi egészségproblémákhoz vezethet (Kahana, Lovegreen, Kahana, & Kahana, 2003).

## 9 Intézményi lét

Egy pszichiátriai osztály viszonylag jól definiált fizikai és társas rendszer (Ittelson, Proshansky és Rivlin, 1970), így a korai környezetpszichológiai vizsgálatok ideális terepe volt: kezdetben a legtöbb tanulmány ilyen jól meghatározott intézményi környezetben (kórház, kollégium, börtön) zajlott. Ugyanakkor már ebben az időszakban felmerült az intézményi színterekben feltárt szociofizikai mechanizmusok, összefüggések általánosíthatóságának problémája. Egy korai, de annál jelentősebb tanulmányban – melyben azt jelöli meg célként, hogy olyan épületeket kell építeni, amelyek harmóniában vannak a használóikkal – Lawton (1974) az intézmények mint környezetek kapcsán áttekintette az ember és a környezete közötti illeszkedés tényezőit. A „környezet és a használó harmóniája” közhelyes célnak tűnhet – azonban (mint arra korábban Proshansky felismerése kapcsán utaltunk) a környezetpszichológia egyik legfontosabb feladata éppen ennek a „közismert” kapcsolatnak a kibontása, kutatása és ajánlások tétele mind az építészek és a tervezett környezetek szakértői, mind a humán szakemberek (pszichológusok, orvosok, pedagógusok stb.), mind pedig a mindennapi térhasználók felé (Dúll, 2009). Ebben az értelemben a környezetpszichológia transzdiszciplináris terület (Stokols, Harvey, Gress, Fuqua, & Phillips, 2005).

Visszatérve Lawton (1974) vizsgálatához, a környezet különböző jellemzőit (pl. elhelyezkedés, épülettípus, elrendezés) és a használó tulajdonságait (neme, életkora, tulajdonos/használó stb.) egyaránt gondosan figyelembe kell venni a környezetalakításkor. A személy-környezet összeillés létének vagy hiányának messzemenő betegség-egészség következményei vannak a teljesen mindennapi is környezetekben is, de ezek a következmények még kifejezettebbek az olyan speciális intézményekben, mint az iskola (Yamamoto, & Ishii, 1995) vagy a börtön (Tartaro, 2003), illetve a kórház, ápolási intézmény (Moore, 2005).

### 9.1 Egészségügyi intézmények - modern környezetpszichológiai vizsgálatok

Az intézmények közül az orvosi rendelő és a kórház az egyik legösszetettebb szociofizikai környezetcsoporthoz tartozik. A kultúra, a társadalom és a városi élet tükröi – erős kommunikációt jelentenek a betegségről és az egészségről, illetve a beteg és az egészséges emberről. A kutatások szerint nagyon ellenállnak a változásnak. Florence Nightingale (angol ápolónő, a modern nővérképzés úttörője és a kórházi környezet megújítója) XIX. századi tevékenységéig a kórház fő funkciója az volt, hogy a

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

betegeket és a haldoklókat elkülönítse az egészségesektől. Leginkább olyan helynek számított, ahová nem (túl)élni, hanem meghalni mentek ez emberek. Nightingale munkája nyomán kezdett kialakulni a szemlélet, hogy „a hely ne károsítsa a páciens” (idézi Lindheim, 1970. 575): a kórház és az egészségügyi intézmények a gyógyszeres kezelést és az emberi magatartást illetően szép lassan gondoskodó, ápoló, gyógyító helyek lettek, ám – mint arra fentebb többször utaltunk - a szociofizikai környezet ebben játszott szerepét részleteiben mostanában kezdjük megismerni. Ráadásul a kórház- és rendelőépületek nagyon gyakran régiiek, nem illeszkednek az alapvető egészségtámogató funkciókhoz sem, hát még a modern egészségpszichológiai gyógyítási elvekhez, ami magában foglalja az egészségnevelést és a megelőző orvoslást ugyanúgy, mint a betegség gyógyítását.

Egy egészségügyi felmérés (Institute of Medicine, 2004) szerint a XXI. századra a kórház mint intézmény felemás jellemzőket mutat. „Az USA-ban egy látogatás egy kórházban veszélyes és stresszteli a pácienseknek, a családoknak és a dolgozóknak egyaránt. Az orvosi hibák és a kórházi fertőzések az Amerikai Egyesült Államokban a halálozás vezető okai között vannak, több amerikaiat ölnek meg ezek, mint az AIDS, a mellrák vagy az autóbalesetek. [...] Mind a páciensek, mind az orvosok frusztrációs szintje soha nem látott szinten van. Egyelőre a problémák fennállnak. Az egészségügyi ellátásból ma nem hozható ki a lehetséges legtöbb előny” (Ulrich, Quan, Zimring, Joseph, & Choudhary 2004. 1). Mindez abban is megnyilvánul, hogy az egészségügyben nagy az orvosok és a nővérek elégedetlensége is. Kutatások eredményei szerint ezeket a hatásokat jelentősen csökkentheti a fizikai környezet (Zimring, & Bosch, 2008). Ahogy az orvoslás egyre inkább afelé halad, hogy a klinikai döntéseket kutatások támogatják (evidence-based medicine, bizonyítékon alapuló orvoslás), úgy az egészségügyi intézmények környezeti kialakításának is efelé kellene tartani: az igazán megfelelő az lenne, ha a kórházak, rendelőintézetek építése, kialakítása, átalakítása, felújítása bizonyítékokon alapuló térkialakítás (evidence-based design, Fouts, & Gabay, 2008) alapján történne (Hamilton, 2003). Az ilyen térkialakítás segíthet abban, hogy a létesítmény minden értelemben biztonságosabb, jobb minőségű és betegközpontúbb legyen. Ehhez azonban rengeteg kutatás szükséges, mert az egészségügyi intézmények vizsgálata még csecsemőkorában van, és két szélsőséges álláspont áll szemben egymással (Zimring & Bosch, 2008): (1) az építész kompetenciája a legteljesebb mértékig kiterjed az egészségügyi terek kialakításának minden vonatkozására, így az egész az ő feladata, (2) minden funkcionális döntés szülessen meg, mielőtt az építész teret kap, az ő dolga (kis túlzással) az, hogy álljanak a falak, tisztességes anyagokból készüljön és rendesen nézzen ki az épület. A környezetpszichológia sok tekintetben kész közvetíteni a két álláspont között (lásd Düll, 2009) és közreműködni abban, hogy a személy-környezet kongruencia megteremtődjön – nemcsak az egészségügyi ellátásban, hanem a környezet-ember viszonyban általában. Az egészségügyi intézményekben – ugyanúgy, mint bármely környezetben – eltérőek lehetnek az egyes felhasználó csoportok preferenciái és kompetenciái, ami annál is fontosabb téma, mivel az intézményi lét szabályozottságából adódóan kevésbé lehet egyénre szabott. Ráadásul a betegek aktuális vagy tartós gondjai, problémái további specifikus igényeket szülhetnek. Az egységesen kialakított intézmény és a szükségletek kielégítése között ugyancsak a bizonyítékon alapuló tervezés teremthet egyensúlyt. Például egy idősothonban a kutatók (Duffy, Bailey, Beck, & Barker, 1986) megvizsgálták a létesítmény elrendezésével kapcsolatos preferenciákat a bentlakók (mindenki mentálisan ép volt) és az ápolók, valamint építészek (építészhallgatók és tanáraik) körében. A megkérdezettek különböző elrendezések, kialakítások közül választhattak a hall és az ebédlő berendezését, a személyes szobák bútorait és az egész otthon elrendezését illetően – kötelezően a bentlakók szempontjait szem előtt tartva. Az eredmények

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

nagyon tanulságosak: a személyzet véleménye nagyon közel állt az építészekéhez: a nővérek is inkább külső szemlélőként választottak. A bentlakók például előnyben részesítették a hallban a szociofugális elrendezést (vagyis pl. a székek fal mentén történő elhelyezését), az ápolók és az építészek viszont szociopetálishan (beszélgetéshez) rendezték be a helyiséget. Ez az eltérés – tekintve a szociofizikai elrendezés erős hatását – komolyan befolyásolhatja a bentlakók magánszférájának szabályozását. Az eredményekből kiderült, hogy az idősothton lakói következetesen és nem meglepően olyan elrendezéseket választottak, amelyben nagyobb lehet a magánszférájuk, vagyis legyen lehetőségük az elhúzódásra, visszavonulásra is, míg a személyzet és az építészek következetesen serkenteni igyekeztek az interakciót az elrendezésen keresztül.

Az egyes felhasználói populációk (hasonló, ill. eltérő betegséggel küzdők, férfiak-nők, gyerekek), illetve a használók, tervezők és egyéb csoportok (pl. látogatók) közötti eltérések a preferenciákban nem feltétlenül vezetnek ahhoz a következtetéshez, hogy egyik vagy másik csoportnak kizárólagosan igaza van. Minden esetre a környezethasználók preferenciáit érdemes figyelembe venni, akár úgy is, hogy a szakemberek bevonják őket a tervezésbe, a környezet ki- és átalakításába – a résztvevő tervezés (Horelli, 2002) megvalósítható a felnőtt egészséges személyeken kívül gyerekekkel, betegekkel, vagy akár tanulásban akadályozottakkal is (pl. Laki, 2006).

Egyre inkább megkérdőjeleződik az az egészségügyi intézményekkel kapcsolatos előfeltevés, hogy ezek nem mások és nem többek, mint gyógyító struktúrák. Az egyre erősödő elvárások szerint ezek a helyek a használók jóllétének szolgálatában kellene, hogy álljanak. Számos országban erősödik a verseny az egészségügyi intézmények között is, vagyis nagyon fontos kérdéssé vált az ellátás betegek által észlelt és megítélt minősége. A páciens természetesen a legtöbbször nem tudhatja, hogy melyik eljárás a megfelelő a számára, így nagyon lényeges az a mód, ahogyan foglalkoznak vele – hiszen ebből sok következtetést levon gyógyulási esélyeit illetően (Varga, & Diószeghy, 2001). A kliens elégedettségének és az ellátás észlelt minőségének bejósolója – a páciens, illetve a kezelőszemélyzet tulajdonságain (lásd pl. Weiss, 1988) túl – az egészségügyi intézmény jellemzői.

A bizonyítékokon alapuló térkialakítás fontos alapelve, hogy a szociofizikai térelrendezés támogassa a használó alkalmazkodását az intézményhez úgy, hogy környezetpszichológiailag adekvát módon alakítja az intézményt körülvevő külső tereket, ügyel az intézmény elhelyezkedésére (pl. megközelíthetőség), gondosan megválasztja az épület típusát és kialakítását, körültekintően osztja el az intézményen belül a tereket, aktivitási helyszíneket biztosít mind a betegek, mind a személyzet, mind a látogatók számára, és kitüntetetten kezeli az egyének megfelelő magánszférájának biztosítását a privát és társas terek kialakítása és aránya révén (Joseph, 2006).

Környezetpszichológiai szempontból hangsúlyos, amire már Osmond (1970) is felhívta a figyelmet: az egészségügyi intézményekben a kliens számos értelmezhetetlen és gyakran ellentmondó ingert kap, ezért nehezen igazodik el.

## **9.2 Környezeti kommunikáció, tájékozódás, eligazodás az egészségügyi környezetekben**

A környezeti kogníció, az eligazodás egy környezetben nem pusztán kognitív teljesítmény, hanem – mivel az alapja alapvető evolúciós szükséglet – az exploráció fontos személy-környezet összeállítás teremtő tényezője. Az eltévedés lehetősége és/vagy a környezet jelentésének értelmezhetetlensége, azaz az eligazodás lehetőségének hiánya egy környezetben nagyon komoly stresszforrás (Carpman, & Grant, 2002), és fordítva a szorongó ember rosszabbul tájékozódik a térben (Kállai, Karádi, & Tényi, 1998). Az egészségügyi intézmények páciensei és látogatói különösen érintettek ebben, hiszen a betegség vagy a szeretett személy féltése amúgy is komoly érzelmi megterhelést jelent.

### **9.2.1 Külső környezet**



## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

Már az egészségügyi intézmény - vagy bármilyen más intézménykörnyezet, vö. Kapitány, & Kapitány (1989) – megközelítésekor számos szuggesztív impulzus éri a beteget és a kísérőt, sőt az ott dolgozó embert is. Ezek a külső benyomások hatással lehetnek a gyógyulásra vagy – ha mint munkahelyet kezeljük ezeket – a munkahelyi elégedettségre (Warr, 2008) és egyéb folyamatokra, amelyeknek akár közvetlen orvosi konzekvenciái is vannak, például a kiégést is csökkenthetik a fizikai környezeti tényezők (Warr, 2008).

Számos kutatás (pl. Gosling, Ko, Mannarelli, & Morris, 2002) igazolta, hogy „a megfigyelők a mindennapi környezetekben hozzáférhető információt használják arra is, hogy benyomást formáljanak arról, hogy a környezet használói milyenek” (i. m. 379). Egészségügyi helyszínekkel kapcsolatos vizsgálatok kimutatták, hogy ezen intézmények potenciális vagy tényleges használói a létesítmény külseje (Devlin, 2008) és belső helyiségei (Harris, McBride, Ross, & Curtis, 2002) alapján benyomást formálnak (1) az ott dolgozó szakemberek feltételezett szakértelméről, arról, hogy (2) milyen lesz a várható klinikai ellátás és (3) hogy hogyan fogják érezni magukat, ha bekerülnek ide. A high-tech külsejű, karbantartott, de már ismerős épületeket például vonzónak találják a páciensek és nagy szakértelmet feltételeznek az ott dolgozókról. A többféle, változatos épülettípusból álló kórházintézményeket jobban kedvelik, mint a monolitikus, masszív, egy tömbből álló létesítményeket (Devlin, & Arneill, 2003). A kutatások szerint általában a nagyobbak és drágábbak tűnő intézményekről születnek jobb ellátást feltételező ítéletek. Ez alól azonban vannak kivételek: a kisebb épületek győztek, ha a „hagyományos ház” kategóriába tartoztak – ekkor otthonosabbnak, barátságosabbnak, tisztábbnak is ítélték őket (Devlin, 2008). Természetesen figyelembe kell venni a kulturális eltéréseket: ez a vizsgálat New Englandben zajlott, más területein a világnak feltehetően másként néznek ki a hagyományos házak, vagyis jelentős kulturális különbségek lehetnek, amik feltárára várnak. A vizsgálat azt is kimutatta, hogy a karbantartottság fontos faktor ezekben az ítéletekben. Ez ismét közhelynek tűnik. Nyilván bizonyos szempontból az is, de talán az ilyen adatok pontos kimutatása, vagyis a korábban említett bizonyítékokon alapuló tervezés nyomatékosíthatja a döntéshozók számára, hogy az egészségügyi intézmények ne legyenek elhanyagolt állapotban.

Kutatások igazolják, hogy a külső vizuális környezeti jelzések (pl. a bejárat láthatósága, a parkoló helyzete) és a térszerkezet hatása az eligazodási folyamatban nagyobb (Reizenstein Carpmann, Grant, & Simmons, 1985; Bascaya, Wilson, & Özcan, 2004).

### **9.2.2 Belső terek**

A gyógyítás szolgálatában álló intézmények belső tereit is gyakran vizsgálják környezetpszichológiai nézőpontból, leginkább az eligazodás, az ambiens ingerek, a kommunikáció és a magánszféra szabályozás szempontjait figyelembe véve.

Az egészségügyi környezetek belső terei gyakran ismeretlenek, szimmetrikusak, homogének, ismétlődő elemeket használnak, falaik fehérek vagy pasztellszínűek. A folyosós térszerkezet az egyforma ajtókkal és a nem túl informatív „tájékoztató” táblák nem segítenek az eligazodásban az amúgy is izgatott betegnek vagy a látogatónak. Ez mind a betegek, mind a látogatók életminőségét csökkenti, kezelés esetén pedig nem segíti a gyógyulást (Shumaker, & Reizenstein, 1982).

A belső környezetben való tájékozódás egyik legerősebb faktora a helyszín ismerőségének mértéke (Bascaya és mtsai, 2004). A belső tér megértése kritikus összetevője annak, hogy összeáll-e a használó fejében az épület koherenciája (Evans, & McCoy, 1998.), azaz kiépül-e az eligazodás bázisaként működő kognitív térkép, a tér- és épületséma (İmamoğlu, 2009), amely környezetpszichológiai szempontból nem pusztán egy mentális struktúra, hanem a környezeti



Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

kompetencia bázisa, és ilyen értelemben erős affektív jelentősége is van: a megléte az „elgazodom a világban” biztonságélményét adja, hiánya erős stresszel jár (Evans, 1982).

Az eligazodást természetesen lehet segíteni a megszokott módokon is: megfelelő tájékoztatási rendszer (táblák, feliratok, térkép) és/vagy tájékoztató brossúra (Sheard, & Garrud, 2006; Komsa, Köteles, & Bárdos, 2009) alkalmazásával. Utóbbi előnye, hogy többször megnézegethető, lapozgatható, és hatékonysága jól felépített verbális és képi pozitív szuggesztiókkal növelhető.

Fontos, hogy a vizsgálók, kezelők műszerei, berendezése gyakran értelmezhetetlenek a beteg számára: „A belépés egy korszerű kórházba olyan, mintha egy földönkívüli űrhajóba lépnénk be. A hangulat megfélemlítő és ismeretlen. [...] Gyakran [...] áttekinthetetlen az ajtók, folyosók sora [...] egy nagy, félelmetes struktúrában. [...] Mintha egy túlméretezett légkondicionálóban járnánk” (Carver, 1990. oldalszám nélkül).

Az egészségügyi környezetek elrendezése, kialakítása, tárgyai környezeti kommunikációként (Dúll, 2009) hatnak: a beteg – az ott folyó személyközi interakciókkal együtt, azok ellenére vagy azok mellett - számos következtetést von le ezekből saját állapotára, gyógyulási esélyeire vonatkozóan. Ráadásul fájdalmai vannak, fél (ez a kísérőre vagy a látogatóra is igaz lehet), ami befolyásolja az eligazodási, környezeti jelentésadási képességet és fordítva: a számára értelmezhetetlen helyzetben levő beteg jobban szorong. A balesetet szenvedő, az intenzív osztályon eszméletlenségéből magához térő beteg esetében például „abból kell kiindulnunk, hogy a beteg nem volt felkészülve erre a helyzetre, éppen ezért szélsőséges félelem, pánik jellemzi őt (függetlenül attól, hogy ez látszik-e rajta). Például moziba indult, vagy bevásárolni, és egyszer csak egy ismeretlen kórházi ágyon „ébred”, és a szájában levő lélegeztetőtubus miatt még csak beszélni sem tud. [...] az intenzív osztályra kerülő beteg meglehetősen sajátos helyzetben találja magát, amikor a koedukált kórtermekben, rengeteg ismeretlen géppel körülvéve, számos invazív eljárást testi-lelki értelemben elszenvedve, hálórúhájától is megfosztva fekszik. A testi integritást, csövek, katéterek, szondák, drének bontják meg. Mindez erősen megingathatja személyes egyediségük és emberi méltóságuk érzését. [...] ezek a körülmények finoman szólva nem segítik elő az aktív, önnön gyógyulásában felelősen együttműködő partner szerepének kibontakozását” (Varga, 2005. 421).

### **9.3 Egészségügyi intézmények felújítás, átalakítása – a beavatkozás környezetpszichológiai hatásai**

A bizonyítékon alapuló tervezés egyik fontos támpillérét jelentik azok a kutatások, amelyek teljes kórház-egységeket (egész épületeket, épület-blokkokat, intézményeket) mérnek fel felújítás előtt és után, vizsgálva a páciensek, illetve a gyógyító személyzet reakcióját a változásokra. (Zimring, & Bosch, 2008). Egy pszichiátriai osztály felújításakor (nyílászáró festés, tapéta- és szőnyegcsere, változások a világításban, a nappali bútorzatának, függönyeinek, növényeinek cseréje, fürdőkádcsere, valamint egy, a folyosó végén spontán kialakult társas sarok otthonosabbá tétele: kikapcsolás, ellátása szőnyeggel és függönyökkel) például azt találták (Devlin, 1992), hogy az átalakítások után (1) a személyzet tagjai (ha bizonyos dolgokba, pl. a függönyváltásba beleszólhattak) összességében kedvezőbben értékelték az osztályt és kezelhetőbbnek találták a betegeket. Másrészt (2) a betegek (geriátriai páciensek) sztereotip mozgásai, ide-oda bolyongásai ténylegesen is csökkentek, többet és zavartalanabban tartózkodtak a nappaliban, nyugodtabban nézték a tévét, csökkent a nappaliban az elszunyókálások száma, viszont hosszabban és pihentetőbben aludtak a kórtermekben. Az is kiderült, hogy bizonyos változások (pl. a tapéta színének vagy a világításnak a módosulása) nem eredményeztek mérhető változást, mások (pl. ha a nappali bútorzata vagy a folyosósarok berendezése változott) pozitív hatást fejtettek ki, bizonyos beavatkozások pedig addig nem jelentkező problémákat váltottak ki (pl. néhány helyiségben túl

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

soknak észlelték a bűnt, ami – azon túl, hogy a kerekesszékes betegek mozgását megnehezítette – zsúfoltságot idézett elő). Az egységesen pozitívnak ítélt változás a növények bekerülése volt, sőt, mindenki többet szeretett volna belőlük. A kutatás megint csak az árnyalt és gondos, a környezeti jellemzők hatásának interakcióit is figyelembe vevő vizsgálatok szükségességére hívja fel a figyelmet.

A modern környezetpszichológiai alapú emberközpontú tervezés (Greenhouse, 2010) már széles spektrumú beavatkozások alapjaként használja a bizonyíték alapú környezetkialakítást az egészségügyi intézményekben, például az agitált viselkedés csökkentésére (Cohen-Mansfeld, Werner, & Marx, 1990), az Alzheimer-kór tünetei kialakulásának lassítására (Cohen, & Day, 1993), az intenzív osztályokon a gyógyító személyzet viselkedésének segítésére (Shepley, 2002) és az őket érő stressz csökkentésére (Shepley, Harris, & White, 2008), vagy a palliatív gondozás kontextusában (Schofield, & Payne, 2003). Mindez a beteg és a személyzet szükségleteinek finomabb elemzéséhez, és olyan proaktív beavatkozásokhoz vezetett, mint a gyógyító célú gyermekintézmények kialakítása életkori övezet szerint, alkalmazkodva ahhoz, hogy a beteg kisgyermek vagy serdülőkorú (Anjoulat, Simonelli, & Decacche, 2006), vagy a pszichológus-tanácsadó szobájának környezetpszichológiailag kedvezőbb kialakítása (Watkins, & Anthony, 2004; Miwa, & Hanyu, 2006), vagy éppen a váróterek (Sediánszky, 1979; Arneill, & Devlin, 2002; Leather, Beale, Santos, Watts, & Lee, 2003) és a kórházkertek (Whitehouse és mtsai, 2001; Topf, 2005) inkluzív kialakítása.

Ez a kommunikációs kapcsolat a környezettel – mint korábban említettük – sok tekintetben nem tudatosuló, ambiens természetű. Az ambiens hatások az egészségügyi környezetekben is nagyon jelentősek (lásd pl. Rubin & Owens, 1996).

### **10 Ambiens környezeti ingerek, környezeti stressz**

Az ambiens szó olyan ingereket jelöl, amelyek úgy vesznek bennünket körül, hogy nem tudatosulnak, ám az emberi működéseket gyakorlatilag minden szinten meghatározzák: a fiziológiai működések, a motiváció, az érzelmek, a viselkedés, a gondolkodás és a társas interakciók szintjén egyaránt. Az ambiens tényezők tehát körülvevő természetű, nem vagy nehezen tudatosuló környezeti hatások: hang (Ballas, & Howard, 1987), fény (Heerwagen, 1990), hőmérséklet, időjárás hatások (Knez, & Thorsson, 2006) stb. Figyelembe véve a környezet amúgy is nehezen tudatosuló természetét, az ambiens jellemzők különösen fontos hatáscsokrot alkotnak, mivel természetükből eredően nagyon nehezen kutathatóak, vizsgálhatóak, viszont gyakran válnak környezeti stressz forrásává. Ma már klasszikus tanulmányok (pl. Lazarus, & Cohen 1977) igazolják, hogy a környezeti stressz rendszerszemléletben érthető meg: erős kapcsolat mutatkozik a fizikai, az élettani és a pszichológiai szintek között. Az „ambiens stresszor” (Campbell, 1983) fogalom krónikus, globális környezeti helyzetre vonatkozik, amely – általánosságban fogalmazva – veszedelmes ingerlést jelent, és amellyel (jellegénél fogva) a szokásosnál megterhelőbb feltételekkel lehet megküzdeni vagy alkalmazkodni hozzájuk.

A környezeti stressz értelmezésekor a kutatók a Selye-féle stresszmodellből (1976) indulnak ki (Parsons, & Tassinari, 2002): a modell eredeti formájában annyira általános, hogy maga a folyamat specifikálható környezeti kontextusban is (Halpern, 1995). Az ambiens stresszorok „krónikus, negatívan értékelt fizikai környezeti helyzetek, amelyek befolyásolhatatlanok (pl. nem lehet előlük elmenekülni) és stresszhez vezetnek” (Topf, 1994. 289) – vagyis alkalmazkodásra, megküzdésre serkenthetnek. Ambiens stresszorként működhet a zsúfoltság, a környezetszennyezés (Matthies, Höger, & Guski, 2000), a zaj (Raffaello, & Maass, 2002), a forgalmi torlódások (Evans és mtsai,

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

2002) stb. Ambiansok ezek a tényezők, mert – szemben az észlelhető, tudatosuló ingerekkel – a háttérben működnek, viszont erőteljesen hozzájárulnak az adott környezet pszichológiai klímájához (pl. ahhoz, hogy milyen a hely domináns hangulata: félelmetes vagy gyönyörködtető stb.). Így tehát egy ambiens környezeti inger, csak azért, mert nem tudatosul, még nem lesz automatikusan ambiens stresszor!

### **10.1 Az ambiens stressztényezők jellemzői a következők (Campbell, 1983):**

(1) észlelhetőség – ezek az ingerek észlelhetővé tudnak válni: nem szublimálisak, és természetük nem értelmezés kérdése, vagyis nem szubjektívak abban az értelemben, hogy észlelhetőségük nem pusztán fizikai tulajdonságaikon alapul – intenzívek is lehetnek, például szélsőséges vagy szokatlan környezetekhez (Décamps, & Rosnet, 2005) vagy katasztrófhelyzetekhez (Rotton, Dubitsky, Milov, White, & Clark, 1997) kapcsolódóan –, hanem jellemzőik az észlelő motivációs odafordulásával interakcióban hatnak. Lényeges tehát, hogy az ambiens stressztényezők összefüggenek azzal, hogy mennyire kapcsolódnak össze fontos pszichológiai szükségletekkel. Összességében tehát észlelésük fizikai tulajdonságaiktól és a személy pszichológiai jellemzőitől kölcsönhatásban függ (vö. Little, 1987).

(2) Krónikus jelleg: ezek a környezeti helyzetek tartósan fennállnak vagy olyan gyakran/rendszerességgel jelennek meg, hogy már stabil környezeti kondíciónak számítanak. Majdnem állandóan jelen vannak a helyzetben. Lehetnek időben változó intenzitásúak és/vagy olyan gyakorisággal és rendszerességgel jelenhetnek meg, hogy mintázatuk miatt állandónak tekinthetők (pl. jellemzően ilyen a csúcsforgalmi zaj vagy a légiforgalmi zaj – erre alább visszatérünk): vagyis a hatásnak kitett személy rutinszerűen, kiterjedt időszakokban találkozik velük.

(3) Negatív színezet: ez nemcsak a hatás élmény-előjelét jelenti – bár például a környezeti zaj pszichológiailag „nemkívánatos hangokként” határozható meg, mivel részben az észlelő élménye definiálja –, hanem tényleges, lélektani módszerekkel mérhető negatív hatások keletkeznek: ezek a környezeti szituációk vagy ingerek jellemzően helyzeti kényszerekkel, megghiúsulás-élménnyel, irritációval, nem kívánatossággal, utálokzással, kényelmetlenséggel, frusztrációval járnak. Viszont nagy egyéni, csoport és kulturális eltérések lehetnek a megélésükben, például ismert adat, hogy akik hosszabb ideje élnek szennyezett levegőjű vidéken, a levegő szennyezettségét semlegesnek élik meg, sőt, bagatellizálják (Evans, & Jacobs, 1982).

(4) Sürgetettség–élmény hiány és makacs jelleg: az ambiens stresszorok azért is károsak, mert – szemben például egy természeti katasztrófával – nem eredményezik az azonnali károsodás élményét, és emiatt az a késztettség sem váltódik ki feltétlenül, csak inkább késéssel, hogy azonnal közbe kell lépni. Tehát nem váltanak ki azonnali elkerülő vagy megküzdő akciót. Megszokhatóságuk mellett ezért is tartják ezeket sokáig elviselhetőnek, vagy éppen teljesen semmibe veszik őket. A stresszor makacssága párhuzamba állítható annak kontrollálhatatlanságával, de az ingerre vonatkozóan: vagyis nem a személy nem tudja kontrollálni, hanem nem lehet kontrollálni például a környezeti zajt. Így gyakori pszichológiai reakció a tehetetlenség–élmény: a környezeti szituációt a hatásnak kitett személyek gyakran status quo-ként fogadják el, így további károsodásnak kitéve magukat. Empirikus környezetpszichológiai bizonyítékok állnak rendelkezésünkre arról, hogy olyan pszichológiai faktorok, mint a környezeti zaj kapcsán észlelt kontroll és információ a stresszorról pozitív irányba mediálhatják a stresszhatásokat, azaz feldolgozhatóvá és így csökkenthetővé teszik azokat (Lercher, 1996).

(5) Befolyásolhatatlanság: ezt azt jelenti, hogy az embereknek az ambiens stresszorokra adott válaszai gyakran hatástalanok. A befolyásolhatatlanság az ilyen ingerek viszonylag állandó, objektív jellemzője – nem arról van szó, hogy nem észlelhető kontroll felettük, vagyis az

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

ellenőrzésük nem észlelési kérdés. Lehetségesek persze ellenük megküzdési válaszok egyéni (egy ház hangszigetelése vagy elköltözés) vagy csoportos (levegőszennyezés elleni kollektív akció) jelleggel, de ezek nem változtatják meg magát az ambiens zajt vagy a szmogot. Ezért ezeket az emberek gyakran egyszerűen a helyzet velejárójaként fogadják el.

Az ambiens környezeti stresszoroknak tehát aktuálisan is kiszolgáltatott az ember, és a stresszor elmúltá után gyakran mutathatók ki viselkedési utóhatások is (Glass, & Singer, 1972; Cohen, 1980). Az ambiens ingerekkel kapcsolatban témérdek kutatás folyik a környezetpszichológiában. A fejezet terjedelmi korlátait szem előtt tartva alább példaként a zaj környezetpszichológiai hatásait elemezzük kissé részletesebben.

### **10.1.1 Zaj**

A környezeti stressz szervezetre gyakorolt befolyásának kutatásában a 60–as évek végétől előkelő helyet foglal el a kontrollálhatatlan és bejósolhatatlan zaj élettani és pszichológiai hatásának vizsgálata. A környezetpszichológusok széles hatásmezőben elemezték a zaj emberi viselkedésre és jóllétre, egészségre gyakorolt hatását (lásd Düll, 2010b).

A legtöbb környezetpszichológiai tanulmány a közlekedési (elsősorban repülőtéri, közúti, szórványosabban vasúti közlekedésből származó) zajokkal foglalkozik, de komolyan vizsgált problémát jelent a gyerekeket körülvevő iskolai zaj, illetve az iskola környékének zajossága, mert a zaj nagyon megnehezíti a tanulást egyébként optimális környezeti feltételek között is (Boman, & Enmarker 2004). A zaj egyik legfontosabb hatása az irritáció (annoyance), amely a megélés szintjén zavarásélménnyel, kellemetlenség– és frusztrációérzéssel jellemezhető. Ugyanakkor a hangok, zajok fontos információhordozók: sok esetben ezek alapján igazodunk el a városi környezetben (Southworth, 1969).

Mindennapi szituációkban az emberek gyakran panaszkodnak arról, hogy még közepes zajhelyzetekben is, amelyeknek nincs kimutatható hatása a hallásra, irritáció és teljesítménycsökkenés áll elő. A kutatások szerint még az átlagos zajhatás is negatívan befolyásolhatja például a gyermekek kognitív fejlődését, mert a jelenleg nem egészségre káros mértékűnek tekintett zajnak is vannak negatív hatásai (Lercher, Evans, & Meis, 2003). A zajos szituációkat eleinte jellemzően laboratóriumban vizsgálták, de a 80-as évek óta számos ökológiai validitás ellenőrző kutatás (pl. Cohen, Evans, Krantz, & Stokols, 1980; Skånberg, & Öhrström, 2006) igazolta, hogy nincs eltérés a hasonló intenzitású közlekedési zaj például alvásra gyakorolt hatásában laborban, illetve terepen, vagyis a laboratóriumi és a terepvizsgálatok egyaránt kiindulási alapot jelenthetnek a jelenségek megértésében.

Repüléssel kapcsolatos zajvizsgálatok szerint a repülőgépek zaja negatívan befolyásolja például a teljesítményhatékonyságot. Repülőtér melletti iskolában a zaj csökkentette a tanulók és a tanárok teljesítményét (pl. Smith, & Stansfeld, 1986), interferált az órai munkával, zavarta azt. Cohen és munkatársai (1980) eredményei szerint krónikus repülőgép–zajnak kitett iskolákban mind a tanárok, mind a tanulók fáradtak és idegesek voltak, kevésbé vonódtak be a munkába és csökkent az iskolával való elégedettségük. A gyerekek hamarabb feladták a feladatvégzést, fogékonyabbak voltak a zavarásra és alacsonyabb teljesítményt mutattak a kognitív feladatokban. A motiváción és a teljesítményen kívül a társas viselkedést, kommunikációt és számos fiziológiai folyamatot, pl. az alvást is befolyásolta a zaj, illetve a krónikus zajhatásnak kitett résztvevők több diagnosztizált orvosi problémában szenvedtek, például a gyerekek vérnyomása magasabb volt a zajos területen levő iskolában, mint a csendes területeken. Krónikus zajterhelés esetén markáns utóhatások mutathatók ki, pl. a gyerekek a tanítás végeztével is fáradtabbak voltak (Cohen, 1980).

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

Az iskolai zaj azért is káros, mert mind a gyerekekben, mind a tanároknál ingerültséget okoz, és akadályozza a kommunikációt és a tanulást/tanítást. Egy vizsgálatban (Enmarker, & Boman, 2004) diákokat és a pedagógusokat kérdezték meg az iskolai zaj zavaró hatásáról. Mindkét vizsgálati csoport nagyon zavarónak ítélte a zajt, ezen belül egybehangzóan a fecsegést, mint háttérzajt tartották a legzavaróbb zajforrásnak az osztályban. Mindenki félbeszakítottság-élményről, ingerültségről számolt be, de a tanárok zajérzékenyebbnek tartották magukat és intenzívebb stresszről számoltak be, mint a diákok, ingerültebbek voltak és bejósolhatatlanabbnak érezték a zajt.

A kutatások azt is kimutatták, hogy van némi adaptáció a zajra adott stresszválaszban, ám nincs adaptáció a kognitív és a motivációs hatásokban (Cohen, Evans, Krantz, Stokols, & Kelly, 1981; Cohen, Krantz, Evans, & Stokols, 1981). Minél hosszabb idejű volt a zajnak kitettség, annál nagyobb volt a negatív eredmény. A zaj egyik hatásmechanizmusa, hogy egyaránt csökkenti a pillanatnyi hatékonyságot a figyelemben, a memóriában és a tevékenységben – így ún. mindennapi hibákhoz vagy kishibákhoz (minor errors) vezet a hétköznapi életben. Csökken a koncentráció, a személyek gyakrabban jönnek ki a sodrúkból, dühösebbek, több a hangulatváltozás, gyakoriak az észlelési, memória-, figyelem-, és tevékenység hibák – azaz az információfeldolgozás deficitje általános. A mindennapi hibák megjelenését arra vezetik vissza, hogy az információfeldolgozó rendszernek üzemmódot kell váltania és nem tud olyan magas szinten működni, mint kellene (Broadbent, 1979), különösen azoknál, akik nagyobb zajérzékenységgel rendelkeznek. A zajérzékenység fogalma még nem teljesen tisztázott. Ugyanakkor számos kutatás jelentős egyéni különbségeket talál a zajérzékenységben, amit a zajirritáció közvetítő faktorának tartanak. Elképzelhető például a zajérzékenység összefüggése a korábban említett ingersűrűségi (Mehrabian, 1977) vonással, vagy egyéb személyiségváltozókkal. Kórházi kontextusban például megvizsgálták intenzív osztályon dolgozó nővérek zajérzékenységét, és azt találták, hogy zajstressz esetén a személyiség edzettsége (personality hardiness) csökkenti a zajra való fogékonyságot, de a hatást lépésenkénti többszörös regresszióanalízissel megvizsgálva kiderült, hogy az edzettség komponensei (elkötelezettség, kontroll és kihívás) közül csak az elkötelezettség tartja fenn ezt a kapcsolatot (Topf, 1989). A zaj (és általában véve az ambiens ingerek) és a pszichológiai változók kapcsolatának tisztázásához mindenképpen további vizsgálatokra van szükség.

A zaj által okozott ingerültség rendkívül összetett reakció a stresszorra: magába foglalhat irritáció- és diszkomfort érzést, frusztrációt, és akár agresszióhoz vagy bűncselekményhez is vezet, ha a zaj interferál a zajnak kitett ember gondolataival, érzelmeivel vagy folyamatban levő aktivitásaival (Evans, & Stecker, 2004). Egy kísérletben például harminc perc elháríthatatlan zaj – szemben az elháríthatóval – emelte a depresszív fiziológiai arousalt: az alanyok fokozottabb depresszióról és tehetetlenségről számoltak be (Breier és mtsai, 1987). A hasonló adatok alapján lehetséges kapcsolatokat feltételezünk a krónikus, környezeti feszültségforrások és a depresszió között (Parsons, & Tassinari, 2002).

A zajnak vitathatatlan hatása van az alvásra is. Az alvászavarok egyik leggyakoribb forrása a környezeti zaj. Az éjszakai környezeti zajhatás (lásd Night noise guidelines for Europe, WHO, 2009) elsődlegesen okoz alvászavarokat: elalvási nehézséget, felébredéseket, alvásmintázat- vagy alvásmélységváltozást (Horne, Pankhurst, Reyner, Hume, & Diamond, 1994), illetve a leggyakoribb hatás az alvás széttöredezése (sleep fragmentation). A megszakított alvás viszont a megfelelő élettani és mentális működés, és így az egészséges élet elemi feltétele.

A legtöbb tanulmány az alvás és a közlekedési zajok, elsősorban a repülési zajok kapcsolatával foglalkozik (de többen foglalkoznak a közúti zajokkal is, pl. Öhrström & Skånberg, 2004). Egy kutatásban (Saremi és mtsai, 2008) például kimutatták, hogy a közlekedési zajok (ők a



## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

vonatközlekedést vizsgálták) alvászavar szempontjából potenciális rizikóforrást jelentenek azok számára, akik a zajforrás (állomás) mellett laknak. Különböző típusú vonatok zajának (35 dB, 40 dB, 50 dB) hatását hasonlították össze az éjszakai alvás közben polyszomnográfia mért aktivitásszintre (arousal), és vizsgálták, hogy összefügg-e a zaj alvászavaró hatásával a zajszint és az életkor. Az eredmény szerint az alvási háttéraktivitás szint (arousal) válaszkészség a hang intenzitásszintjével nőtt, azaz a személyek sokkal éberebben aludtak mindhárom zajszintben. A zaj leginkább a második alvásfázist és a REM–szakaszt befolyásolta. Zajszinttől (vonattípustól) függetlenül mikro–arousalnövekedések jelentek meg az alvásidő 25–30%-ban, vagyis mikroébredések jelentkeztek – ami alvásszétüredezésre utal. Mindez életkortól függetlenül, egységesen jelentkezett. További kutatások (Staples, Cornelius, & Gibbs 1999) szerint a lakóhelyük környékén zajkockázatot vagy tényleges zajt észlelők elégedettsége az egész környékkel csökken: romlik a környezet egyéb tulajdonságainak megítélése is. Tehát azok, akiket jobban zavar a zaj, a környékük egészével általában is kritikusabbak. A zajélményt ebben a kontextusban lényegileg befolyásolja (1) a személyek arra vonatkozó hite/elképzelése, hogy a zaj megelőzhető-e vagy nem, illetve hatósági vagy egyéb úton csökkenthető vagy nem, (2) a zajforrás észlelt hasznossága, és (3) a zaj esetleges társulása más kellemetlen hatásokkal. A kutatók javaslata szerint a szakemberek oldaláról érdemes lenne a zajérzékenységet nem egyszerűen úgy kezelni, mint valami egyéni irritációkészséget vagy ingerelhetőséget, hanem a teljes lakókörnyékkel kapcsolatos értékelések, attitűdök, azaz a lakóhellyel való elégedettség szerves részének kellene tekinteni: a zajt ugyanis úgy értékelik az emberek, mint ami az egész környezet ott–élési kívánatosságát rontja. A zajélménnyel kapcsolatban számos környezeti és pszichoszociális faktort árnyaltabban kellene vizsgálni, és így a környezettervezésben és –kialakításban az életminőséget és a gazdasági érdekeket szervezesebb egyensúlyba lehetne hozni.

### **10.2 Összetett ambiens stresszorok**

Az ambiens stresszorok gyakran nem elszigetelten jelentkeznek. A többszörös, összetett környezeti stresszorok hatását viszonylag kevesen vizsgálják. Egy helyzetben, ahol a vizsgálati személyek összetett, szekvenciálisan bekövetkező stresszoroknak voltak kitéve, az első stresszor (zaj) utóhatásai (magnövekedett kardiovaszkuláris aktivitás és teljesítménycsökkenés) markánsan megnyilvánultak a második stresszhelyzet (vizsga) alatt (Evans, Allen, Tafalla, & O’Meara, 1996). Az otthoni zajterhelés (ami az utcáról, a környékről jön be a lakásba) által kiváltott stressz ingerültséget okoz és rontja a vizsgálati személyek szubjektív egészségbecslését (Wallenius, 2004). Wallenius az eredményeket a stressz adaptív költség modellje (Cohen, 1980) alapján értelmezi. Eszerint a zaj számos hétköznapi aktivitást (alvás, pihenés, olvasás, tanulás, TV-nézés) zavar meg. Ezek a tevékenységek kitartó figyelmet és/vagy pihenési motivációt feltételeznek. A zaj által keltett ingerültség – főleg egyéb stresszhelyzetek szimultán fennállása esetén egyrészt a koncentráció érdekében további kognitív erőfeszítést okoz, másrészt gátolja a stressz és a kimerültség alóli felszabadulást – a fokozott pszichofiziológiai működés árán. A kettős vagy többes stresszhatás rosszabb megélt általános egészségi állapotot és számos testi tünetet okoz.

### **10.3 Ambiens ingerek és egészségügyi helyzetek**

Hosszabb kórházi tartózkodás és/vagy erősebb beavatkozás esetén különösen jelentősek az egészségügyi környezet nem tudatosuló hatásai. A kórházi hangok, fények, a kórterem, a betegtársak stb. mind fontos részei a szociofizikai helyzetnek. Ezek a körülvevő természetű, többnyire érzékszervi ingerdimenziók (pl. fény: intenzitás, frekvencia, villogás; hőmérséklet:

Dúll Andrea (2012) *Környezet–pszichológia–egészség*. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

hőárménykolás, páratartalom; hang: zene, zaj; ablakok: kilátás; helyiség: méret, arányok; dizájn-változók: szín, textúra, falak, berendezés stb.) és ezeken keresztül a páciens, a gyógyító stáb és a látogatók magánszféra szerveződése és környezeti kontrolljának alakulása szempontjából nagyon fontos, ám nem vagy nehezen tudatosuló hatásmechanizmusokat jelentenek.

A betegek nemcsak a betegség és a fájdalom miatt élnek át stresszt, hanem a kórházi tartózkodás miatt is. Ez utóbbi a látogatókra is érvényes, sőt pl. az intenzív osztályokon gyógyító személyzetre is (Shepley, 2002; Shepley és mtsai, 2008.). A betegség és a stressz miatt megváltozik a betegek észlelése, gondolkodása, érzelmi állapotai (Osmond, 1970), csökken a kontroll, fokozódik a szuggesziókra való érzékenység (Varga, & Diószeghy, 2001), és sok, a kórházi környezet kényszerítő jellegzetességeiből (Upadhyay, 2009) adódó viselkedésváltozás lép fel. Számos pszichológiai hatás befolyásolja például a szorongáson keresztül a műtét utáni felépülést (Kiecolt-Glaser, Page, Marucha, Maccullom & Glaser, 2003): a fiziológiai és személyiségtényezőknél, illetve a verbális és egyéb pszichológiai támogatáson (mint például az informatív tájékoztatás a várható tapasztalatokról, Suhonen & Leino-Kilpi, 2006), a szuggesztív kommunikáción (Varga, 2005) vagy a társas támogatáson kívül a környezeti-tárgyi tényezők is nagy hatással lehetnek a gyógyulásra (Upadhyay, 2009).

Az ambiens tényezők hatásának kutatásakor egy-egy környezeti tényező hatását vizsgálják, de általában nem elszigetelten, hanem kontextusba illesztve. Ezekből alább példaként az ablak és a színek szerepét tárgyaljuk röviden.

Az ablak szerepét az épített környezetben és az egészségügyi helyeken (pl. kórteremben) sokáig építészeti-funkcionális szempontból elemezték, és így sokáig pusztán a fény-megvilágítás és a szellőzés szempontjából tartották fontosnak. A téli depresszió (Rosenthal és mtsai, 1985) leírása kapcsán derült fény arra, hogy a természetes fénynek számos egészséggel-betegséggel kapcsolatos vonatkozása, kiderült, hogy a kilátásnak (látni, de nem látszani – Appleton, 1970) evolúciós túlélési értéke van. Világossá vált, hogy az ablak funkciója környezetpszichológiai értelemben több a puszta fénybeengedő szerepnél (Leather, Pyrgas, Beale & Lawrence, 1998): a szükséges természetes fényhatáson kívül csökkenti a szenzoros deprivációt, segíti az optimális információsint kialakulását, jelentésteli kontextust teremt a külvilággal, a természeti elemek látványán keresztül fokozza a pszichológiai restaurációt – vagyis erősen stresszcsökkentő hatású. A betegek meg tudják fogalmazni az ablakokkal kapcsolatos igényeiket (Verderber, 1986): a kevés, vagy kicsi ablakos kórtermeket azonosan ítélték meg a ténylegesen ablaktalanokkal, ám az ablakszerű vagy látványpótló elemekkel rendelkező szobák elkülönültek azoktól, amelyekben egyáltalán nem volt ilyen. Ha van ablak, akkor nem mindegy a látvány, a betegek leginkább az informatív nézelődést tartják fontosnak: legyen rálátásuk a kórházon kívüli városi életre, mindenképpen természeti tájra, és magára a kórházra is. Kedvelik, ha a látvány mindig hozzáférhető a személy aktuális pozíciójából és látószögéből. Az ablak szerepét nemcsak kórházakban kutatták, hanem iskolákban (Küller, & Lindsten, 1992), munkahelyeken (Heerwagen, & Orians, 1986) és általában az épített környezetben (Farley, & Veitch, 2001)

Egy másik kórházi ambiens változóval, a kórtermek falának színével kapcsolatban például kiderült, hogy fehér – halvány narancs – halványzöld árnyalatok közül a narancs erősebb arousalkeltő hatással bírt, mint amekkora nyugtató hatása volt a zöldnek. Egyik hatás sem volt nagyon erős, de ez akár arra is visszavezethető, hogy a szerzők (Dijkstra, Pieterse & Pruyn, 2008) számítógépes szimulációs vizsgálatot végeztek, vagyis nem valódi kórtermekben kutatták a hatást.

A konkrét színhatásoknál azonban jelentősebb ebben a vizsgálatban, hogy már ilyen egyszerű ingerek esetén is erős a személy-környezet tranzakció: a színek hatásában erős egyéni különbségek mutatkozhatnak a vizsgálati személyek ingerszűrő képességének (Mehrabian, 1977) függvényében.



## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

Dijkstra és munkatársainak (2008) említett vizsgálatában is így volt: mind a narancs, mind a zöld színre az alacsony ingerszűrés vonással rendelkezők reagáltak fokozottan mindkét irányba (narancs: arousalkeltő, zöld: nyugtató), míg az alacsony ingerszűrőknél nem volt jelentős hatás. Vagyis a kórtermi fal színének általánosságban elhanyagolható egészséggel kapcsolatos hatása volt, azonban ha az ingerszűrő képességet figyelembe vesszük, a hatás teljesen nyilvánvaló. Ez az eredmény is felhívja a figyelmet arra, hogy több kutatás szükséges a környezeti jellemzők egészségi hatásairól.

### **11 Egészségkárosító magatartásformák környezetpszichológiája – egy példa: alkoholfogyasztás**

A környezetpszichológia és az egészségpszichológia kapcsolatában benne rejlik a lehetőség: a közös kutatások nyomán fokozatosan a prevenciótól a gyógyításig a teljes egészségügyi kontinuum minden fázisa értelmezhető lehet a megfelelő szociofizikai kontextusban (Quirk, & Wapner, 1995). Ebben a megközelítésben természetesen fontos az egészségkárosító magatartásformák környezetpszichológiai elemzése is. A jelen fejezetben példaként csak az alkoholfogyasztást elemezzük, és azt is elsősorban az egyik legveszélyeztetettebb populáció, az egyetemisták szempontjából. Szórványos tanulmányok vannak már a dohányzás (Fuqua, Stokols, Gress, Phillips, & Harvey, 2004), a marihuána-használat (Moffat, Johnson, & Shoveller, 2009), az evészavarok (Feng, Glass, Curriero, Stewart, & Schwartz, 2010), HIV-prevenció (Mabala, 2006), vagy éppen a kockázatos szerencsejáték-viselkedés környezeti aspektusainak (Parke, & Griffiths, 2006) elemzésére – ezekre a fejezetben terjedelmi korlátok miatt nem térünk ki.

#### **11.1 Egyetemisták alkoholfogyasztásának szociofizikai kontextusa**

A környezetpszichológiai kutatások (pl. Glindemann, & Geller, 2003) szerint az alkoholfogyasztást (különösen a kockázatos ivást) szituációs (szociofizikai környezeti és diszpozíciós változók kölcsönhatása befolyásolja).

Az alkoholfogyasztás és a környezet viszonya tágabb megközelítésben humanisztikus földrajzi értelemben is értelmezhető, pl. a modern városfejlődéssel és a köztérhasználattal összefüggésben (Jayne, Holloway & Valentine, 2006; Jayne, Valentine & Holloway, 2008). Eszerint fontos odafigyelnünk az ún. városi ivás és az ennek szó szerinti értelemben teret adó városi ivásterek jelenségére – amelyben a környezet- és egészségpszichológiai jelenségeken kívül számos érdekes társadalmi és kulturális viszony leképeződik. Az „alkoholföldrajzi” kutatások alaptézise, hogy az alkoholos italok fogyasztása és a modern városi élet fejlődése szoros kapcsolatban van – antropológiai kontextusban egyfajta társas kontrollszerszám a modern város politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális és fizikai fejlődésében. Környezetpszichológiai értelemben ez azt jelenti, hogy ivókultúrák jöttek létre, amelyek a szociofizikai ivóhelyek kontextusában érthetőek meg (Stokols, 2000). Értelmezhető ez a klubkultúrákra (Thornton, 1995), az ifjúsági csoportokra (Miles, 2000), a pub-kultúrára (Hey, 1986), sőt, akár a maszkulinitás-femininitás konstrukciójában (Ettore, 1997; Gough & Edwards, 1998) is szerepe van. Explicit módon kapcsolódik az agresszióhoz (Norstrom, 1998; Deehan, 1999), a bűnözéstől való félelemhez (Thomas, & Bromley, 2000), amelyek mind visszahatnak a tér pszichológiai leképeződésére is. Jayne és munkatársai (2006) elemzésében a köztér, a publikus és a privát szféra kap nagy szerepet. Elemzésükben a városi ivás jelensége sokféle és heterogén jelenség, ami szorosan összekapcsolódik a köztérek termelésével és fogyasztásával és ennek ellensúlyaként a privát terek szerepének változásával. Úgy tűnik, történetileg a termelés fejlődésével bevezetett hivatalos ünnepekhez nem hivatalos ünnepek is csatlakoztak, pl. a „szent hétfő”, aminek a lényege, hogy a hét első napja a nagyfokú iváshoz

Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

kapcsolódik (Malcolmson, 1973), amiket nem otthon folytatnak az emberek, hanem erre a célra kialakított terekben, például kocsmákban. A későbbiekben pedig idekapcsolódnak a modern városi lét velejáróinak tekinthető karneválszerű utcai felvonulások, amelyeken nagyfokú italozás folyik (Kneale, 2001). Érdekes, hogy a városi ivás téri kontextusához hozzátartoznak a kijózanodás-kijózanítás terei is. A detoxikáláshoz, illetve alkoholelvonó kúrákhoz például nagyfokú félelem társul, amely általában négy vonatkozásban jelentkezik (Allen, Copello & Orford, 2005): félnek az emberek (1) a színtértől, ahol a beavatkozás zajlik, (2) a fizikai következményektől, (3) a kezeléstől, és attól, hogy (4) milyen lesz az élet rövid vagy hosszabb távon alkohol nélkül a mindennapokban. Ez arra utal, hogy a félelemcsökkentés fontos a beavatkozás során, és érdemes figyelmet fordítani mind a kezelés környezeti kontextusára, mind annak személyes jelentésére. Ez természetesen szempont lehet a prevenció munkájában is.

A felsőoktatásban tanulók között világszerte feltűnően súlyos probléma a magas kockázatú ivás (Glindemann, Wiegand, & Geller, 2007; Vantamay, 2009): felsőoktatási tanulmányaik alatt a hallgatók 80-90%-a beszámol alkoholfogyasztásról, mintegy 43%-uk közelítőleg magas kockázatú ivást folytat, és körülbelül 22%-uk ténylegesen magas kockázatú ivó (Wechsler és mtsai, 2002). Ez számos járulékos problémával kapcsolódik össze, például a tanulmányi előmenetel romlása, konfliktusok a barátokkal és párkapcsolatban, szexuális problémák, vagy nem tervezett kockázatos szexuális viselkedés (George és mtsai, 2008), tulajdonkárosodás, alkoholos állapotban való vezetés, egészségproblémák, sokféle nem kívánatos társas interakció (akár józan állapotban: gondot jelenthet, hogy részeg személyről kell gondoskodni) (Glindemann és mtsai, 2007).

Az egyetemi-főiskolai hallgatók ivási viselkedésében a kutatások szerint számos szociofizikai környezeti tényező játszik szerepet. Egy vizsgálat (Cross, Zimmerman, & O'Grady, 2009) szerint a campuson lakó diákok gyakrabban isznak alkoholt, több komoly alkoholfogyasztási epizód jellemző rájuk. Mindez elsősorban a társas élethez kapcsolódóan és főleg a kollégiumokban történik. (A vizsgálatban kontrollálták az ivást bejósoló egyéb változókat: attitűdök, nem, középiskolai ivás, társak ivásának percepciója.) A jelenséget a szerzők szerint jól magyarázza a Rutinaktivitás-elmélet (Cohen, & Felson, 1979), amelyet eredetileg a fosztogatásos bűnözés megelőzésére dolgoztak ki. Az elképzelés szerint a károsító helyzet három faktor (motivált elkövető, megfelelő célpont, alkalmas ör hiánya) interakciójának eredménye. Az elképzelést Gilbertson (2006) módosította az alkoholfogyasztás kontextusára. Itt a motivált elkövető az egyetemista, a megfelelő célpont a számos lehetőség az alkoholfogyasztásba való bekapcsolódásba, az alkalmas ör hiánya pedig úgy áll elő, hogy nem nagyon fordul elő hallgatótárs, aki meggátolná az ivást, vagy maga is ne kapcsolódna be. A kollégiumokban a megszokott rutinaktivitásnak a barátokkal zajló nem strukturált társas élet számít, minden más ebbe ágyazódik be. Ez összességében fokozza az egészségtelen viselkedést (így az alkoholfogyasztást is) ezeken a színtereken (Osgood, Wilson, O'Malley, Bachman, & Johnston, 1996).

Ennek az elképzelésnek nem mond ellent, hogy több kutatás eredménye szerint a diákok különösen sokat isznak ünnepnapokon (szünetekben, Halloween napján, házi sportversenyeken), ami egybevág az ünneplés fent említett városi terekhez kapcsolódó szokásaival. Glindemann és munkatársai (2007) eredményei szerint a hét utolsó tényleges tanítási napja (pl. a szerda) sok hallgatónak már a hétvégét jelenti és így jeles nap: „alkoholnap” (alcoholiday - Glindemann, Harris, Clarke, & Geller, 2005). - vagyis ezen a napon úgy fogyasztanak alkoholt, mintha hétféle lenne. Bármilyen alkalom az ünneplésre (pl. születésnap) ezeken a napokon még fokozottabb alkoholbevitt eredményez. A lényeg, hogy ha az egyetemi hallgatók jól azonosítható motivációt éreznek az ünneplésre (ünnep-kontextus), akkor jobban berúgnak. Ezt a kutatók több éves vizsgálataikban igazolták: ha Szent Patrik napja szerdára esett, akkor ez a nap nem különbözött a

## **Kézirat, a megjelenésig belső használatra!**

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

normál ivós szerdától (a szerda már norma: alkoholnap), ha viszont hétfőre esett, akkor kivételt jelentett: funkcionálisan alkalom volt az ivásra. Minden még inkább ünneplésre utaló kontextuális tényező fokozta az alkoholbevitt: például akik jelmezen voltak, többet ittak (már a beöltözés alatt is). Az ünneplés vagy összejövetel szervezett vagy spontán jellege is befolyásoló lehet: a formális egyetemi közösségek, diákegyesületek által a campuson szervezett partikon a hallgatók általában jobban berúgtak, mint a privát bulikon (Glindemann & Geller, 2003). Mindez egyéb tényezőkkel is összefügg: az alkohol intoxikáció növekszik egyebek mellett a berúgottak számának növekedésével, és ha tiltott szerek is hozzáférhetők a bulin (Clapp, Lange, Min, Shillington, Johnson, & Voas, 2003). A választott alkohol típusa és a kiszolgálás módja is összefügg: egyetemi partikon folytatott vizsgálatok (Geller, & Kalsher, 1990) szerint a sörivő férfiak többet ittak önkiszolgáló helyzetben, míg a koktélokot fogyasztó férfiak inkább ittak, ha pincér szolgálta ki őket.

A felsőoktatási hallgatók magas kockázatú alkoholfogyasztását serkentő kontextuális elemek és iváskörnyezetek meghatározása széles sávú elsődleges és másodlagos prevenció kidolgozását teszi lehetővé (Clapp, Holmes, Reed, Shillington, Freisthler, & Lange, 2007). Emögött az állítás mögött az a gyakorlatban egyre többször igazolt feltevés áll, hogy az emberek egész életük során használják a szociofizikai helyeket érzelem- és önszabályozásra. Javaslatunk szerint a környezeti önszabályozás elmélet (lásd Düll és mtsai, 2009; Sallay, 2008; Düll, 2010a) keretében az egészség-betegség környezetpszichológiai, kontextuális elemzése következetesen megvalósítható és kiterjeszthető.

## **12 Környezeti önszabályozás**

### **12.1 Fejlődéstudományi alapelvek**

A környezeti érzelem- és önszabályozás elképzelést Silbereisen és munkatársai (Silbereisen, & Eyferth, 1986; Silbereisen, Noack, & Eyferth, 1986) fogalmazták rendszerszemléletű fejlődéseméletükben. Bronfenbrenner (1977) munkássága óta természetes a fejlődést rendszerekben elképzelni. Silbereisen és Lerner (2007) szerint (1) az ember fejlődése ökológiai szemléletben értelmezhető, azaz nem választható el élesen a környezet és a biológiai változások hatása, a fejlődés egyszerre szakaszos és folytonos, stabilitás és instabilitás egyaránt jelen van – vagyis a dichotomizációt felváltja a az integráció. (2) A szerveződés szintjei integráltan hatnak a biológiai-fiziológiai változásoktól átívelve egészen a kulturális-történelmi szintig. (3) Az egyedfejlődésben zajló fejlődésszabályozás állandó egyén-kontextus kölcsönkapcsolatokat és -hatásokat foglal magába. Ez – a fentebb említett, szintek közötti integráció miatt – a génektől és a sejtbológiai hatásoktól kezdődik, és tart egészen a történelemig, magába foglalva az egyéni mentális és viselkedési működéseket a család, a társadalom, a kultúra, a tervezett és természetes ökológia szintjén. (4) A fentiekből következően a fejlődés elemzésének alapegységei az egyén-kontextus integrált viszonylatok. (5) A fejlődésben fontos az idői dimenzió és a plaszticitás: az egyéni változások idői és téri kontextusukban jelennek meg. (6) A fejlődésszabályozás serkentheti és gátolhatja is a változás feltételeinek kialakulását, így az egyén-kontextus viszonyok változásai nem korlátlanok: a plaszticitás viszonylagos, élethossziglan változik az egyes életszakaszokban és persze történelmi viszonylatokban is. (7) Így a fejlődést a sokféleség jellemzi, mind az egyéni belüli változások, mind az egyének közötti különbségek tekintetében. (8) Mindennek következményeképp az egész életen át tartó fejlődés optimista és proaktív kontextusban szemlélhető, ami lehetővé teszi ennek a megközelítésnek a szerves alkalmazását a tervezett beavatkozásokban (pl. prevenció, egészségnevelés), de szemléletként közvetlenül és közvetetten

Dúll Andrea (2012) *Környezet–pszichológia–egészség*. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.

(pl. a szociálpolitikán, vagy közösségi programokon keresztül) facilitálhatja magának a fejlődésnek az ívét a pozitív változások lehetőségeinek megteremtésén keresztül. (9) Ennek érdekében multidiszciplinaritásra, a tudományok képviselői közötti együttműködésre és változás-érzékeny módszerekre van szükség.

## 12.2 Környezeti önszabályozás elmélet

A kognitív-élmény énelmélete (Cognitive-Experiential Self-Theory, CEST, Epstein, 1985) írja le az önszabályozás alapelveit: az emberek tudattalan elméletet (hierarchikusan szerveződő sémák) alakítanak ki a valóságról és önmagukról (az énről). Ennek a hierarchiának a legmagasabb szintjén reprezentálódnak a világról és az emberi természetről alkotott alapvető hiedelmek. Lefelé haladva a struktúrában egyre szűkülnek a sémák és egyre közvetlenebbül kapcsolódnak közvetlen élményekhez, vagyis szituációfüggők. Ennek a tudásstruktúrának a funkciója a világ (és benne az én) jelentésének konceptualizációja.

Számos környezetpszichológiai kutatás igazolta, hogy az emberek érzelmi állapota jelentősen befolyásolja, hogy az egyén milyen környezetet preferál akár az esztétikai értékelés, akár a tényleges helyválasztás szintjén (lásd Russell, & Snodgrass, 1987). Az érzelmi állapotok, élmények, tapasztalatok bizonyos helyszínek keresésére és más helyszínek elhagyására ösztönzik az egyént. Russell és Snodgrass magyarázata szerint az ember-környezet tranzakció folyamatában az emberek helypreferenciáik által szabályozni tudják hangulatukat, érzelmi állapotaikat. Silbereisen és munkatársai (Silbereisen, & Eyferth, 1986; Silbereisen és mtsai, 1986) igazolták: a serdülők saját fejlődésüket gyakran azért szabályozzák, hogy kiválasztják az adott életkor fejlődési feladatainak (pl. identitás, kortárskapcsolatok szabályozása) megfelelő szociofizikai kontextust (pl. szabadidő eltöltésére alkalmas helyek – vö. Dúll és mtsai, 2009), és azt maguk alakítják. A gyermekek és felnőttek kedvenc helyeit vizsgáló környezetpszichológiai kutatások növekvő sora (Korpela, 1989, 1992; Korpela, Hartig, Kaiser, & Fuhrer, 2001; Dúll és mtsai, 2009) támasztja alá a preferált helyek és az élmények dinamikáját alkotó környezeti önszabályozás elméletét, vagyis hogy a fizikai környezet képes az én és az érzelmek szabályozási folyamatának alapvető részesévé válni. A környezeti önszabályozás sokféle külső faktorra (szenzoros ingerek, a viszceralis folyamatok, szociális normák) és ezek mintázataira épülhet.

A teljes önszabályozási folyamat rendszerszemléletben érthető meg. Folyamatai: (1) mentális önreguláció (pszichés műveletek szándékokkal, képekkel, érzésekkel, motívumokkal az önbecsülés fenntartása céljából), (2) fizikai önszabályozás (testhasználat, szomatikus folyamatok: pl. a kocogás az állóképesség kontrollálása által a pozitív énkép fenntartásának eszköze lehet – Korpela, 2002), (3) szociális szelfreguláció (a mások iránti bizalom segíti a belső célok megvalósítását), és (4) a környezeti önszabályozási stratégiák (helyhasználat, helykogníció, magánszféra szabályozás) (Korpela, 1989, 1992). Az emberek fogékonyak a különleges helyek iránt, és egy helyre történő belépés vagy az ottani mozgás, hangulati változásokat idézhet elő (Russell, & Snodgrass, 1987). A kedvenc helyek az énelményt érzelmeken, emlékeken, állapotokon keresztül szabályozzák, például a „kedvenc hely” felnőttek esetében felidézhet kellemes élményeket, emlékeket. Ez a negatív érzelmek csökkenéséhez vezet és elősegíti a pozitív énkép helyreállítását is (Korpela, 1992). Fontos azonban, hogy a szelfreguláció elmélete semleges, vonatkozhat az érzelmek fokozására vagy fenntartására is, illetve a helyek kerülését és a hozzájuk kapcsolódó ambivalens viszonyt is magyarázhatja (Sallay, & Dúll, 2006; Túry és mtsai, 2006; Sallay, 2008). Összegezve tehát az érzelmek szabályozása nemcsak a szervezeten belüli, hanem külső tényezőket is magába foglal, melyek irányítják, módosítják és modulálják az érzelmi arousalt az érzelmeket keltő szituációkban.

A környezeti önszabályozás teória kiterjeszhető a teljes életet átívelő kontextusra: így például a

## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Dúll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

költözést vagy az egészségkárosító viselkedések helyszíneinek megválasztására vonatkozó preferenciákat tekinthetjük az aktuális életszakasz fejlődési feladataival való megküzdés stratégiáinak. Egyetértünk Korpela (2002) javaslatával, aki a helyidentitás, a helykötődés, a territorialitás és a magánszféra folyamatainak integrációs lehetőségét látja a környezeti önszabályozás egységes szemléletmódjában, és véleménye szerint „a kedvenc helyeken megvalósuló önszabályozás és feltöltődés rámutat a helyvizsgálatok és az egészségpszichológia kapcsolatára” (i. m. 370), hiszen bizonyítékaink vannak arra, hogy „a kedvenc helyek befolyásolják a pszichológiai jóllétet és végül az egészséget. Így a jóllét, az egészség, a megküzdés és a kedvenc helyhasználat felmérése a különböző fejlődési szakaszokban a jövőbeli kutatások értékes stratégiája lehet” (i. m. 371). Számos rendszerelvű fejlődéstudományi elmélet jelent meg az utóbbi években, amelyek a komplex egészségfejlesztési megközelítést alkalmazzák, és a beavatkozások fókuszpontjainak a prevenció szintereket tekinti (setting approach), de az emberi fejlődés és életút egyéb kontextusaiban is megjelentek hasonló, transzdiszciplináris elképzelések (Stokols és mtsai, 2005), például az edukációs szintereken (Dúll, 2007b) a „beágyazott” oktatás (Rathunde, 2009), vagy itthon a TanítóTér koncepció (Lippai, 2011). Ezek a fejlődési-fejlesztési rendszerkoncepciók lehetőséget kínálnak a betegség és az egészség transzdiszciplináris megértésére és a megelőzés-beavatkozás kontextuális gyakorlatainak kialakítására.

### 13 Irodalomjegyzék

- Abend, A., & Chen, A. (1985). Developing residential design statements for the hearing-impaired elderly. *Environment and Behavior*, 17, 475-500.
- Allen, J., Copello, A., & Orford, J. (2005). Fear during alcohol detoxification: Views from the clients' perspective. *Journal of Health Psychology*, 10, 503-510.
- Altman, I. (1975). *The environment and social behavior. Privacy, personal space, territory and crowding*. Monterey: Brooks/Cole.
- Altman, I., Chemers, M. M. (1980). *Culture and environment*. Monterey: Brooks-Cole.
- Altman, I., & Low, S. M. (1992). *Place attachment*. New York: Plenum Press.
- Altman, I., & Rogoff, B. (1987). World views in psychology: Trait, interactional, organismic, and transactional perspectives. In D. Stokols, & I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology, Vol. 1*. (pp. 7-40). New York: Wiley & Sons.
- Anjoulat, I., Simonelli, F., & Decacche, A. (2006). Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review. *Patient Education and Counseling*, 61, 23-32.
- Appleton, J. (1975). *The experience of landscape*. London: Wiley & Sons.
- Apter, A., Bracker, A., Hodgson, M., Sidman, J., Leung, W. Y. (1994). Epidemiology of the Sick Building Syndrome. *Journal of Allergy in Clinical Immunology*, August 1994, 277-288.
- Arie, P., & Schwartz, H. (1999). Exploring the ideal home in psychotherapy: Two case studies. *Journal of Environmental Psychology*, 19, 87-94.
- Arneill, A. B., & Devlin, A. S. (2002). Perceived quality of care: The influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22, 345-360.
- Bálint Mihály (1959/1997): *A borzongások és regressziók világa*. Budapest: Animula.
- Ballas, J. A., & Howard, J. H. (1987). Interpreting the language of environmental sounds. *Environment and Behavior*, 19(1), 91-114.
- Barker, R. G. (1961). Explorations in ecological psychology. In A. Furnham, & M. Argyle, M.



- Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.
- (Eds.), (1981). *The psychology of social situations* (pp. 271-294). Oxford: Pergamon Press.
- Bascaya, A., Wilson, C., & Özcan, Y. Z. (2004). Wayfinding in an unfamiliar environment. Different spatial settings of two polyclinics. *Environment and Behavior*, 36(6), 839-867.
- Bauer, R. M., Greve, K. W., Besch, E. L., Schramke, C. J., Crouch, J., Hicks, A., Ware, M. R., & Lyles, W. B. (1992). The role of psychological factors in the report of building-related symptoms in Sick Building Syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 213-219.
- Baum, A., Aiello, J. R., & Calesnick, L. (1978). Crowding and personal control: Social density and the development of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1000-1011.
- Baum, A., Calesnick, Davis, G., & Gatchel, R. J. (1982). Individual differences in coping with crowding: Stimulus screening and social overload. *Journal of Personality Social Psychology*, 43, 821-830.
- Baum, A., Gatchel, R., Aiello, J. R., & Thompson, D. (1981). Cognitive mediation of environmental stress. In J. Harvey (Ed.), *Cognition, social behavior, and the environment* (pp. 513-533). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Baum, A., & Valins, S. (1977). *Architecture and social behavior: Psychological studies of social density*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Berlyne, D. (1971). A kollatív változók. In Farkas András, & Gyebnár Viktória (szerk.), (1997). *Vizuális művészetek pszichológiája I.* (pp. 23-50). Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Boman, E., & Enmarker, I. (2004). Factors affecting pupils' noise annoyance in schools: The building and testing of models. *Environment and Behavior*, 36, 207-228.
- Breier, A., Albus, M., Pickar, D., Zahn, T., Wolkowitz, O., & Paul, S. (1987). Controllable and uncontrollable stress in humans: Alterations in mood and neuroendocrine and psychophysiological function. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1419-1425.
- Broadbent, D. E. (1979). Human performance and noise. In C. S. Harris (Ed.), *Handbook of noise control* (pp. 2066-2085). New York: McGraw-Hill.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, July 1977, 513-531.
- Brown, B. B., Werner, C. M., Amburgey, J. W., & Szalay, C. (2007). Walkable route perceptions and physical features. *Environment and Behavior*, 39(1), 34-61.
- Cackowski, J. M., & Nasar, J. L. (2003). The restorative effects of roadside vegetation: Implications for automobile driver anger and frustration. *Environment and Behavior*, 35, 736-751.
- Cairney, J. (2005). Housing tenure and psychological well-being during adolescence. *Environment and Behavior*, 37, 552-564.
- Calhoun, J. B. (1962). Population density and social pathology. *Scientific American*, 206, 139-148.
- Campbell, J. M. (1983). Ambient stressors. *Environment and Behavior*, 15(3), 355-380.
- Canter, D. (1977). *The psychology of place*. London: Architectural Press.
- Carpman, J. R., & Grant, M. A. (2002). Wayfinding: A broad view. In R. B. Bechtel, & A. Churchman (Eds.). *Handbook of environmental psychology* (pp. 427-442). New York: Wiley & Sons.
- Carver, A. M. (1990). Hospital design and working conditions. In R. Moran, R. Anderson, & R. Paoli (Eds.). *Building for people in hospitals: workers and consumers*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

- Clapp, J. D., Holmes, M. R., Reed, M. B., Shillington, A. M., Freisthler, B., & Lange, J. E. (2007). Measuring college students' alcohol consumption in natural drinking environments: Field methodologies for bars and parties. *Evaluation Review, 31*, 469-489.
- Clapp, J. D., Lange, J. E., Min, J. W., Shillington, A. M., Johnson, M., & Voas, R. (2003). Two studies examining environmental predictors of heavy drinking by college students. *Prevention Science, 4*(2), 99-108.
- Cohen, L. E., & Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review, 33*, 588-608.
- Cohen, S. (1980). Aftereffects of stress on human performance and social behavior: A review of research and theory. *Psychological Bulletin, 88*, 82-108.
- Cohen, S., Evans, G. W., Krantz, D. S., & Stokols, D. (1980). Physiological, motivational, and cognitive effects of aircraft noise on children. Moving from the laboratory to the field. *American Psychologist, 35*(3), 231-243.
- Cohen, S., Evans, G. W., Krantz, D. S., Stokols, D., & Kelly, S. (1981). Aircraft noise and children: longitudinal and cross-sectional evidence on adaptation to noise and the effectiveness to noise abatement. *Journal of Personality and Social Psychology, 40*(2), 331-345.
- Cohen, S., Krantz, D. S., Evans, G. W., & Stokols, D. (1981). Cardiovascular and behavioral effect of community noise. *American Scientist, 69*, 528-535.
- Cohen, U., & Day, K. (1993). *Contemporary environments for people with dementia*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Cohen-Mansfeld, J., Werner, P., & Marx, M. S. (1990). The spatial distribution of agitation in agitated nursing home residents. *Environment and Behavior 22*(3), 408-419.
- Cross, J. E., Zimmerman, D., & O'Grady, M. A. (2009). Residence hall room type and alcohol use among college students living on campus. *Environment and Behavior 41*, 583-603.
- D'Atri, D. A. (1975). Psychophysiological responses to crowding. *Environment and Behavior, 7*(2), 237-252.
- Décamps, G., & Rosnet, E. (2005). A longitudinal assessment of psychological adaptation during a winter-over in Antarctica. *Environment and Behavior; 37*, 418-435.
- Deehan, A. (1999). *Alcohol and crime: Taking stock*. Crime Reduction Research Series Paper 3. Home Office Policing and Reducing Crime Unit Research, London: Petty France.
- de Hollander, A. E. M., & Staatsen, B. A. M. (2003). Health, environment and quality of life: An epidemiological perspective on urban development. *Landscape and Urban Planning, 65*, 53-62.
- Devlin, A. S. (1992). Psychiatric ward renovation: Staff perception and patient behavior. *Environment and Behavior, 24*, 66-84.
- Devlin, A. S. (2008). Judging a book by its cover: Medical building facades and judgments of care. *Environment and Behavior, 40*(3), 307-329.
- Devlin, A. S., & Arneill, A. B. (2003). Health care environments and patient outcomes. A review of the literature. *Environment and Behavior, 35*(5), 665-694.
- Dijkstra, K., Pieterse, M. E., & Pruyn, A. Th. H. (2008). Individual differences in reactions towards color in simulated healthcare environments: The role of stimulus screening ability. *Journal of Environmental Psychology, 28*, 268-277.



- Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.
- Dósa Zsuzsanna, & Dúll Andrea (2006). Ázsiai és európai kerttípusok kulturális–környezetpszichológiai elemzése. In Dúll Andrea, & Szokolszky Ágnes (szerk.), *Környezet–pszichológia* (pp. 169-185). Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Duffy, M., Bailey, S., Beck, B., & Barker, D. G. (1986). Preferences in nursing home design. Comparison of residents, administrators, and designers. *Environment and Behavior*, 18(2), 246-257.
- Duhl, L. J. (1963). *The psychiatric evolution*. Bethesda: National Institute of Mental Health.
- Dúll Andrea (1995). Az otthon környezetpszichológiai aspektusai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 35(5–6), 345-377.
- Dúll Andrea (2002). Ember és környezet affektív kapcsolata: a helykötődés. *Alkalmazott Pszichológia*, IV(2), 49-65.
- Dúll Andrea (2006). Környezetpszichológia: szemlélet, elmélet és alkalmazás. In Bagdy Emőke, Klein Sándor (szerk.), *Alkalmazott pszichológia* (pp. 160-187). Budapest: Edge 2000.
- Dúll Andrea (2007a). A környezet hatása a tanulási folyamatokra: környezet és alkalmazkodás. In Csépe Valéria, Györi Miklós, Ragó Anett (szerk.), *Általános pszichológia 2. Tanulás – emlékezés – tudás* (pp. 111-158). Budapest: Osiris.
- Dúll Andrea (2007b). Edukációs környezetek: oktatási-nevelési helyszínek környezetpszichológiája. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, & Kökönyei Gyöngyi (szerk.), *Iskolai egészségpszichológia* (pp. 44-69). Budapest: L'Harmattan.
- Dúll Andrea (2009). *A környezetpszichológia alapkérdései. Helyek, tárgyak, viselkedés*. Budapest: L'Harmattan.
- Dúll Andrea (2010a). „Vannak vidékek legbelül”. Szakralitás a helyhasználatban – környezetpszichológiai megközelítésben. *HELIKON Irodalomtudományi Szemle, Térpoétika*. 1-2, 227–238.
- Dúll Andrea (2010b). *A környezeti zaj pszichológiai élménye és hatása az alvásra – környezetpszichológiai háttér tanulmány*. Kézirat, Budapest.
- Dúll Andrea, & Dósa Zsuzsanna (2005). A természeti környezet – környezetpszichológiai megközelítésben. *Tájökológiai Lapok*, 3(1), 19-25.
- Dúll Andrea, Paksi Borbála, & Demetrovics Zsolt (2009). A helyfogyasztás színterei: bevásárlóközpontok környezetpszichológiai elemzése. In Demetrovics Zsolt, Paksi Borbála, Dúll Andrea (szerk.), *Pláza, ifjúság, életmód. Egészséglélektani vizsgálatok a fiatalok körében* (pp. 21–74). Budapest: L'Harmattan.
- Dúll Andrea, & Urbán Róbert (1997). Az épített környezet konnotatív jelentésének vizsgálata: módszertani megfontolások. *Pszichológia*, 17(2), 151-179.
- Enmarker, I., & Boman, E. (2004). Noise annoyance responses of middle school pupils and teachers. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 527-536.
- Epstein, S. (1985). The implications of cognitive-experiential self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 15, 283-310.
- Ettore, E. (1997). *Women and alcohol: a private pleasure or public problem?* London: The Women's Press.
- Evans, G. W. (1982). *Environmental stress*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Evans, G. W., Allen, K. M., Tafalla, R., & O'Meara, T. (1996). Multiple stressors: Performance, psychophysiological and affective responses. *Journal of Environmental Psychology*, 16,

## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

147-154.

- Evans, G. W., & Jacobs, S. V. (1982). Air pollution and human behavior. In , G. W. Evans (Ed.), *Environmental stress* (pp. 105-132). Cambridge: Cambridge University Press.
- Evans, G. W., Lercher, P., Kofler, W. W. (2002). Crowding and children's mental health: The role of house type. *Environment and Behavior*, 22, 221-231.
- Evans, G. W., & McCoy, J. M. (1998). When buildings don't work: The role of architecture is human health. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 85-94.
- Evans, G. W., Saltzman, H., & Cooperman, J. L. (2001). Housing quality and children's socioemotional health. *Environment and Behavior*, 33(3), 389-399.
- Evans, G. W., & Stecker, R. (2004). Motivational consequences of environmental stress. *Journal of Environmental Psychology* 24, 143-165.
- Evans, G. W., Wener, R. E., & Phillips, D. (2002). The morning rush hour: Predictability and commuter stress. *Environment and Behavior*, 34, 521-530.
- Faris, R. E. L., & Dunham, H. W. (1939). *Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: The University of Chicago Press. Idézi Halpern, D. (1995). *Mental health and the built environment. More than bricks and mortar?* London: Taylor & Francis Ltd.
- Farley, K. M. J., & Veitch, J.A. (2001). *A room with a view: A review of the effects of windows on work and well-being*. National Research Council, Canada.
- Fellonneau, M. L. (2004). Love and loathing of the city: Urbanophilia and urbanophobia, topological identity and perceived incivilities. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 43-52.
- Feng, J., Glass, T. A., Curriero, F. C., Stewart, W. F., & Schwartz, B. S. (2010). The built environment and obesity: A systematic review of the epidemiologic evidence. *Health & Place*, 16, 175-190.
- Finnegan, M. J., Pickering, C. A. C., & Burge, P. S. (1984). The sick building syndrome: Prevalence studies. *British Medical Journal*, 289(8), 1573-1575.
- Foley, J. E., & Cohen, A. J. (1984). Working mental representations of the environment. *Environment and Behavior*, 16, 713-729.
- Fouts, M., & Gabay, D. (2008). Healing through evidence-based design. *Oncology Issues*, May/June 2008, 28-32.
- Franck, K. A. (1984). Exorcising the ghost of physical determinism. *Environment and Behavior*, 16(4), 411-435.
- Frantz, C., Mayer, F. S., Norton, C., & Rock, M. (2005). There is no "I" in nature: The influence of self-awareness on connectedness to nature. *Journal of Environmental Psychology*, 25, 427-436.
- Fredrickson, L. M., & Anderson, D. H. (1999). A qualitative exploration of the wilderness experience as a source of spiritual inspiration. *Journal of Environmental Psychology*, 19, 21-39.
- Fuqua, J., Stokols, D., Gress, J., Phillips, K., & Harvey, R. (2004). Transdisciplinary collaboration as a basis for enhancing the science and prevention of substance use and "abuse". *Substance Use & Misuse*, 39(10-12), 1457-1514.
- Gans, H. J. (1957). Tervezés–várostervezés–egészség. In Vidor Ferenc (szerk.) (1979). *Urbanisztika* (pp. 449-560). Budapest: Gondolat.

- Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.
- Geller, E. S., & Kalsher, M. J. (1990). Environmental determinants of party drinking: Bartenders vs. self-service. *Environment and Behavior*, 22, 74-90.
- George, W. H., Davis, K. C., Schraufnagel, T. J., Norris, J., Heiman, J. R., Schacht, R. L., Stoner, S. A., & Kajumulo, K. F. (2008). Later that night: Descending alcohol intoxication and men's sexual arousal. *American Journal of Men's Health*, 2, 76-86.
- Gilbertson, T. A. (2006). Alcohol-related incident guardianship and undergraduate college parties: Enhancing the social norms marketing approach. *Journal of Drug Education*, 36, 73-90.
- Glass, D. C., & Singer, J. E. (1972). *Urban stress*. New York: Academic Press.
- Glindemann, K. E., & Geller, E. S. (2003). A systematic assessment of intoxication at university parties: Effects of the environmental context. *Environment and Behavior*, 35(5), 655-664.
- Glindemann, K. E., Harris, D. M., Clarke, S. W., & Geller, E. S. (2005). *Celebratory drinking by college students on St. Patrick's "alcoholiday"*. Chicago: Association for Behavior Analysis.
- Glindemann, K. E., Wiegand, D. M., & Geller, E. S. (2007). Celebratory drinking and intoxication. A contextual influence on alcohol consumption. *Environment and Behavior*, 39(3), 352-366.
- Goodall, J., & Berman, P. (2009): *Amíg élek, remélek. Lelki utazás*. Budapest: Athenaeum 2000 Kiadó.
- Gosling, S. D., Ko, S. J., Mannarelli, T., & Morris, M. E. (2002). A room with a cue: Personality judgements based on offices and bedrooms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 379-398.
- Gough, B., & Edwards, G. (1998). The beer talking: Four lads, a carry out and the reproduction of masculinities. *Sociological Review*, 46, 409-435.
- Greenhouse, E. S. (2010). Human-centered design. In Livable New York. In *A resource manual for future-based, inclusive planning livable communities aging-in-place sustainable neighborhoods, I.9*. New York: New York State Office for the Aging (NYSOFA).
- Gullone, E. (2000). The biophilia hypothesis and life in the 21<sup>st</sup> century: Increasing mental health or increasing pathology? *Journal of Happiness Studies*, 1, 293-321.
- Hall, E. T. (1966/1975). *Rejtett dimenziók*. Budapest: Gondolat.
- Halpern, D. (1995). *Mental health and the built environment. More than bricks and mortar?* London: Taylor & Francis Ltd.
- Hamilton, K. (2003). The four levels of evidence based practice. *Healthcare Design*, 3, 18-26.
- Hammitt, W. E. (2000). The relation between being away and privacy in urban forest recreation environments. *Environment and Behavior*, 32, 521-540.
- Hammitt, W. E. (2002). Urban forests and parks as privacy refuges. *Journal of Arboriculture*, 28(1), 19-26.
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., & Curtis, L. (2002). A place to heal: Environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1276-1299
- Harris, P. B., Werner, C. M., Brown, B. B., & Ingebritsen, D. (1995). Relocation and privacy regulation: A cross-cultural analysis. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 311-320.
- Hartig, T., & Evans, G. W. (1993): A természetélmény pszichológiai alapjai. In Dúll Andrea, Kovács Zoltán (szerk.), (1998). *Környezetpszichológiai szöveggyűjtemény* (pp. 233-255). Debrecen: Kossuth Egyetemi Kiadó.
- Hartig, T., Evans, G. W., Jamner, L. D., Davis, D. S., & Gärling, T. (2003). Tracking restoration in

## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

natural and urban field settings. *Journal of Environmental Psychology*, 23, 109-123.

Hartig, T., Mang, M., & Evans, G., W. (1991). Restorative effects of natural environment experiences. *Environment and Behavior*, 23, 3-26.

*Healthy people 2010: Understanding and improving health*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.

Heerwagen, J. H. (1990). Affective functioning, “light hunger”, and room brightness preferences. *Environment and Behavior*, 22(5), 608-635.

Heerwagen, J. H., & Orians, G. H. (1986). Adaptations to windowlessness: A study of the use of visual decor in windowed and windowless offices. *Environment and Behavior*, 18, 623-639.

Herzog, T. R., & Chernick, K. K. (2000). Tranquility and danger in urban and natural settings. *Journal of Environmental Psychology* 20, 29-39.

Hey, V. (1986). *Patriarchy and pub culture*. London: Tavistock.

Hodnett, E. D. (1989). Personal control and the birth environment: Comparisons between home and hospital settings. *Journal of Environmental Psychology*, 9(3), 207-216.

Holman, E. A., & Stokols, D. (1994): The environmental psychology of child sexual abuse. *Journal of Environmental Psychology*, 14, 237-252.

Horelli, L. (2002). Methodology of participatory planning. In R. B. Bechtel, & A. Churchman (Eds.). *Handbook of environmental psychology* (pp. 607-628). New York: Wiley & Sons.

Horne, J., Pankhurst, F., Reyner, L., Hume, K., & Diamond, I. (1994). A field study of sleep disturbance: effects of aircraft noise and other factors on 5.742 nights of actimetrically monitored sleep in a large subject sample. *Sleep*, 17, 146-159.

Horvát M. Tünde, Düll Andrea, László János (2006). A helyvesztés vizsgálata migrációban lévő magyar fiatalok körében. Kutatási beszámoló. In Düll Andrea, & Szokolszky Ágnes (Szerk.), *Környezet-pszichológia* (pp. 133–153). Budapest: Akadémiai Kiadó.

İmamoğlu, Ç. (2007). Assisted living as a new place schema: A comparison with homes and nursing homes. *Environment and Behavior*, 39(2), 246-268.

İmamoğlu, Ç. (2009). The role of schemas in understanding places. *METU Journal of The Faculty of Architecture*, (26),2, 153-173.

Institute of Medicine (2004). Work and workspace design to prevent and mitigate errors. In A. Page (Ed.), *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses* (pp. 226-285). Washington: National Academies Press.

Ittelson, W. H. (1978). Environmental perception and urban experience. *Environment and Behavior*, 10(2), 193-213.

Ittelson, W. H., Proshansky, H. M., & Rivlin, L. G. (1970). The environmental psychology of the psychiatric ward. In H. M. Proshansky, W. H. Ittelson & L. G. Rivlin (Eds.), *Environmental psychology: Man and his physical setting* (pp. 419-439). New York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.

Jayne, M., Holloway, S. L., & Valentine, G. (2006). Drunk and disorderly: Alcohol, urban life and public space. *Progress in Human Geography*, 30, 451-468.

Jayne, M., Valentine, G., & Holloway, S. L. (2008). Geographies of alcohol, drinking and drunkenness: a review of progress. *Progress in Human Geography*, 32, 247-263.



- Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.
- Joseph, A. (2006). Health promotion by design in long-term care settings. Concord: The Center for Health Design.
- Joseph, A., & Zimring, C. (2007). Where active older adults walk: Understanding the factors related to path choice for walking among active retirement community residents. *Environment and Behavior*, 39(1), 75-105.
- Kahana, E., Lovegreen, L., Kahana, B., & Kahana, M. (2003). Person, environment, and person-environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environment and Behavior*, 35(3), 434-453.
- Kállai János, Karádi Kázmér, & Tényi Tamás (1998). *A térélmény kultúrtörténete és pszichopatológiája*. Budapest: Tertia Kiadó.
- Kapitány Ágnes, & Kapitány Gábor (1989). *Intézménymimika*. Budapest: Vita Kiadó.
- Kaplan, R. (1973). Some psychological benefits of gardening. *Environment and Behavior*, 5(2), 145-152.
- Kaplan, R., & Kaplan, S., (1989). *The experience of nature. A psychological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, S. (1987). Aesthetics, affect and cognition: Environmental preference from an evolutionary perspective. *Environment and Behavior*, 19, 3-32.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 169-182.
- Kelly-Schwartz, A. C., Stockard, J., Doyle, S., & Schlossberg, M. (2004). Is sprawl unhealthy?: A multilevel analysis of the relationship of metropolitan sprawl to the health of individuals. *Journal of Planning Education and Research* 24, 184-196.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Page, G. G., Marucha, P. T., Maccullom, R. C., & Glaser, R. (2003). A műtét utáni felépülést befolyásoló pszichológiai tényezők pszichoneuroimmunológiai nézőpontból. In Urbán Róbert (szerk.), *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai* (pp. 305-322). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kneale, J. (2001). The place of drink: Temperance and the public. *Social and Cultural Geography*, 2(1), 43-59.
- Knez, I., & Thorsson, S. (2006). Influences of culture and environmental attitude on thermal, emotional and perceptual evaluations of a public square. *International Journal of Biometeorology*, 50, 258-268.
- Komsa Ildikó, Köteles Ferenc, & Bárdos György (2009). A betegtájékoztatók mint a gyógyhatás lehetséges összetevői. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(4), 629-642.
- Korpela, K. M. (1989). Place-identity as a product of environmental self-regulation. *Journal of Environmental Psychology*, 9, 241-256.
- Korpela, K. M. (1992). Adolescents' favourite places and environmental self-regulation. *Journal of Environmental Psychology*, 12, 249-258.
- Korpela, K. (2002). Children's environments. In Bechtel, R. B., Churchman, A. (eds.): *Handbook of environmental psychology* (pp. 363-373). New York: Wiley and Sons.
- Korpela, K. M., Hartig, T., Kaiser, F. G., & Fuhrer, U. (2001). Restorative experience and self-regulation in favorite places. *Environment and Behavior*, 33, 572-589.
- Kulcsár Zsuzsanna (2007). *Komplex humán emóciók, összetartozás és felépülés*. Budapest: Trefort Kiadó.

## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

- Kuo, F. E., & Sullivan, W. C. (2001). Aggression and violence in the inner city: Effects of environment via mental fatigue. *Environment and Behavior*, 33(4), 543-571.
- Küller, R., & Lindsten, C. (1992). Health and behavior of children in classrooms with and without windows. *Journal of Environmental Psychology*, 12, 305-317.
- Laki Tamás (2006). *Értelmi fogyatékos személyek lakókörnyezete*. PhD-értekezés. Budapest: BME.
- Laumann, K., Gärling, T., & Stormark, K. M. (2003). Selective attention and heart rate responses to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 23, 125-134.
- Lawrence, R. J. (1987). What makes a house a home? *Environment and Behavior*, 19, 154-168.
- Lawton, M. P. (1974) The human being and the institutional building. In J. Lang, C. Burnette, W. Moluski, & D. Vachon (Eds.). *Designing for human behavior: Architecture and the behavioral sciences* (pp. 60-71). Stroudsburg: Dowden, Hutchinson and Ross.
- Lazarus, R., & Cohen, J. (1977). Environmental stress. In I. Altman, & J. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and environment: Advances in theory and research, Vol. 2* (pp. 89-125). New York: Plenum Press.
- Leather, P., Beale, D., Santos, A., Watts, J., & Lee, L. (2003). Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas. *Environment and Behavior*, 35, 842-869.
- Leather, P., Pyrgas, M., Beale, D., & Lawrence, C. (1998). Windows in the workplace: Sunlight, view, and occupational stress. *Environment and Behavior*, 30, 739-762.
- Legendre, A. (2003). Environmental features influencing toddlers' bioemotional reactions in day care centers. *Environment and Behavior*, 36(4), 523-549.
- Lepore, S. J., Evans, G. W., & Schneider, M. L. (1992). Role of control and social support in explaining the stress of hassles and crowding. *Environment and Behavior*, 24, 795-811.
- Lercher, P. (1996). Environmental noise and health: An integrated research perspective. *Environment International*, 22(1), 117-129.
- Lercher, P., Evans, G. W., & Meis, M. (2003). Ambient noise and cognitive processes among primary schoolchildren. *Environment and Behavior*, 35(6), 725-735.
- Lewis, G., & Booth, M. (1994). Are cities bad for your mental health? *Psychological Medicine*, 24, 913-915.
- Lindheim, R. (1970). Factors which determine hospital design. In H. M. Proshansky, W. H. Ittelson & L. G. Rivlin (Eds.), *Environmental psychology: Man and his physical setting* (pp. 573-579). New York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.
- Lippai Edit (2011). *Ajánlások a minőségi iskolai infrastruktúra kialakításához*. Budapest: OFI.
- Little, B. R. (1987). Personality and the environment. In D. Stokols, & I. Altman, (Eds.), *Handbook of environmental psychology, Vol. 1*. (pp. 205-245). New York: Wiley and Sons.
- Lawton, M. P. (1985). The elderly in context: Perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environment and Behavior*, 17, 501-519.
- Mabala, R. (2006). From HIV prevention to HIV protection: Addressing the vulnerability of girls and young women in urban areas. *Environment and Urbanization*, 18, 407-432.
- Malcolmson, R. (1973). *Popular recreations in English society 1700–1850*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Manzo, L. C. (2003). Beyond house and haven: Toward a revisioning of emotional relationships

- Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.
- with places. *Journal of Environmental Psychology*, 23(1), 47-61.
- Marques, S., & Lima, M. L. (2011). Living in grey areas: Industrial activity and psychological health. *Journal of Environmental Psychology*, 31, 314-322.
- Marsden, J. P. (1999). Older persons' and family members' perceptions of homeyness in assisted living. *Environment and Behavior*, 31, 84-106.
- Martens, D., Gutscher, H., & Bauer, N. (2011). Walking in “wild” and “tended” urban forests: The impact on psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 31, 36-44.
- Marsella, A. J. (1998). Urbanization, mental health, and social deviancy. A review of issues and research. *American Psychologist* 53(6), 624-634.
- Matthies, E., Höger, R., & Guski, R. (2000). Living on polluted soil. Determinants of stress symptoms. *Environment and Behavior*, 32(2), 270-286.
- Mausner, C. (1996). A kaleidoscope model: Defining natural environments. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 335-348.
- Mehrabian, A. (1977). Individual differences in stimulus screening and arousability. *Journal of Personality*, 45, 237-250.
- Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1973). A measure of arousal seeking tendency. *Environment and Behavior*, 5, 315-333.
- Milgram, S. (1970). A nagyvárosi élet élménye. Pszichológiai elemzés. In Szilágyi Vilmos (szerk.) (1980). *Együttérés, önzetlenség, felelősség* (pp. 37-57). Budapest: Tankönyvkiadó.
- Miles, S. (2000). *Youth lifestyles in a changing world*. Buckingham: Open University Press.
- Miwa, Y., & Hanyu, K. (2006). The effects of interior design on communication and impressions of a counselor in a counseling room. *Environment and Behavior*, 38(4), 484-502.
- Moffat, B. M., Johnson, J. L., & Shoveller, J. A. (2009). A gateway to nature: Teenagers' narratives on smoking marijuana outdoors. *Journal of Environmental Psychology*, 29, 86-94.
- Moore, K. D. (2005). Using place rules and affect to understand environmental fit. A theoretical explanation. *Environment and Behavior*, 37(3), 330-363.
- Night noise guidelines for Europe*. (2009). WHO
- Norstrom, T. (1998). Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking. *Addiction*, 93, 689-699.
- Ooi, P. L., & Goh, K. T. (1997). Sick Building Syndrome: An emerging stress-related disorder. *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1243-1249.
- Osgood, D. W., Wilson, J. K., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Johnston, L. D. (1996). Routine activities and individual deviant behavior. *American Sociological Review*, 61, 635-655.
- Osmond, H. (1970). Function as the basis of psychiatric ward design. In H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, & L. G. Rivlin (Eds.), *Environmental psychology: Man and his physical setting* (pp. 560-569). New York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.
- Öhrström, E., & Skånberg, A. (2004). Sleep disturbances from road traffic and ventilation noise-laboratory and field experiments. *Journal of Sound and Vibration*, 271, 279-296.
- Parke, J., & Griffiths, M. (2006). The psychology of the fruit machine: The role of structural characteristics (revisited). *International Journal of Mental Health – Addiction*, 4, 151-179.
- Parsons, R., & Tassinary, L. G. (2002). Environmental psychophysiology. In R. B. Bechtel, & A. Churchman (Eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 172-190). New York: Wiley &



## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

Sons.

- Parsons, R., Tassinary, L. G., Ulrich, R. S., Hebl, M. R., & Grossman-Alexander, M. (1998). The view from the road: implications for stress recovery and immunization. *Journal of Environmental Psychology, 18*, 113-139.
- Pastalan, L. A. (1970). Privacy as a behavioral concept. *Social Science, 4*, 93-97.
- Pedersen, D. M. (1999). Dimensions of environmental competence. *Journal of Environmental Psychology, 19*, 303-308.
- Proshansky, H. M., Ittelson, W. H., & Rivlin, L. G. (1970a). The influence of physical environment on behavior: Some basic assumptions. In H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, & L. G. Rivlin (Eds.), *Environmental psychology: Man and his physical setting* (pp. 27-37). New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Proshansky, H. M., Ittelson, W. H., Rivlin, L. G. (1970b): The environmental psychology of the psychiatric ward. In H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, & L. G. Rivlin (Eds.), *Environmental psychology: Man and his physical setting* (pp. 419-439). New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Quirk, M., & Wapner, S. (1995). Environmental psychology and health. *Environment and Behavior, 27*(1), 90-99.
- Raffaello, M., & Maass, A. (2002). Chronic exposure to noise in industry. The effects on satisfaction, stress symptoms, and company attachment. *Environment and Behavior, 34*(5), 651-671.
- Rathunde, K. (2009). Nature and embodied education. *The Journal of Developmental Processes, 4*(1), 70-80.
- Reizenstein Carpmann, J., Grant, M. A., & Simmons, D. A. (1985). Hospital design and wayfinding. A video simulation study. *Environment and Behavior, 17*(3), 296-314.
- Rohe, W. M., & Burby, R. J. (1988). Fear of crime in public housing. *Environment and Behavior, 20*, 700-720.
- Rosenthal, N. E., Sack, D. A., James, S. P., Parry, B. L., Mendelson, W. B., Tamarkin, L., & Wehr, T.A. (1985). Seasonal affective disorder and phototherapy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 453*, 260-269.
- Rossmann, B. B., & Ulehla, Z. J. (1977). Psychological reward values associated with wilderness use: A functional-reinforcement approach. *Environment and Behavior, 9*, 41-66.
- Rotton, J., Dubitsky, S. S., Milov, A., White, S. M., & Clark, M. C. (1997). Distress, elevated cortisol, cognitive deficits, and illness following a natural disaster. *Journal of Environmental Psychology, 17*, 85-98.
- Rubin, H. R., & Owens, A. J. (1996). *Progress report: An investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes*. Martinez, CA: The Center for Health Design, Inc.
- Russell, J. A., & Snodgrass, J. (1987). Emotion and the environment. In D. Stokols, & Altman, I. (Eds.): *Handbook of environmental psychology, Vol. 1*. (pp. 245-281). New York: Wiley.
- Ryan, C. M., & Morrow, L. A. (1992). Dysfunctional buildings or dysfunctional people: An examination of the Sick Building Syndrome and allied disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 220-224.

- Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.
- Sallay Viola (2008) Az önmagunkra találás helyei: környezeti önszabályozás az elmélet és a kutatás tükrében. *Alkalmazott Pszichológia*, *X*(3–4), 145-161.
- Sallay Viola, Dúll Andrea (2006). „Érezd magad otthon!” Az otthonhoz fűződő viszony projektív, környezetpszichológiai szempontú vizsgálata. In Dúll Andrea, Szokolszky Ágnes (szerk.), *Környezet–pszichológia* (pp. 35-52). Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Saremi, M., Grenèche, J., Bonnefond, A., Rohmer, O., Eschenlauer, A., & Tassi, P. (2008). Effects of nocturnal railway noise on sleep fragmentation in young and middle-aged subjects as a function of type of train and sound level. *International Journal of Psychophysiology*, *70*, 184-191.
- Schofield, P., & Payne, S. (2003). A pilot study into the use of a multisensory environment (Snoezelen) within a palliative day-care setting. *International Journal of Palliative Nursing*, *9*(3), 124-130.
- Sediánszky Éva (1979). A „félelemmentes gyermekváró”, mint az orvos-beteg kapcsolat pozitív irányításának új lehetősége. *Gyermekgyógyászat*, *30*, 21-27.
- Selye János (1976). *Stressz distressz nélkül*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Sheard, C., & Garrud, P. (2006). Evaluation of generic patient information: Effects on health outcomes, knowledge and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, *61*, 43-47.
- Shepley, M. M. (2002). Predesign and postoccupancy analysis of staff behavior in a neonatal intensive care unit. *Children's Health Care*, *31*(3), 237-253.
- Shepley, M. M., Harris, D. D., & White, R. (2008). Open-bay and single-family room neonatal intensive care units: Caregiver satisfaction and stress. *Environment and Behavior*, *40*, 249-268.
- Shumaker, S. A., & Reizenstein, J. E. (1982). Environmental factors affecting inpatient stress in acute care hospitals. In G. Evans (Ed.), *Environmental stress* (pp. 179-223). New York: Cambridge University Press.
- Siddiqui, R. N., & Pandey, J. (2003). Coping with environmental stressors by urban slum dwellers. *Environment and Behavior*, *35*, 589-604.
- Silbereisen, R. K., & Eyferth, K. (1986). Development as action in context. In R. K. Silbereisen, K. Eyferth & G. Rudinger (Eds.), *Development as action in context. Problem behavior and normal youth development* (pp. 3-16). Berlin: Springer.
- Silbereisen, R. K., & Lerner, R. M. (2007). *Approaches to positive youth development*. London: Sage.
- Silbereisen, R. K., Noack, P., & Eyferth, K. (1986). Place for development: Adolescents, leisure settings, and developmental tasks. In R. K. Silbereisen, K. Eyferth & G. Rudinger (Eds.), *Development as action in context. Problem behavior and normal youth development* (pp. 87-107). Berlin: Springer.
- Skånberg, A., & Öhrström, E. (2006). Sleep disturbances from road traffic noise: A comparison between laboratory and field settings. *Journal of Sound and Vibration*, *290*, 3-16.
- Smith, A., & Stansfeld, S. 1986. Aircraft noise exposure, noise sensitivity, and everyday errors. *Environment and Behavior*, *18*(2), 214-226.
- Smith, M. B., & Sharp, J. S. (2005). Growth, development, and farming in an Ohio Exurban Region. *Environment and Behavior*, *37*, 565-579.
- Smyth, F. (2005). Medical geography: therapeutic places, spaces and networks. *Progress in Human Geography*, *29*(4), 488-495.

## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Dúll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

- Smyth, F. (2008). Medical geography: understanding health inequalities. *Progress in Human Geography*, 32(1), 119-127.
- Sommer, R. (1970). The ecology of privacy. In H. M. Proshansky, W. H. Ittelson, & L. G. Rivlin (Eds.), *Environmental psychology: Man and his physical setting* (pp. 256-267). New York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.
- Southworth, M. L. (1969). The sonic environment of cities. *Environment and Behavior*, 1, 49-70.
- Srinivasen, S., O'Fallon, L., & Dearry, A. (2003). Creating healthy communities, healthy homes, healthy people: initiating a research agenda on the built environment and public health. *American Journal of Public Health*, 93, 1446-1450.
- Staples, S. I., & Cornelius, R. R., & Gibbs, M. S. (1999). Noise disturbance from a developing airport – Perceived risk or general annoyance? *Environment and Behavior*, 31(5), 692-710.
- Steele, F. (1980). Defining and developing environmental competence. *Advances in Experimental Social Processes*, 2, 225-244
- Stokols, D. (1972). On the distinction between density and crowding: Some implications for future research. *Psychological Review*, 79, 275-278.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.
- Stokols, D. (2000). Creating health-promotive environments: Implications for research and theory. In M. Schneider, & D. Stokols (Eds.), *Promoting human wellness: New frontiers for research and practice* (pp. 135-162). Berkeley: University of California Press.
- Stokols, D., Harvey, R., Gress, J., Fuqua, J., & Phillips, K. (2005). In vivo studies of transdisciplinary scientific collaboration. Lessons learned and implications for active living research. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 202-213.
- Stokols, D., & Shumaker, S. A. (1981). People in places: A transactional view of settings. In J. H. Harvey (Ed.), *Cognition, social behavior, and the environment* (pp. 441-489). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Stokols, D., Shumaker, S. A., & Martinez, J. (1983). Residential mobility and personal well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 3, 5-19.
- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61, 5-15.
- Süle Ferenc (1997). *Valláspatológia*. Szokolya: GyuRó Art–Press.
- Szokolszky Ágnes, & Dúll Andrea (2006). Környezet – pszichológia. Egy ökológiai rendszerszemléletű szintézis körvonalai. In Dúll Andrea, & Szokolszky Ágnes (szerk.), (2006). *Környezet–pszichológia* (pp. 9-34). Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Tartaro, C. (2003). Suicide and the jail environment an evaluation of three types of institutions. *Environment and Behavior*, 35(5), 605-620.
- Taylor, R. B. (1987). Toward of environmental psychology of disorder: Delinquency, fear and fear of crime. In D. Stokols, & I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology*, Vol. 2. (pp. 951-987). New York: Wiley and Sons.
- Taylor, R. B. (1988). *Human territorial functioning: An empirical, evolutionary perspective on individual and small group territorial cognitions, behaviors, and consequences*. Cambridge:

- Dúll Andrea (2012) Környezet–pszichológia–egészség. In Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Oláh Attila (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.: Személyiség, egészség, egészségfejlesztés*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 337–392.
- Cambridge University Press.
- Taylor, S. (1938). Suburban neurosis. *The Lancet*, *I*, 759-761. Idézi Halpern, D. (1995). *Mental health and the built environment. More than bricks and mortar?* London: Taylor & Francis Ltd.
- Thomas, C. J., & Bromley, R. D. F. (2000) City-centre revitalisation: Problems of fragmentation and fear in the evening and night-time city. *Urban Studies*, *37*, 1403-1429.
- Thornton, S. (1995). *Club cultures: Music media and subcultural capital*. Cambridge: Polity Press.
- Tompa Anna (1996). *Környezet és egészség – megelőzés, felismerés*. Budapest: SubRosa Kiadó.
- Topf, M. (1989). Sensitivity to noise, personality hardiness, and noise-induced stress in critical care nurses. *Environment and Behavior*, *21*(6), 717-733.
- Topf, M. (1994). Theoretical considerations for research on environmental stress and health. *Journal of Nursing Scholarship*, *26*, 280-293.
- Topf, M. (2005). Psychological explanations and interventions for indifference to greening hospitals. *Health Care Management Review*, *30*, (1), 2-8.
- Tuan, Y. F. (1974): *Topophilia: A study of environmental perception, attitudes and values*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Túry Ferenc, Dúll Andrea, Wildmann Márta, & László Zsuzsa (2006). Családlátogatás evészavarban szenvedőknél – környezetpszichológiai megfontolások. In Dúll Andrea, Szokolszky Ágnes (szerk.), *Környezet–pszichológia* (pp. 53–66). Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Ulrich, R. (1981). Natural versus urban scenes: Some psychophysiological effects. *Environment and Behavior*, *13*, 523-556.
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R. (2004). *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity*. Report to the Center for Health Design for the Designing the 21<sup>st</sup> Century Hospital Project.
- Upadhyay, S. (2009). Coping with surgery and accompanying environmental changes. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *35*, (Special issue), 154-163.
- Urbán Róbert (2011). Az egészségpszichológia egy szubjektív vázlata. In Császár-Nagy Noémi, Demetrovics Zsolt, & Vargha András (szerk.). *A klinikai pszichológia horizontja. Tisztelgő kötet Bagdy Emőke 70. születésnapjára*. Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan. 585-605.
- Van den Berg, A. E., & Custers, M. H. G. (2010). Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *Journal of Health Psychology*, *XX(X)*, 1-9.
- Vandermoere, F. (2006). The process of soil excavation in a community: Site-specific determinants of stress perception. *Environment and Behavior*, *38*(5), 715-739.
- Vantamay, S. (2009). Alcohol consumption among university students: Applying a social ecological approach for multi-level preventions. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *40*(2), 354-369.
- Varga Katalin (2005). Szuggesztiók a lélek(!)zéstől a bélhangokig. In Varga Katalin (szerk.), *Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban* (pp. 420-433). Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.
- Varga Katalin, & Diószeghy Csaba (2001). *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Budapest: Pólya kiadó.
- Verderber, S. (1986). Dimensions of person-window transactions in the hospital environment.

## Kézirat, a megjelenésig belső használatra!

Düll Andrea (megjelenés alatt) Egészség–környezet–pszichológia.

In Urbán Róbert, Rigó Adrienn, Demetrovics Zsolt (szerk.) Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása az egészségfejlesztésben: válogatott fejezetek. Eötvös Kiadó, Budapest.

*Environment and Behavior*, 18(4), 450-466.

Vranic, A. (2003). Personal space of abused children. *Environment and Behavior*, 35, 550-565.

Wallenius, M. A. (2004). The interaction of noise stress and personal project stress on subjective health. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 167-177.

Warr, P. (2008). Environmental “vitamins”, personal judgments, work values, and happiness. In C. L. Cooper, & Cartwright, S. (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well being* (pp. 57-61). Oxford: Oxford University Press.

Watkins, N. J., & Anthony, K. H. (2004). The design of psychologists' offices: A qualitative evaluation of environment-function fit. Washington: The American Institute of Architects.

Webb, S. D. (1984). Rural-urban differences in mental health. In H. L. Freeman (Ed.), *Mental health and the environment* (pp. 226-249). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Weiss, G. L. (1988). Patient satisfaction with primary medical care. *Medical Care*, 26, 383-392.

Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T. F., & Lee, H. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from four Harvard School of Public Health college alcohol study surveys: 1993-2001. *Journal of American College Health*, 50, 203-217.

Whitehouse, S., Varni, J. W., Seid, M., Cooper-Marcus, C., Ensberg, M. J., Jacobs, J. R., & Mehlenbeck, R. S. (2001). Evaluating a children's hospital garden environment: Utilization and consumer satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 301-314.

Williams, D. R., & Knopf, R. C. (1985). In search of the primitive-urban continuum: The dimensional structure of outdoor recreation settings. *Environment and Behavior*, 17, 351-370.

Wilson, E. O. (1984). *Biophilia*. Massachusetts: Harvard University Press.

Winett, R. A. (1985). Ecobehavioral assessment in health life-styles: Concepts and methods. In P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 147-183). New York: Wiley & Sons.

Wohlwill, J. F. (1976). Environmental aesthetics: The environment as a source of affect. In I. Altman, & J. F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and environment: Advances in theory and research*. New York: Plenum.

Wright, P. A., & Kloos, B. (2003). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 79-89.

Yamamoto, T., & Ishii, S. (1995). Developmental and environmental psychology: A microgenetic developmental approach to transition from a small elementary school to a big junior high school. *Environment and Behavior*, 27, 33-42.

Zimring, C., & Bosch, S. (2008). Building the evidence base for evidence-based design. *Environment and Behavior*, 40(2), 147-150.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.