

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
BÖLCSESZETTUDOMÁNYI KAR
Pszichológia Doktori Iskola
Elméleti Pszichoanalízis Program**

A gyógyítók kiegészése az empátia és az érzelemszabályozás tükrében

Doktori (PhD) értekezés

Fülöp Emőke

Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta



Pécs, 2016

TARTALOMJEGYZÉK

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	5
1. BEVEZETÉS.....	6
1.1.A témaválasztás indoklása.....	6
1.2.A disszertáció felépítése.....	7
2. ELMELÉTI BEVEZETÉS.....	11
2.1.Az empátia fogalmának alakulása – empátia a segítő hivatásban.....	11
2.1.1. A gyógyító-páciens kapcsolat jellemzői.....	11
2.1.2. Pszichológiatörténeti aspektusok.....	14
2.1.2.1. Empátia a pszichoanalízisben.....	15
2.1.2.2. Rogers elképzelése az empátiáról.....	16
2.1.3. Az empátia összetevői különböző megközelítésekben.....	17
2.1.4. Többdimenziós megközelítések.....	19
2.1.5. Nemi különbségek az empátiában.....	23
2.1.6. Az empátia fogalmára vonatkozó elképzelések összefoglalása.....	24
2.1.7. Szimpátia – Empátia.....	25
2.1.8. Az empátiás folyamat: az affektív ráhangolódás, mint automatikus válasz.....	26
2.1.9. A klinikai empátia fogalmának alakulása.....	27
2.2.Az érzelemszabályozás az empátia tükrében.....	30
2.2.1. Történeti előzmények.....	31
2.2.2. Az érzelemszabályozás folyamata.....	32
2.2.3. Érzelemszabályozás fejlődéslélektani szempontból – Implicit érzelemszabályozás.....	33
2.2.4. Az érzelemszabályozás fogalma.....	35
2.2.5. Pozitív – negatív érzések.....	36
2.2.6. Az érzelemszabályozás és az empátia összefüggései a segítő kapcsolatban.....	37
2.3.A kiégés fogalma, kialakulása, összefüggése a segítő foglalkozásúak érzelmi terhelésével.....	44
2.3.1. A kiégés fogalmának alakulása.....	44
2.3.2. A kiégés dimenziói.....	45
2.3.3. A kiégés folyamata.....	47
2.3.4. A kiégés tünetei.....	49
2.3.5. Kiégés a magyar egészségügyben.....	50
2.3.6. A kiégés okai, hajlamosító tényezők.....	52
2.3.7. Érzelemszabályozás és kiégés.....	55
2.3.8. A kiégéssel összefüggő jelenségek.....	60
2.3.9. A kiégés kezelési lehetőségei.....	62
3. EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK.....	65
3.1.Első vizsgálat.....	65

3.1.1.	A vizsgálat célja és hipotézisei.....	65
3.1.1.1.	A vizsgálat célja.....	65
3.1.1.2.	Kérdések és hipotézisek.....	67
3.1.2.	Módszertan.....	69
3.1.2.1.	Mintavétel és minta bemutatása.....	69
3.1.2.2.	Mérőeszközök.....	69
3.1.2.3.	Statisztikai eljárások.....	71
3.1.3.	Eredmények.....	72
3.1.3.1.	A felhasznált kérdőívek leíró statisztikái.....	72
3.1.3.2.	Szociodemográfiai adatok hatása.....	72
3.1.3.3.	Kiegészítés prevalenciája; empátia, kiegészítés, másodlagos traumatizáció és páciens-fókuszú attitűd összefüggései.....	73
3.1.3.4.	Mediációs elemzés.....	77
3.1.4.	Megbeszélés.....	79
3.2.	Második vizsgálat.....	85
3.2.1.	A vizsgálat célja és hipotézisei.....	85
3.2.1.1.	A vizsgálat célja.....	85
3.2.1.2.	Kérdések és hipotézisek.....	87
3.2.2.	Módszertan.....	88
3.2.2.1.	Mintavétel és minta bemutatása.....	88
3.2.2.2.	Mérőeszközök.....	89
3.2.2.3.	Statisztikai eljárások.....	90
3.2.3.	Eredmények.....	91
3.2.3.1.	A felhasznált kérdőívek leíró statisztikái.....	91
3.2.3.2.	Szociodemográfiai adatok hatása.....	91
3.2.3.3.	Másodlagos traumatizáció, kiegészítés, empátia összefüggései az érzelemszabályozási zavarokkal.....	95
3.2.4.	Megbeszélés.....	99
3.3.	Harmadik vizsgálat.....	103
3.3.1.	A vizsgálat célja és hipotézisei.....	103
3.3.1.1.	A vizsgálat célja.....	103
3.3.1.2.	Kérdések és hipotézisek.....	104
3.3.2.	Módszertan.....	104
3.3.2.1.	Mintavétel és minta bemutatása.....	104
3.3.2.2.	Mérőeszközök.....	105
3.3.2.3.	Statisztikai eljárások.....	106
3.3.3.	Eredmények.....	107
3.3.3.1.	A felhasznált kérdőívek leíró statisztikái.....	107
3.3.3.2.	Szociodemográfiai adatok hatása.....	107
3.3.3.3.	Észlelt stressz és társas támogatás összefüggései a vizsgált változókkal.....	109
3.3.4.	Megbeszélés.....	116
4.	DISZKUSSZIÓ ÉS KONKLÚZIÓ.....	121
4.1.	A disszertáció gyakorlati jelentősége.....	126

4.2.A disszertáció korlátai, továbblépési lehetőségek.....	129
5. FELHASZNÁLT IRODALOM.....	131
6. MELLÉKLETEK.....	157
1. melléklet: Páciens-Orvos Központú Skála (PPOS).....	157
2. melléklet: Interperszonális Reaktivitás Index (IRI).....	158
3. melléklet: Maslach Kiegészi Leltár (MBI).....	160
4. melléklet: Másodlagos Traumatizációs Stressz Skála (STSS).....	162
5. melléklet: Érzelemszabályozási nehézségek Skála (DERS).....	163
6. melléklet: Szomatikus tünetek.....	165
7. melléklet: Társas támogatás Kérdőív.....	166
8. melléklet: Észlelt Stressz Kérdőív.....	167
9. melléklet: Normalitás vizsgálatok.....	169
10. melléklet: 2. vizsgálat változóinak korrelációi.....	183
11. melléklet: 3. vizsgálat változóinak korrelációi.....	185
12. melléklet: Útvonalelemzések.....	186
13. melléklet: Eredetiség nyilatkozat.....	191

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Nagy köszönettel tartozom Prof. Dr. Csabai Márta témavezetőmnek a sok együttgondolkodásért, támogatásért, segítségért, biztatásért, és azért, hogy mindvégig hitt abban, hogy ez a disszertáció megszületik. Köszönöm Prof. Dr. Erős Ferencnek, hogy biztatott, támogatott.

Köszönöm Dr. Pajkossy Péternek a statisztikában nyújtott felbecsülhetetlen segítségét, Devecsery Ágnesnek a közös munkát, statisztikai támogatást.

Köszönettel tartozom Bálint Katalinnak a tisztánlátásáért, tudásáért, amivel segített újragondolni, strukturálni a kapott eredményeket.

Nagy segítséget jelentett Koczogh Boglárka adatrögzítésben nyújtott munkája.

Köszönöm Dr. Unoka Zsoltnak, Dr. Tolna Juditnak, Dr. Frecska Edének, Dr. Móré Csabának, Dr. Osváth Péternek, Dr. Kovács Zoltánnak, hogy lehetővé tették az első vizsgálat megvalósítását.

Köszönettel tartozom mindazoknak, akik segítettek a vidéki kórházakban, az adatfelvételben, valamint a vizsgálati személyeknek.

Hálás vagyok főnökömnek Dr. Hoyer Máriának motiválásáért, támogatásáért, Kovács Zsuzsa kolléganőmnek a derűs, és mindig optimista biztatásáért.

Kimondhatatlan köszönettel tartozom családomnak. Férjemnek az érzelmi, és szakmai támogatásért, biztatásért, hogy újra és újra erőt öntött belém. Kislányomnak a türelméért, és szüleimnek azért, hogy ahogy korábban is mindig, önzetlenül, és fáradhatatlanul segítettek, amikor csak erre szükségem volt.

1. BEVEZETÉS

1.1. A témaválasztás indoklása

Évek óta foglalkozom különböző helyzetekben (felsőoktatásban, tréningeken) gyógyító szakemberek képzésével, és látom, ahogy a hallgatók az első gyakorlatok után nehezen küzdenek meg a megtapasztalt élményekkel, ahogy a kezdeti elhivatottság megfakul. A képzésben, sok esetben az első két évben „túl vannak” a hallgatók a pszichológiai tárgyakon, ahol esetleg a gyakorlati kurzusukon elsajátítottak néhány konkrét kommunikációs technikát, amire akkor, amikor a konkrét páciensekkel találkoznak, már kevésbé emlékeznek. Tapasztalataim szerint a leendő gyógyítók érzelmi teherbírásának fejlesztésére, a megtapasztalt megterhelő érzelmi szituációk feldolgozására nagyon kevés mód van a képzés éveiben. Erre utalnak azok a vizsgálatok, melyek hallgatók és pályakezdő gyógyítók kiégettségére vonatkoznak. A pályakezdő orvosokat vizsgáló kutatásban a válaszadók mintegy 30%-a tartozott a magas kiégettségi szinttel jellemezhető csoportba (Papp & Túry, 2010). Ezt támasztják alá a nemzetközi vizsgálatok is, ahogy azt McCray és munkatársai (Mc Cray, Cronholm, Bogner, Gallo, & Neill, 2008) a témában folytatott irodalmi áttekintése is mutatja, miszerint a rezidensek körében a kiégés előfordulása 40-75%. A munkába állást követően is csak nagyon kevés mód nyílik a saját érzések strukturálására, érzelemszabályozási technikák fejlesztésére. Bár a kiégéssel foglalkozó kutatók sok esetben felhívják a figyelmet az interperszonális stresszhatások fontosságára (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2008), azon aspektus, hogy mely intrapszichés tényezők nehezítik meg a pácienssel való interakciót, és mikor lehet ennek káros hatása a segítőre nézve, kevésbé hangsúlyos a kutatásokban. Segítő foglalkozásokban a személyiség is munkaeszköz, tapasztalataim szerint mégis nagyon kevés figyelmet kap mind elméleti, mind pedig gyakorlati szempontból, hogy mely tényezők felmérése, fejlesztése jelent védelmet a kifáradás, kiégés ellen. Disszertációmban arra szeretném felhívni a figyelmet, hogy a szabályozatlan distressz érzések hogyan játszhatnak szerepet a kiégés kialakulásában.

1.2. A disszertáció felépítése

A 19. században a természettudományok általános fejlődésével párhuzamosan indult útjára a tudományos orvoslás. Egyre több betegség vált legyőzhetővé, így egyre jellemzőbbé vált a szomatikus állapotot, a hibás működéseket a középpontba állító biomedikális szemlélet. Ezen megközelítés a biológiai gyógymódok túlértékeléséhez, és elszemélytelenedett gyógyító-beteg kapcsolathoz vezetett (Csabai & Molnár, 2009). Ebben a paradigmában a paternalista stílus jellemzi a gyógyító kapcsolatot, melyben a páciens függő helyzetben van, akinek a feladata az orvos utasításainak teljesítése. Az utóbbi évtizedekben azonban egyre inkább előtérbe került az Engel (1977) nevével fémjelzett biopszichoszociális szemlélet, mely a betegségek kialakulásánál, progressziójukban, valamint terápiájukban is figyelembe veszi a biológiai, pszichológiai, és szociális tényezőket. Ebben az elképzelésben a lineáris gondolkodás helyett a korrelációs modell válik jellemzővé, amiben kiemelt szerepet kap az orvos-beteg kapcsolat is, hiszen ennek mentén jut a gyógyító olyan információkhoz, melyek fontosak a betegség alakulásának megértése szempontjából. Emellett egészen prózai okok is fontossá tették a hatékony gyógyító-beteg kommunikációt, hiszen a költséges műszeres vizsgálatoknál fontos, hogy azok minél célzottabbak legyenek (amihez pontos és minél teljesebb körű információkra van szükség a páciens állapotával kapcsolatban), valamint a terápia hatékonysága csak a beteg együttműködő magatartásával képzelhető el. Az együttműködés hiánya pedig nagymértékben megemeli az egészségügyi költségeket, pl. a gyógyulás elhúzódása, az állapotromlás miatt (Pilling, 2008). Nem csak a gyógyítói oldal viszonyulása van átalakulóban, hanem a szolgáltatást igénybe vevők elvárásai is jelentősen megváltoztak. A betegek egyre inkább azt szeretnék, ha az orvos, mint egy szakértő venne részt a gyógyítási folyamatban, ahol tájékoztat, alternatívákat ajánl fel, és bevonja a páciens a döntésekbe (Pilling, 2008). Mindezek miatt a hagyományos paternalisztikus gyógyító-beteg kapcsolat átalakulóban van, sokkal inkább a partneri kapcsolat kezd jellemzővé válni, melyben a páciens véleménye, érzelmi állapota fontos tényezővé válik.

Ebben a folyamatban központi szerepet kap a gyógyító **empátiája**, ami lehetővé teszi a tájékozódást a beteg világában. E nélkül elképzelhetetlen személyre szabott kezelési terv kidolgozása, valamint egy olyan bizalmi légkör kialakítása, amely a terápiakövető magatartás feltétele. Reiss (2010) összefoglalójában rámutat, hogy a vizsgálatok alátámasztják az empatikus kapcsolat fontosságát nem csak a pszichológiai haszon szempontjából, hanem például a jobb immunfunkciók, a gyorsabb posztoperatív javulás, a kevesebb asztmás roham és a vírusfertőzésből való felépülés felgyorsulása szempontjából is. A gyógyításban azonban az

érzelmi odafordulás, a páciens felé megnyilvánuló empátikus törődés a munka egyik fontos feltétele, de egyben veszélye is lehet. Több olyan kutatás ismert, melyben kapcsolatot találtak a túlzott érzelmi bevonódás és a kiégés között (Brotheridge & Grandey, 2002; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001). A betegek állapota ugyanis lehet olyan stresszforrás, amikor a betegben megjelenő negatív érzések átvétele okozza az érzelmi kimerülést a gyógyítónál.

A szakirodalomban a megfelelő klinikai empátia meghatározása korántsem egyöntetű, rengeteg koncepció, elnevezés található, sokszor ugyanaz a fogalom nagyon eltérő meghatározással, ami azért is problematikus, hiszen maga a fogalom nagyon gyakran bukkan fel a segítő hivatás kontextusában. Buda Béla (2006) *Empátia* c. műve ezért is fontos, mert nagyon alaposan járja körbe a fogalommal kapcsolatos meghatározásokat, a legkülönbözőbb alkalmazási területeket. Az ő összefoglaló kötete óta azonban az empátiáról nem született magyarul olyan írás, mely a segítő kapcsolattal való összefüggésében vizsgálná. A disszertáció kereteit természetesen meghaladja egy átfogó értekezés az empátiáról, itt csak egy szeletét, a többdimenziós fogalom összetevőinek elemzését, az érzelemszabályozással való kapcsolatát és ennek mentén a kiégésben játszott szerepét vizsgálom.

Az empátia többdimenziós felfogása mellett a dolgozat másik fő témája a **kiégés**. A kiégés számos definíciójában megjelenik és meghatározónak tűnik az érzelmi kapacitás kimerülése. Ahogy azt már fentebb is említettem, az elmúlt évek kutatásai a kiégés kialakulásában a tartós interperszonális stresszhatásokat emelik ki (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2008), tehát azt hangsúlyozzák, hogy a páciensekkel való interakció egyes elemei, illetve az ezekben megjelenő érzelmi reakciók fontos prediktorai lehetnek a kiégésnek. Napjainkban több olyan koncepció is ismert, mely a kiégés fogalmát szűkítené, és az egydimenziós elképzelést tartja meghatározónak, mely az érzelmi kimerültséggel jellemezhető (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005).

Az érzelmi kimerülés középpontba kerülésével a kiégés mellett számos más fogalom is megjelenik, melyek közül a dolgozatban a **másodlagos traumatizáció** kiégéssel kapcsolatos összefüggéseit vizsgálom.

Mind a kiégés, mind pedig a másodlagos traumatizáció esetében több olyan magyarázó modellel találkozhatunk, ahol a szenvedő vagy traumatizált beteggel/klienssel való kapcsolatban megjelenő empátias törődés, mint rizikófaktor jelenik meg (Figley, 2002). A disszertációban azonban azokhoz az elképzelésekhez kapcsolódom, melyek a másodlagos traumatizáció tüneteit a negatív érzések átélésének dominanciájához köti (Valent, 2002), ily

módon sokkal inkább a nem megfelelő érzelemszabályozás kerül fókuszba. Ebben a gondolatmenetben a kiégést és a másodlagos traumatizációt az empátia azon jelenségével hozom összefüggésbe, mely a szenvedő másik hatására a segítőben megjelenő szinkronjelenségekhez kapcsolódik, ami megfelelő érzelmi szabályozás nélkül érzelmi distresszt hoz létre. Tehát a dolgozat következő fontos fogalma az **érzelemszabályozás** folyamata.

A fentieknek megfelelően a dolgozat *elméleti bevezetője három nagy részből áll*. Az első fejezetben az *empátia* fontosságát alátámasztó vizsgálatokat tekintem át, majd az empátia különböző fogalmi megközelítéseinek ismertetése után, a többdimenziós empátiafogalom elméleteit veszem sorra. Az empátiás folyamatban kiemelten foglalkozom az affektív ráhangolódás jelenségével, majd azzal, hogy az ún. klinikai empátiában hogyan szabályozhatóak ezek az automatikus érzelmi folyamatok, továbbá azzal is, hogy az affektív és kognitív empátia hogyan jelenhet meg, és milyen hatása van a segítő kapcsolatban.

A második fejezetben az *érzelemszabályozás* fogalmának történeti előzményei és meghatározása után, az érzelemszabályozás folyamatait tekintem át, melyben témám szempontjából az implicit és explicit érzelemszabályozás elkülönítésének van kiemelt jelentősége. Így külön hangsúlyt helyezek az implicit érzelemszabályozás kialakulásának fejlődéslélektani aspektusaira, ennek empátiával való összefüggéseire. Az érzelemszabályozás és empátia összefüggését a segítő kapcsolatban olyan vizsgálatok áttekintésével mutatom be, melyek jól demonstrálják, hogy a megfelelő érzelemszabályozás hogyan befolyásolja, hogy az empátiás viszonyulás fókusza a segítő saját érzéseire vagy a páciens állapotára fókuszál. Az ebben a témában gyakran előforduló érzelmi munka fogalmának definiálása, illetve az érzelemszabályozással való összefüggése zárja ezt a fejezetet. A fejezet fő célja annak a demonstrálása, hogy a genuin empátia jelenléte a gyógyításban egy érzékeny szabályozást igénylő folyamat. Amennyiben ez a szabályozás nem sikeres, kialakulhat a kiégés állapota.

Az elméleti összefoglaló harmadik része a *kiégés* témakörét járja körbe. A fogalom meghatározása, a kiégés dimenziói, folyamatának, tüneteinek áttekintése után összefoglalom néhány fontos magyarországi vizsgálatot, melyeket orvosok és ápolók körében végeztek (Ádám, Györffy, & Csoboth, 2006; Ádám, Torzsa, Györffy, Vörös, & Kalabay, 2009; Bognár, Kolosai, Hegedűs, & Pilling, 2001; Györffy & Ádám, 2004; Hegedűs, 2000; Kovács, 2006a, 2006b). A kiégés okait taglaló részben külön kiemelem, hogy bár a kutatók gyakran hangsúlyozzák, hogy a kiégés kialakulásában (főleg segítő hivatásban) kulcsfontosságúak a megterhelő érzelmi szituációk, azokkal az egyéni különbségekkel, melyek meghatározzák a

segítő érzelmi válaszát, ezekben a helyzetekben mégis kevés kutatás foglalkozik. Az érzelemszabályozásban mutatkozó jellegzetességek és ezek kiégéssel való összefüggésére vonatkozó vizsgálatok nagy része az érzelmi munka és a kiégés kapcsolatára vonatkozik; az implicit érzelemszabályozás és kiégés kapcsolatára vonatkozó vizsgálat jóval kevesebb és közvetettebb. A fejezet a kiégéssel rokonságot mutató fogalmak megkülönböztetésével és a hasonlóságok megállapításával zárul. Ez utóbbi alfejezetben két fontos területet emelek ki: az egyik a depresszió, a másik pedig a munkával kapcsolatban kialakuló, kiégéshez hasonló tüneteket magában foglaló szindrómák (együttérzés kifáradás, vikariáló traumatizáció és másodlagos traumatizáció). Ezek közül a másodlagos traumatizációval foglalkozom részletesebben, áttekintve azokat a vizsgálatokat, melyek a két fogalom szoros összefüggését tárgyalják. Sok olyan tanulmány látott napvilágot, amely ezen jelenségek elkülönítését, illetve hasonlóságait célozza, az ok-okozati kapcsolatokra vonatkozóan azonban nem találtam vizsgálatot.

A disszertáció *empirikus részében* három egymásra épülő kutatásban egyre differenciáltabban vizsgáltuk a fenti négy alappillér (empátia, kiégés, másodlagos traumatizáció, érzelemszabályozás) egymásra hatásait. Igyekeztünk a gyógyító foglalkozásúak minél heterogénebb mintáját bevonni, mert azt feltételeztük, hogy kevésbé a gyógyító foglalkozás jellege, hanem sokkal inkább a bizonyos szabályozási komponensek határozzák meg, hogy kinél alakul ki az érzelmi kimerülés. Az *első vizsgálatban* pszichiáter rezidensek vettek részt, akiknél azt vizsgáltuk, hogy milyen mértékben mutatnak érzelmi túlterheltségre utaló tüneteket; ez milyen összefüggést mutat az empátia különböző formáival, illetve hogy befolyásolja-e a segítőkommunikációs attitűdjét. Ebben a kutatásban tehát három fontos változót vizsgáltunk: az empátia különböző formáit, a testi, szellemi és érzelmi megterhelődés fokát, és a gyógyító kapcsolatban jellemző kommunikációs attitűdöt.

A *második vizsgálatban* (ahol mentőtiszteket és ápolókat vontunk be a felmérésbe) már megjelent az érzelemszabályozás komponense, mert azt feltételeztük, hogy az érzelemszabályozási nehézségek talaján alakul ki olyan érzelmi distressz állapot, mely érzelmi kimerüléshez és a másodlagos traumatizáció tüneteinek vezet. Továbbá, az empátia más komponensei (perspektívaváltás, empátiás törődés) ebben a folyamatban védőfaktorok jelenthetnek.

A *harmadik vizsgálatban* még több terület bevonásával igyekeztünk a segítők szakra heterogenitását biztosítani. Mintánkban orvosokat, ápolókat, mentőtiszteket illetve egyéb egészségügyi szakdolgozókat vontunk be. Mindemellett a második vizsgálatban kapott modellt

teszteltük illetve egészítettük ki újabb változókkal, mint a társas támogatással, melyről azt feltételeztük, hogy protektív faktor, valamint az észlelt stresszel, melyet érzelmi distressz kialakulásában mediáló változónak gondoltunk.

2. ELMÉLETI BEVEZETÉS

2.1. Az empátia fogalmának alakulása – empátia a segítő hivatásban

2.1.1. A gyógyító-páciens kapcsolat jellemzői

A pszichoterapeuták képzésében mindig is fontos szempont volt a gyógyító-páciens kapcsolat alakulása, hatása. A gyógyítás más területein pedig változó intenzitással van jelen a képzésben, illetve a gyógyítás hatótényezőiről való gondolkodásban.

A huszadik század végén egyre erőteljesebben jelentek meg a gyógyításban a partnerség elemei. Már Freud (1932/2012) is kiemelte, hogy a terapeutának el kell kerülnie a terápiában megjelenő élményanyagban való szelektálást, hiszen sokszor a lényegtelennek tűnő mozzanatok jelentik a fő csomópontokat a megértésben. A későbbiekben, a pszichoanalízisben a kapcsolati elem a középpontba került, majd a gyógyító kapcsolat interszjektív megközelítése rámutatott, hogy az gyógyító-páciens viszonyban megjelenő empátiás megnyilvánulások a korai anya-gyermek kapcsolat jellegzetességeit mutatják. Utalva ezzel azokra a jelenségekre, amikor a terapeuta rezonál a páciens azon érzéseire, melyeket szavakba formálni nem képes, ami párhuzamba állítható a korai anyai visszatükrözéssel (Borstad, 1998). Ezen irányvonal kiemelkedően fontos előzménye a pszichoanalízis budapesti iskolája, mely a két világháború között működött és nagy hatást gyakorolt a pszichoszomatikus orvoslás alakulására (Erős, Lénárd, & Bókay, (szerk.) 2008). A budapesti iskola a modern interperszonális pszichológia előfutárának tekinthető (Csabai & Molnár, 2009). Elképzelésükben központi helyet foglalt el analitikus és páciense (orvos-beteg) közti kapcsolat, ezen belül is az áttétel-viszontáttétel¹ jelensége. A budapesti iskola kulcsfigurája Ferenczi Sándor volt (a későbbiekben az ő elképzeléseiről még lesz szó részletesebben), aki úgy gondolta, hogy az orvosoknak pszichoanalízisbe kellene járniuk, hogy személyiségükben alkalmassá váljanak a gyógyításra, amit azért tartott nagyon fontosnak, mert úgy gondolta, hogy az orvos személyiségének sokszor nagyobb hatása van a

¹ Áttételről beszélünk, ha a páciens a gyógyítóra „tesz át” tudattalan vágyakat, érzéseket, indulatokat, melyek életének fontos szereplőivel kapcsolatban voltak jellemzőek. A viszontáttétel a terapeutának a páciensre adott-tudatos és tudattalan, érzelmi és kognitív, intrapszichikus és magatartásbeli-reakcióinak összessége. Sokszor ezek nem a beteggel kapcsolatosak, a gyógyító a betegnek tulajdonítja.

betegre, mint a felírt gyógyszernek (Ferenczi, 1936/1996). Bálint Mihály (a budapesti iskola másik kiemelkedő képviselője) számára Ferenczi ezen gondolatai jelenthették a kiindulópontot, amikor leírta az ún. orvosgyógyszer fogalmát (Bálint, 1957/2006). Úgy gondolta, hogy a gyógyító-beteg kapcsolat minősége nagymértékben hozzájárul a gyógyszeres terápia hatékonyságához. Bálint amellett, hogy megfogalmazza, hogy gyógyító felől a beteg felé érkező pszichológiai hatások befolyásolják a gyógyulást, arra is felhívja a figyelmet, hogy az orvosgyógyszernél is figyelni kell a megfelelő adagolásra, figyelembe véve a beteg jellemzőit (Bálint, 1957/2006). Meghatározónak tartotta a gyógyító betegre való érzelmi ráhangolódását, ami fontos tényező abban, hogy egy olyan facilitáló környezet alakuljon ki, amelyben minden olyan információ elhangzik, melynek hatása lehet a betegség alakulására, illetve minden olyan kérdés felvetődik, mely lehetővé teszi a közös döntés meghozatalát, illetve a terápiakövető magatartás kialakulását. 1939-ben emigrált Londonba, és már a kezdetektől szervezett gyakorló orvosoknak az orvos-beteg kapcsolat problémáival foglalkozó csoportokat (Csabai & Molnár, 2009). A Bálint féle elképzelés szép példája az orvosi és pszichológiai szempontok szoros összefonódásának.

Azért válhat ilyen fontossá a gyógyító szakember és páciense közti kapcsolat, mert amikor kiszolgáltatottságot, fájdalmat élünk át, a segítségkérés szinte automatikus reakcióként jelentkezik. Ezekben a helyzetekben, amikor a megszokott vonatkoztatási támpontok elvesznek, a megszokott megküzdési módok nem működnek, regresszív állapotba kerülünk. Ilyenkor fokozottan nagy hangsúlyt helyezünk és érzékenyebbé válunk a külső támpontokra. Ezért is lehet helytálló a fentiekben már említett párhuzam, amely hasonlóságot lát a gyógyító-beteg és a korai anya-gyermek kapcsolat jellegzetességei között. Ogden (1982) a korai anya-gyermek kapcsolat történéseiben elemzett projektív identifikációból² kiindulva, úgy gondolja, hogy a jó terápiás kapcsolatban a gyógyító úgy képes kezelni ezt a jelenséget, hogy belépve a páciens élményvilágába módosítja, megszelídíti az elviselhetetlennek tűnő feszültségeket. Ez az elképzelés folytatódik Stern (2002) affektív ráhangolódás³ koncepciójában, amit szintén a korai anya-gyermek kapcsolatban láthatunk a legtisztább formában, mikor az anya affektív ráhangolódása a gyermek érzelmi állapotára újraszervezi az élményt, ráirányítva a figyelmet a viselkedés mögötti érzelmi minőségre. Ehhez hasonlóan a gyógyító (orvos, ápoló, pszichológus stb.) akkor tud gyógyító légkört teremteni, ha pl. metakommunikatív módon az érzelmi

² Projektív identifikáció: interakcióban az egyik fél saját érzéseit, énjének egy részét rávetíti a másikra és azokat a másikhoz tartozónak éli meg, a másik személy, pedig eszerint kezd el viselkedni.

³ Stern elképzelésében az anya képes a gyermek érzelmi állapotait olvasni, arra rezonálni, nem egyszerűen utánozva a csecsemő reakcióját, hanem kicsit átalakítva, más modalitásban megjelenítve annak ritmusát, intenzitását, melyre a gyermek válaszol, megélve saját és a másik érzelmi élményének illeszkedését.

ráhangolódás jelét adja, így kimozdítva a páciens a beszűkült érzelmi állapotából. Az affektív ráhangolódás és az empátia közös pontja az emocionális rezonancia, ami azonban még csak egy első lépése az empátiás válasznak, melyhez részletesebben a többdimenziós empátia fogalmát bemutató fejezetben térek vissza.

Több olyan vizsgálatot ismerünk ma már, amely alátámasztja a Bálint által megfogalmazott segítői viszonyulás fontosságát, betegség alakulásában játszott szerepét. Kaptchuk és munkatársai (2008) irritábilis bélszindrómában szenvedő betegeknél vizsgálták a kezelői attitűd, törődés szerepét a tünetek alakulásában. A vizsgálatukban a páciensek három csoportban kaptak akupunktúrás „kezelést”. Az egyik csoportban a kezelést egy keveset beszélő, nem kérdező, szigorúan csak a kezelésre koncentráló gyógyító végezte; a másik csoportban a kezelő barátságos volt, aki a résztvevőket figyelmesen kikérdezte addigi kórtörténetükről, meséltette őket aktuális élethelyzetükről stb.; a harmadik csoportban került betegek várólistán voltak. A kutatás különlegessége az volt, hogy a két kezelésbe vont csoport ál-akupunktúra kezelést kapott, a tűk még a bőrüket sem karcolták. Az eredmények szerint az empatikus kutató által „kezelt” csoport tagjai mind javulásról számoltak be, tüneteik enyhültek, a hatás egyenesen a gyógyszerek hatásához volt mérhető. A másik csoportnál viszont ilyen típusú javulást nem tapasztaltak. A kutatók a hatást a kezelő empátiájának, odafigyelésének tulajdonították. Egy másik vizsgálatban 20961 egyes és kettes típusú diabétesszel kezelt páciens, és őket kezelő 242 orvos vett részt (Del Canale et al., 2012). Az eredmények szignifikáns összefüggést mutattak az orvosok empátiájának a foka és a páciensek szubjektív jó érzése és szomatikus állapotukra vonatkozó objektív mutatók között.

A fenti vizsgálatok és a gyakorlati tapasztalatok is azt igazolják, hogy a gyógyító folyamat fontos része az empátia, sokszor használjuk is a fogalmat, mégis nehézségekbe ütközhetünk, ha pontosan meg szeretnénk határozni, hogy mit gondolunk az empátia központi mechanizmusának, legfontosabb elemének. A következő fejezetben az empátia fogalmának pontosítása, a különböző megközelítésének változása áll a fókuszban.

2.1.2. Pszichológiatörténeti aspektusok

Az empátia szó jelentése a német „Einfühlung”⁴ szóból ered, melynek a jelentése „egy érzés” (Buda, 2006), maga a kifejezés pedig a görög „empathia” (együtt szenvedés) szóból származik. A pszichológia fogalmkörébe 1897-ben Theodor Lipps (Buda, 2006) német pszichológus emelte az empátiát, az esztétikai élmény és értékelés folyamatának leírására. Ebben a folyamatban a műélvezet tárgyával való összeolvadás központi elemként jelenik meg. Edward B. Tichener fordította az „Einfühlung” szót az angol *empathy* kifejezéssel, megmaradva a fogalom azon jelentésénél, mely a megfigyelés tárgyába való érzelmi beolvadást tartja meghatározónak. (Buda, 2006) Tehát az érzelmi azonosulás a fogalom magját jelentette. Köhler (1929) volt az első, aki úgy gondolta, hogy az empátia fogalmának meghatározásában nem szabad figyelmen kívül hagynunk a kognitív elemeket. Elképzelésében a beleélés helyett a megértésre kell helyezni a hangsúlyt. Ilyen irányú hangsúlyeltolódás szükségességét tartotta fontosnak George Herbert Mead (1934/1967) és Jean Piaget (1932/1997) is, nagyjából Köhlerrel egy időben. Mead (1934/1967) emelte ki az én és a másik megkülönböztetését az empátia folyamatában, illetve hívta fel a megértés fontosságára a figyelmet. Mead (1934/1967) elképzelésével összhangban Piaget (1932/1997) is fontosnak tartotta a másik helyzetébe való behelyezkedést, illetve a decentráls képességét, ami segít megérteni a másik nézőpontját. Máig vitatott kérdés, hogy vajon az empátiás folyamat kialakulásához elengedhetetlen-e, hogy a befogadóban a másik érzéséhez, élményéhez hasonló érzés, élmény jelenjen meg. Az empátia fogalmának és hatásmechanizmusának tisztázatlanságát jelzi, hogy néhány évvel ezelőtt a *Lancet* című tudományos folyóiratban megjelent egy esszé (Macnaughton, 2009), mely szerint az empátia nem szükséges és nem is valósítható meg az orvos-beteg kapcsolatban. Kelemen (2009) értelmezése szerint a szerző az empátiát tartós érzelmi azonosulásként értelmezi, és ennek alapján gondolja úgy, hogy a gyógyító ezt csak eljátszhatja, becsapva ezzel a páciens és saját magát is.

Az empátia fogalma körüli viták egyik legfontosabb kérdése, hogy a kognitív (mint pl. a perspektívaváltás) vagy az affektív (a domináns érzések átvétele) komponensre kerül-e a nagyobb hangsúly. Az empátia egyik legáltalánosabb megfogalmazása az ember azon képességére vonatkozik, mely lehetővé teszi, hogy egy másik személlyel való közvetlen kommunikáció során az ember bele tudja élni magát a másik lelkiállapotába. Ez azonban csak

⁴ Az empátia fogalmát először 1873-ban Robert Vischer német művészettörténész és filozófus határozta meg, az *Einfühlung* kifejezést használva a megfigyelő azon érzéseire, melyet a műalkotások hívnak elő belőle (Buda, 2006).

akkor válik igazi empátiává, ha az élményt tudatosan feldolgozzuk (Buda, 2006). Ebben az elképzelésben mind az affektív, mind pedig a kognitív komponens fontos szerepet játszik.

2.1.2.1. Empátia a pszichoanalízisben

Bár a pszichoanalízisben központi jelentőségű volt az empátia, *Freud* nem határozta meg közelebbről az empátia fogalmát, annak ellenére, hogy terápiás eljárásában fontos alapkő. Amikor Oscar Pfister, svájci protestáns pap azt kérdezte Freudtól, hogy mi a legfontosabb feladata a terapeutának az analitikus munkában, Freud válaszlevelében úgy fogalmazott, hogy ne a gyógyításra törekedjék, hanem igyekezzen a betegeket minél teljesebben megérteni, és akkor a terápia megy magától (Freud, 1964, 134. o). Freud (1932/2012) a megértésen keresztül a páciens érzéseinek visszatükrözését tartotta a terapeuta fő feladatának. A megértés fontos előfeltételének tartja Freud a beleélést, rezonálást, mely folyamatban a terapeuta saját érzéseit és viszonyulását teljesen háttérbe szorítva minél pontosabban igyekszik önmagában felidézni a másik érzelmi és kognitív állapotait. Bár ebben az elképzelésben mind az affektív, mind pedig a kognitív komponens megjelenni látszik, a fő hangsúly a kognitív összetevőkön van, hiszen Freud magát a beleélés szót sem emelte ki túl gyakran; a beleélésen keresztüli megértést az értelmezés fogalma helyettesítette írásaiban (Buda, 2006). A neutralitás ebben az elképzelésben fontos eleme a megértésnek. Bár Freud az indulatáttétel, viszont-indulatáttétel leírásával beemelte a kapcsolati mozzanatot a terápiás térbe, a kölcsönös bevonódás sokáig tabu maradt. *Ferenczi Sándor* a későbbi tárgykapcsolat-elméletekben illetve szelfpszichológiában megjelenő megközelítés előfutáraként a neutralitást, a saját érzések háttérbe szorítását nem tartotta lehetségesnek, de még ennél is tovább menve a páciens percepciójának fontos eszközeként határozta meg (Ferenczi, 1936/1996). A legjelentősebb különbség tehát Freud és Ferenczi között a viszontáttétel kezelésében jelenik meg. Míg Freud (1932/2012) elkerülendőnek, és a terápia akadályának tekintette az érzelmi bevonódást, addig Ferenczi a páciens tudattalan problematikájának megértéséhez fontos eszköznek tartotta a viszontáttételi érzéseket és azok megértését, elemzését. Ebben az elképzelésben tehát az érzelmi bevonódás, a másik érzéseinek hatására megjelenő saját érzések sokkal nagyobb hangsúlyt kapnak. *Kohut* 1959-ben megjelent tanulmányában „Introspekció, empátia és pszichoanalízis”, az empátia fogalmát a pszichoanalitikus figyelem középpontjába helyezte. A Ferenczi-féle gyökerekhez hasonlóan a másik megértéséhez kiemelkedően fontosnak tartotta, hogy a segítő képes legyen a saját érzéseire irányuló figyelemre is, amit vikariáló introspekcióként jellemez (Kohut, 1959). Kohut (1980) nagy hangsúlyt helyezett az intuitív folyamatokra az empátiában, amelyben gyakran

nagyon rövid idő alatt szerzünk benyomásokat a másik érzelmi állapotáról. Elképzelése szerint az introspekció révén tudunk megmártózni a páciens szubjektív világában. Kohut szerint létezik egy primer empátia, amelyet veleszületett adottságnak, a korai időszakban a valóságészlelés domináns módjának tekint. Ezt csak később váltja fel kogníció, tehát később is megmarad az észlelés ezen preracionális módja. A későbbi fejezetben az empátia primer formájának részletesebb elemzésére még kitérek.

A gyógyító és páciens közti történések fontosságát a pszichoanalízisben a Ferenczi-Bálint-Kohut irány képviselte, mely az elmúlt évtizedekben az interszubjektív álláspont hangsúlyozásával folytatódott (ehhez az irányzathoz sorolható pl. Aron, 2005; Stolorow, 2013; Beebe & Lachman, 2003), melyben a kapcsolati kölcsönösség a terápiában deklaráltan központi elem. Ebben az irányzatban hangsúlyosan jelenik meg az interaktív szabályozás, a szelf-reguláció, valamint a kettő kölcsönhatása (Beebe, Knoblauch, Rustin, & Sorter, 2005).

2.1.2.2. Rogers elképzelése az empátiáról

Az empátia fogalmával legszorosabban Carl Rogers neve fonódik össze a terápiás alkalmazásokban. A Rogers (2003) által kidolgozott személyközpontú pszichoterápiás eljárásban ugyanazt a vezérelvet fedezhetjük fel, amit a fentebb már idézett levélben Freud (1964) Pfisternek ajánlott, és amely azt a hozzáállást jelenti, melyet a freudi elképzelésben az "egyenletesen lebegő figyelem" koncepciója képvisel. Ez az ülések alatt az analitikustól elvárt magatartást jelenti, annak érdekében, hogy a terapeuta előzetesen ne szelektáljon a páciens által elmondottakban.

Mindkét megközelítésben a terápia fő hatótényezője a megértés, illetve ezen megértés visszatükrözése a páciensnek. A különbség, hogy Freuddal szemben Rogers nem értelmez, ezt a kliensre bízta, ő a páciens megértett érzéseinek minél pontosabb, árnyaltabb visszatükrözésére helyezi a hangsúlyt. Rogersnél a terápia fő hatótényezője a megfelelően alkalmazott empátia. Definíciója szerint az empátia egy olyan folyamat, melynek során belehelyezkedünk a másik ember érzelmi és perceptuális világába, ráérezve olyan jelenségekre is, aminek a másik alig van tudatában (Rogers, 1975). Fontosnak tartja azonban, hogy a segítő mindvégig tudatában maradjon az élmény „mintha” jellegének. Kiemelt jelentőséget tulajdonít annak, hogy a terapeuta félre tudja tenni saját érzéseit, viszonyulásait, és pozitív, feltétel nélküli elfogadással forduljon a kliens felé. Az ő elképzelésében az empátia nem csak egy terápiás technika, hanem a terápiás viszonyulás központi eleme. Eszerint ha a kliens megtapasztalja a

terapeuta részéről az empátiás megértést, képessé válik arra, hogy jobban bízzon magában, megértse saját érzéseit, reakcióit.

2.1.3. Az empátia összetevői különböző megközelítésekben

A fenti néhány megközelítés mentén is látható, hogy eltérő mértékben tulajdonítanak jelentőséget a különböző elméletalkotók a kognitív, illetve az affektív komponensnek az empátia folyamatában. Az alábbiakban néhány főbb pontban összefoglalom az empátiával kapcsolatos koncepciókat, melyek abban különböznek a leginkább, hogy az affektív vagy kognitív összetevőkre helyezik-e a hangsúlyt.

- Leginkább *kognitív empátiaként* határozhatjuk meg azt a megközelítést, melyben a hangsúly az *empátiás pontosság*on van (pl. Ickes, 1993), tehát annak a tudásán, hogy az adott helyzetben a másik mit érez (Eslinger, 1998). Ebben a megközelítésben az empátia létrejöttéhez nincs szükség arra, hogy a megfigyelő érzelmileg involválódjon. Ezek az elképzelések sokszor azonosították az empátiát a minél pontosabb személyészleléssel (pl. Dymond 1950).
- Ezzel ellentétes megközelítésben a hangsúly az empátia *emocionális aspektusán* van. Ezen koncepciók egyik fő kérdése, hogy a megfigyelőben megjelenő érzések mennyire azonosíthatóak a megfigyelt megélt érzéseivel. Barnett és munkatársai (1986) szerint a megfigyelőben keletkező érzés kongruens a megfigyelt érzésével, de nem azonos azzal. Batson (1991) a másakra irányuló érzésekben az együttérzés, melegség és törődés fontosságát emeli ki. Számos olyan elképzelés van azonban, mely a hasonló érzések fontosságát emeli ki az empátia meghatározásában (pl. Barnett, 1984; Barnett & McCoy, 1989; Barnett, Tetreault, Esper, & Bristow, 1986; Davis, 1996; Hoffman, 2000; Houston, 1990; Kohut, 1984). Ehhez a megközelítéshez kapcsolódik a *szinkronfolyamatok* jelensége, mely szerint a megfigyelt személy testtartásának, arckifejezésének (motoros mimikri) az átvétele bennünk is hasonló érzéseket vált ki, mint amit a másik érez (Hoffman, 2000). Preston és de Wall (2002) szerint azonban helyesebb neuronális aktivitásbeli mimikriáról beszélnünk, mint motoros mimikriáról. Ami azt jelenti, hogy a másik megfigyelésekor automatikusan illeszkedünk az illető neuronális állapotához. A jelenség megértésében segít az 1990-es évek végén leírt tükörneuronok működésének megismerése (Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996). Eszerint a cselekvés észlelése aktiválja az észlelő motoros rendszerének egy részét, valamint az érzelmi kifejező mozgások is ezen a mechanizmuson keresztül

váltak ki rezonanciát a megfigyelőből (Simon, Herold, Fekete, & Tényi, 2007). Sok esetben emlegetik úgy a tükörneuronokat, mint az empátia neuronális alapjait, általuk képzelhető el a mások megnyilvánulásának testi szintű megélése, az érzelmi állapotaik reflektálatlan ismerete (Simon et al., 2007). Tehát ez az jelenti, hogy a megfigyelő, látva a másik emocionális állapotát, saját belső állapotként éli azt meg. Gallese (2001) empátia modellje szerint a nonverbális kommunikáció mentén, amely érzelmi és szenzoros válaszokat aktivál (a tükörneuronok működésén keresztül) kialakul egy intuitív, implicit tudásunk a másiról. Mindez felhívja a figyelmet az empátián belül megjelenő automatikus, implicit folyamatokra.

Az automatikus folyamatokat gyakran összekapcsolják érzelmi ragály fogalmával (Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1994).

Témám szempontjából ez az összetevő kiemelten fontos, így a későbbiekben a fenti jelenséget részletesebben fogom tárgyalni.

- A meghatározások egy másik nagy csoportja szerint az empátia során *beleéljük*, képzeljük magunkat a másik helyébe, helyzetébe. Ez a megközelítés közel áll a fentebb említett „Einführung” fogalomhoz. Az empátiának ez az eredeti definíciója esztétikai élmény leírásában, a műalkotást beleélően megtapasztaló ember élményeként definiálódik (Wispé, 1986).
- A következő megközelítésben a fókusz a *perspektívaváltás képességén van*, melyben az jelenti az empátia központi magját, hogy a másik mit gondolhat, érezhet (Povinelly, 1993; Darwall, 1998). Ahogy azt már a történeti előzményeknél láthattuk, Köhler (1929), Mead (1934/1967) és Piaget (1932/1997) a szerepfelvételt, decentráltást tartották meghatározónak az empátiában, ami a perspektívaváltás fogalmának előzménye volt. Annyiban jelent mást ez az elképzelés a fentiekben tárgyalt beleélés koncepcióhoz képest, hogy míg ott a beleélés folyamatában a személy saját határai feloldódnak, szinte egyé válnak pl. a műalkotással, addig itt a megfigyelő mindvégig képes különbséget tenni a másik és a saját érzései között. A perspektívaváltás, mint kognitív tényező inkább az elsőként tárgyalt elképzelésekkel mutat szoros összefüggést.
- A szenvedő másik hatására a megfigyelőben keletkező *distressz érzése* arra az állapotra vonatkozik, amikor a másik ember distressz érzését látva a megfigyelőben is negatív érzés, szorongás keletkezik (Hoffman, 1984; Batson, 1991). Ebben az esetben nem a másik miatt érzünk aggodást, nem érte szorongunk, illetve nem is arról van szó, mint a fent felsorolt második koncepció esetében, hogy úgy érzünk, mint a másik. Ez a

distressz érzés a másik érzése által bennünk keletkező negatív érzelmi állapot (Batson, 2011).

- Az utolsó csoportba azok az elképzelések tartoznak, melyek az empátiát az *empátiás törődéssel* azonosítják, amelyet a másokra fókuszáló érzelmi válaszként írnak le (pl. Batson 1991) A szakirodalomban ezt gyakran szimpátiaként határozzák meg (pl. Darwall, 1998; Eisenberg & Strayer, 1987; Preston & de Wall, 2002)

2.1.4. Többdimenziós megközelítések

A fentiekben csoportosított megközelítésekben is jól látható, hogy az empátia fogalma sokféle módon alakult, értelmeződött az elmúlt évtizedekben. Ezek a koncepciók sok esetben hasonló fogalmakat, kicsit eltérő hangsúlyokkal, sokszor pedig nagyon eltérő jelenségeket állítanak fókuszba. Az egyik fő eltérés ezekben az elképzelésekben, hogy a kognitív vagy az affektív elemet tekintették-e az empátia fő meghatározójának.

Azt is jól demonstrálják a fenti elképzelések, hogy mennyire nehéz megragadni a jelenség magját. Ezért egyre több olyan megközelítéssel találkozhatunk, mely nem különíti el a kognitív, illetve affektív komponenst, hanem ezeket egymásra épülő, egymást kiegészítő folyamatokként határozza meg az empátiás viszonyulás kialakulásában. Buda Béla (2006) megközelítésében akkor lesz a beleélés empátiává, ha az élményt tudatosan feldolgozzuk, majd a megértett összefüggéseket ki is tudjuk fejezni. A gyakran idézett gyöngyhalász hasonlat jól leírja az empátia folyamatjellegét, amiben az affektív és kognitív komponens egymást kiegészítve, változtatva jelenik meg. A gyöngyhalász célja, hogy minél több elmerüléssel egyre tovább tudjon a víz alatt maradni, de ha nem érzi saját határait, nem indul el a víz felszíne felé időben és nem bukkan fel, akkor károsodhat a szervezete. Ugyanígy az empátia esetében, ha a másokra való hangolódás túl hosszan húzódik, ha nincs „felbukkanás”, akkor nincs tudatosítás, ami akadálya a kognitív feldolgozásnak, és ily módon a segítségnyújtásnak is (Buda, 2006).

Az alábbiakban néhány, az empátia szempontjából fontos szerző elméletén keresztül mutatom be, hogyan differenciálódott, finomodott az empátia többdimenziós elképzelése. Ezek az elképzelések azért különösen fontosak, mert kapcsolódnak ahhoz az empátia elképzeléshez, melyre kutatásainkat építettük. *Martin Hoffman* (1984) az empátia és morális fejlődés folyamatával, és a kettő kapcsolatával foglalkozott. Elképzelése szerint az én - nem én elkülönülésének időszakában (második életév környékén) kettős emóció jellemzi a gyermeket, a saját distressz és annak csökkentésére irányuló erőfeszítés, illetve a másik distresszével kapcsolatos törődés, az iránta érzett aggodalom. Hoffman fontosnak tartja ezt a korai szakaszt

a későbbi altruista viselkedés alakulása szempontjából. Elképzelésében a fejlődés során fokozatosan fonódik össze az empátia emocionális és kognitív aspektusa. A szelfre és a másokra irányuló figyelmi fókuszváltást éljük át felnőtt korban is, amikor az empátiás válaszban felváltva tapasztalhatjuk meg, a szenvedő másikkal interakcióban, a saját magunkra illetve a másokra irányuló negatív élményt. Ebben az elképzelésben tehát az empátiás élmény soha nem csak az énrre vagy csak a másokra fókuszál (Kulcsár, 1996). Hoffman megközelítésében a megfigyelt személyen kívüli, szituációs tényezők is fontos szerepet játszanak az empátiás válasz alakulásában. Eszerint az empátiás válasz alakulása szempontjából sokszor meghatározó a személyről való előzetes tudásunk, illetve a helyzettel kapcsolatos információink. Ha ezek ellentmondanak azoknak a közvetlen szituációs elemeknek, amiket aktuálisan tapasztalunk, akkor gyakran az utóbbiak nem gyakorolnak erős hatást a megfigyelőre. Ebben az összefüggésben a kognitív tényezők szerepe emelkedik ki (Hoffman, 2000). Összefoglalva, Hoffman elképzelése szerint a distresszt átélő személyre több különböző szinten reagálhat a vele interakcióban lévő megfigyelő: 1. egyrészt automatikus válasszal, mely a motoros mimikri és a primer cirkuláris válasz szintje, 2. a reflexes empátiát módosítja a klasszikus kondicionálás és a közvetlen asszociáció, amely már feltételez kognitív folyamatokat, 3. az empátiás válasz végső meghatározója a kognitív háló, mely a másik személlyel, a helyzettel kapcsolatos asszociációkból tevődik össze.

Hoffman elképzeléséhez hasonlóan *Nancy Eisenberg* (2002) elméletében szintén az empátia komplex megközelítését alkalmazta, melyben jelentős szerepet tulajdonított mind a kognitív, mind pedig az affektív faktornak. Ő is úgy gondolja, hogy a szenvedő másik elsőként parallel érzelmi választ vált ki a megfigyelőből (ez hasonló a Hoffman által motoros mimikriként említett folyamathoz), amelyet vagy empátiás törődés (a másokra irányuló gondoskodó magatartás) vagy személyes distressz (alapvetően az énrre irányuló érzelmi válasz) követ. Eisenberg elképzelése szerint mindkét válasz kognitív feldolgozás után alakul ki. Ez a megközelítés témám szempontjából azért különösen lényeges, mert fontos szerepet tulajdonít az empátiás válasz kialakulásában az érzelemszabályozásnak. Eisenberg és Fabes (1992) ugyanis az empátiás válasz alakulását két faktor működéséhez kötik: ezek az érzelmi intenzitás és az érzelemszabályozás. Az empátiás distresszt Eisenberg (2011) egy olyan szelf-fókuszú érzelmi reakcióként írja le, amelyben a cél a saját kellemetlen érzés csökkentése. Míg az empátiás törődés esetében (melyet sok helyen a szimpátia⁵ fogalmával jelöl) a fókusz a másik személyen van, a cél az ő distressz érzésének a csökkentése. Ebben az elképzelésben a distresszt

⁵ A későbbiekben a szimpátia és empátia elkülönítésére vonatkozó elképzelésekről még lesz szó.

átélő másikkal való interakcióban a megfigyelőben érzelmi arousal növekedés jön létre. Ha ennek szabályozása sikeres, tehát az érzelmi arousalt sikerül optimális szinten tartani, akkor empátias törődés lesz a válaszreakció; ha a szabályozás sikertelen, akkor kialakul érzelmi distressz állapot. Tehát elméletében *az érzelemszabályozó funkciók alapvető fontosságúak az empátias válasz megjelenésében.*

Staub (1987) empátia definíciójában a fentiekben megismert jelenségeket az empátia különböző formáinak tartja. Meghatározása szerint az empátia a másik belső világának megértése, és az érzéseivel való csatlakozás. Elképzelésében az empátia négy formáját különbözteti meg: *kognitív empátia* (a másik állapotának, gondolatainak az ismerete, ami más szerzőknél nézőpontfelvételként jelenik meg), *participációs empátia* (a ráhangolódás egy formája, a másikkal kapcsolatban megjelenő érzések és gondolatok), *affektív empátia* (az előző formánál intenzívebb érzelmi bevonódás jellemzi, kevesebb kognitív értékeléssel), végül az *empátias csatlakozás* (*Staub* elképzelésében ez az a szint, amikor a megfigyelőben a megfigyelt érzéseivel teljesen megegyező érzések keletkeznek). Elméletében egy másik fontos felosztást is képvisel, annak függvényében, hogy a megfigyelő érzelmi állapota mennyire illeszkedik a megfigyelt érzelmi állapotához, így megkülönböztet *parallel és reaktív empátiát*. A parallel empátia esetén az empatizálóban megjelenő érzések nagyon hasonlóak a vele interakcióban lévő másik érzéseivel, ami egy önmagára irányuló figyelemmel jár. A reaktív empátia ezzel szemben a másikkra orientált válasz, az aggodalom, részvét érzéséhez áll közel (az előbbi felosztásban pl. a participációs empátia tartozik ide) (*Staub*, 1987).

A fenti elképzelések mindegyike összetett empátia fogalmat vázol fel, melyben fontos szerepet játszanak mind a kognitív, mind pedig az affektív elemek. *Mark H. Davis* (1996) empátiával kapcsolatos integratív modelljében a fogalom multidimenzionális jellege emelkedik ki. Modelljében figyelembe veszi az előzményeket, a folyamatokat, valamint az intraperszonális és interperszonális kimeneteket.

- *Az előzmények* kategóriába *Davis* személy és szituációs változókat sorol. A *személyváltozók* közé sorolja, hogy mennyire képes a megfigyelő a perspektíva felvételre, illetve az érzelmi élmény megélésére. Ide tartozik a szocializációs előtörténet is, melynek során az empátiához szükséges képességek alakulnak. A *szituáció változókhöz* tartozik az adott helyzet empátiát mozgósító ereje, valamint a megfigyelő és a megfigyelt közötti kapcsolat természete, a köztük lévő hasonlóság foka.

- A *folyamatok* kategóriába Davis 3 jellegzetes folyamatot sorol: a nonkognitív, valamint az egyszerű és bonyolult kognitív folyamatokat. A nonkognitív folyamatok nagyon hasonlóak a fentiekben Hoffman elképzelésében tárgyalt automatikus primer cirkuláris válaszokhoz (Hoffman, 2000), vagy a már említett szinkronjelenségekhez, tehát egy nem tudatos folyamat, amiben sajátként éljük át a másik érzéseit. Davis ennek eredményeképpen a megfigyelőben megjelenő, a megfigyelt személyhez hasonló érzelmi válaszokat *parallel emocionális válasznak* hívja. Az *egyszerű kognitív folyamatok* azt a csoportot jelöli, ahova a klasszikus kondicionálást, direkt asszociációt és a címkézést sorolja. A klasszikus kondicionálást az empátiás válasz elsajátításában tartja fontosnak, erre épül a direkt asszociáció, melynek során a másik bizonyos érzelelkifejező viselkedése felidézi azt a korábban a megfigyelő által is átélt érzelmi állapotot, melyhez az érzelelkifejezés kapcsolódik. A címkézés kapcsán azokról a helyzetekről beszélünk, melynek automatikus érzelmeket kiváltó hatása van (esküvő, temetés, keresztelő, győzelem egy sporteseményen stb.). A *bonyolult kognitív folyamatok* kapcsán Davis két kategóriát határoz meg, az elaborált kognitív hálók, valamint a perspektíva felvétel fogalmait. Az elaborált hálók hasonló jelenséggel bírnak, mint a Hoffman elméletének tárgyalásánál említett kognitív háló, ami magába foglalja a megfigyelt másikkal, illetve a szituációval kapcsolatos előzetes tudásunkat, emlékeinket.
- Az *intrapersonális kimenetek* csoportjába affektív és nem affektív komponensek tartoznak.
Az *affektív kimenetek* a megfigyelő érzése, melyek lehetnek parallel és reaktív jellegűek. Modelljének ezen részében visszaköszönnek az Eisenberg-féle (2011) koncepció ismertetésénél tárgyalt jelenségek: az empátiás distressz és az empátiás törődés. Davis (1996) elképzelésében mindkét empátiás válasz reaktív jellegű. A parallel reakció alatt azt a mimikri jellegű választ érti, mely az affektív illeszkedés automatikus reakciójának felel meg, amit kognitív feldolgozás követ: ennek eredménye vagy az empátiás törődés, vagy az empátiás distressz. Mint ahogy arról fentebb már volt szó, meghatározó különbség a két reakció között, hogy míg az empátiás törődés a másakra irányuló reakciómód, addig a empátiás distressz az énré irányuló érzelmi válasz. Davis elképzelése szerint a perspektíva váltás kognitív eleme növeli az empátiás törődés megjelenésének esélyét. Témánk szempontjából külön érdekes kérdés, ami a szakirodalomban is

vita tárgyát képezi, hogy vajon az empátiás distressz valóban reaktív válasznak tekinthető-e. Staub (1987) arra hivatkozik, hogy empátiás distressz esetén a megfigyelő és a megfigyelt hasonló érzelmi állapotban van, ily módon inkább tekinthető parallel válasznak, míg az empátiás törődés esetén a megfigyelt él át distresszt, miközben a megfigyelőben a segítség szándéka, illetve az ehhez kapcsolódó reaktív érzések dominálnak. A *nem affektív intraperszonális kimenetelek* a hitelesség és a kognitív hibák köré csoportosulnak. Ezek kapcsolódnak Hoffman kapcsán már tárgyalt előzetes információk témaköréhez, melyek a kapcsolat történetéből, vagy a szituációs információkból tevődnek össze, és empátiás választ módosító szerepük van.

- Az empátia interperszonális kimeneteleként Davis az altruizmust tárgyalja.

Davis (1983) az empátiát mérhető személyiségvonásként értelmezte, erre kidolgozott kérdőívben jól tükröződik az az integratív szemlélet, amivel az empátia fogalmához közelít. Megjelenik a kérdőív alszálaiban a *kognitív komponens* (perspektíva-felvétel skála, amely azt mutatja, hogy az egyén mennyire képes átvenni a másik személy nézőpontját), az *érzelmi összetevő* (empátiás distressz skála, mely mások szenvedése nyomán a megfigyelőben keletkező distressz érzéseket méri), az *érzelmi és viselkedéses forma* (empátiás törődés skála, amely fogalommal sok esetben a szimpátia szinonimájaként is találkozhatunk, hiszen magába foglalja a másikkal kapcsolatos részvét érzését) illetve szerepel a kérdőívben az *ún. fantázia alszála*, ami az esztétikai dimenziót vizsgálja, és azt mutatja meg, hogy mennyire képes az egyén saját magát egy képzeletbeli helyzetbe gondolni (ez az alszála leginkább szerepfelvétellel mutat hasonlóságot).

Az agykutatás eredményei alapján tudjuk, hogy releváns az empátia azon felfogása, mely szerint elkülöníthetőek az empátia fenti összetevői, hiszen ezek különböző agyi struktúrákhoz is köthetőek. Az empátiás arousal olyan alulról felfelé irányuló folyamatok összessége, melyben az amygdala, hipotalamusz, orbitofrontális kéreg játszik szerepet, míg a perspektíva váltás a középső prefrontális kéreghez, a ventromediális prefrontális kéreghez, valamint a posterior szuperior temporális sulcus-hoz köthető (Gleichgerrcht & Decety, 2012).

2.1.5. Nemi különbségek az empátiában

Több kutatás számol be az empátiában mutatkozó nemi különbségekről (Davis, 1983; Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, & Magee, 2002). Egy vizsgálatban, ahol a páciensek

ítélték meg 9262 végzős orvostanhallgató empátia szintjét, szintén azt találták, hogy a női orvosok szignifikánsan magasabb pontszámot kaptak, mint a férfiak (van Zanten, Boulet, Norcini, & McKinley, 2005). Nehezen megállapítható, hogy a kapott eredmények azt tükrözik-e, hogy a férfiak valóban kevésbé empatikusak, mint a nők, vagy a gondoskodó, odafigyelő attitűd könnyebben asszociálódik egy női gyógyítóval, ennek megfelelő elvárás jellemzőket alakítva ki. Ezt támasztják alá azok a vizsgálatok, melyek nonverbális reakciók elemzésével mérték az empátiát, és amelyekben nem mutatkoztak nemi különbségek (Pohl, Bender, & Lachmann, 2005).

2.1.6. Az empátia fogalmára vonatkozó elképzelések összefoglalása

Összefoglalva az empátia fogalmának meghatározására irányuló elképzeléseket, a legfőbb különbség az egydimenziós elképzelést képviselők között abban van, hogy a kognitív vagy az affektív elemre helyezik a hangsúlyt az empátia leírásában. Akik a kognitív folyamatot tartják meghatározónak az empátia alakulásában, ott a megfigyelő igyekszik minél pontosabban megérteni a megfigyelt belső állapotát, gondolatait, érzéseit. Ezekben az elképzelésekben a perspektívaváltás, illetve szerepfelvétel jelenti a jelenség magját. (Mooradian, Davis, & Matzler, 2011) Ezzel szemben azok, akik az empátiában az affektív elemet tartják meghatározónak, úgy gondolják, hogy az empátia lényegi eleme a megfigyelőben, a szenvedő másikkal való interakcióban keletkező érzelmi válasz. Amint láthattuk, abban már eltérnek ezek az elképzelések, hogy milyen jellegű ez az érzelmi válasz. Az egyik elképzelés szerint a megfigyelőben és megfigyeltben megjelenő érzelmi válasz hasonló, míg mások arra hívják fel a figyelmet, hogy a megfigyelőben keletkező válaszból a részvét, törődés dominál (Mooradian, Davis, & Matzler, 2011).

A modern empátiakutatásban azonban, ahogy azt a fenti áttekintésben láthattuk, dominálnak a multidimenziós elképzelések, melyek mind a kognitív, mind pedig az affektív komponens az empátia fontos elemének tartják. Ezen elképzelések közül a legátfogóbbnak Davis (1996) megközelítése tűnik, akinek modelljében megjelennek az empátia szakaszai, ezek egymásra épülése. Témánk szempontjából fontos kiemelni, hogy a többdimenziós megközelítések közül Davis (1996), Eisenberg (2002), és Staub (1987) (bár nála más elnevezéssel) elképzelésében is fontos szerepet játszik az *empátiás törődés*, és az *empátiás distressz* elkülönítése. Tekintve, hogy ezekben az elméletekben a szerzők kiemelik, hogy a két jelenség mennyire eltérő figyelmet fókuszál (az empátiás törődés a másokra irányuló, míg az empátiás distressz a megfigyelő saját személyére irányuló érzelmi reakció), ezért alapvető fontosságú, hogy a segítő szakmában milyen tényezők befolyásolják, hogy melyik affektív válasz jelenik meg. Eisenberg ebben

fontosnak tartja az érzelmi intenzitást, illetve *érzelemszabályozást*, Davis-nél is megjelenik a szabályozás fontossága, valamint a perspektívaváltásra való képesség.

Még mielőtt rátérnék az empátiás distresszel kapcsolatos jelenségekre, elképzelésekre, fontos tisztázni a szakirodalomban szintén nagyon eltérő módon használt és értékelt szimpátia fogalmát. Hiszen már Eisenbergnél (2011) is láthattuk, hogy az empátiás törődést és a szimpátiát szinonimaként használja, míg másutt éppen érzelmi distressznek megfelelő értelemben bukkan fel a fogalom.

2.1.7. Szimpátia – Empátia

A szimpátia (együttérzés) kifejezést eredetileg Adam Smith (1759/1976) írta le, arra az intenzív érzelmi állapotra utalva, melyet egy másik személy erőteljes érzelmi állapota vált ki. A szimpátia e szerint az elképzelés szerint egy erőteljes érzelmi állapot átvételét jelenti. Az empátiát ennek a felfogásnak megfelelően az különbözteti meg a szimpátiától, hogy az empátiában a kognitív feldolgozás segít elvezetni a fokozott emocionális töltést (Buda, 2006). Tehát ebben az elképzelésben a szimpátia a Davis (1996) által, az empátia első lépéseként meghatározott parallel affektív reakcióhoz áll közel.

Wispé (1986) megközelítésében az empátia a tudatos szelf kísérlete arra, hogy a másik pozitív és negatív élményeit előítéllettől mentesen felfogja, míg a szimpátiával a másik személy szenvedését fokozottan tudatosítjuk, olyasvalamiként, amit enyhíteni kell.

Eisenberg (2011) megkülönbözteti a szimpátiát, amit sok esetben az empátiás törődés szinonimájaként használ és az empátiás distresszt. Ahogy már azt fentebb is láthattuk, Eisenberg a fő különbséget abban látja, hogy a szimpátia egy másakra irányuló, az együttérzést magában foglaló reakcióforma, míg az empátiás distressz egy a szelfre irányuló érzelmi válasz. Véleménye szerint abban, hogy melyik válasz aktiválódik, központi szerepet játszanak az érzelemszabályozási folyamatok.

A fenti néhány megközelítésben a szimpátia és empátia elkülönítésére az tűnik közös pontnak, hogy az empátia aktív kognitív teljesítményt tételez fel a megfigyelő részéről, míg a szimpátia esetében kevesebb kognitív tartalmat és erősebb affektív töltést feltételeznek.

Látható, hogy a szenvedő másik által kiváltott érzések elnevezésében, az empátia összetevőinek meghatározásában nincs egy egységes álláspont a pszichológiában. Jelen dolgozatban az empátia multidimenzionális felfogását tekintem kiindulási alapnak, amelyben az empátia több lépés egymásra épüléseként alakul ki, ahol a szabályozó funkcióknak központi jelentősége van.

Abban több elméletalkotó egyetért (Davis, 1996; Eisenberg, 2011; Hoffman, 2000;), hogy van egy automatikus válasz, amikor egy distresszt átélő másik személlyel vagyunk interakcióban. A következőkben ezt a reakcióformát tekintem át részletesen, illetve kapcsolatát az empátia többi formájával (perspektívaváltás, empátiás törődés, empátiás distressz).

2.1.8. Az empátiás folyamat: az affektív ráhangolódás, mint automatikus válasz

Hatfield, Cacioppo és Rapson (1994) leírják a primitív *érzelmi átterjedés* elnevezésű jelenséget, melyet olyan automatikus mimikriként definiálnak, amiben szinkronizálódik a megfigyelő és megfigyelt arckifejezése, vokalizációja, testtartása és mozdulatai, és amely mentén érzelmi állapotuk is összehangolódik. A jelenség leírása megjelenik a hipnóziskutatásban is. Eszerint ahogy a hipnózis mélyül, úgy jelennek meg azok a jelek, - hasonló testhelyzet felvétele, sőt a fiziológias folyamatok összehangolódása -, melyeket „interakciós szinkronicitásként” határoznak meg (Bányai, 1991). A szinkronjelenségek megjelenésében nagy egyéni különbségeket találtak, ami leginkább a hipnotizőr stílusával, viszonyulásával volt kapcsolatban (Bányai, Gósi-Greguss, Vágó, Varga, & Horváth, 1990). Két alapvető stílust azonosítottak, ezek a fizikai-organikus illetve az analitikus-kognitív, mely megkülönböztetés közel áll a Kohut (1980) által leírt, a fentiekben már idézett, ősi empátiás valóságészlelés, és a később kialakuló nem empatikus, kognitív viszonyulás kettőséhez (Kulcsár, 1998). A hipnóziskutatáson kívüli kutatások is azt mutatják, hogy az automatikusan működő, testi szinten megjelenő mimikri hatást gyakorol a megfigyelő érzelmi állapotára (Hatfield, Rapson, & Le, 2011) A legújabb kutatások a jelenség neurobiológiai hátterének vizsgálatára helyezik a hangsúlyt, melyet a fentiekben, a különböző empátia megközelítések összefoglalásánál már ismerttettem. Itt csak összefoglalva, ezen vizsgálatokban az agy azon területeit tanulmányozzák, melyekben ún. tükörneuronok vannak, amik aktivitást mutatnak egy adott cselekvéskor végzések, de annak csupán a megfigyelésekor is (Simon, Herold, Fekete, & Tényi, 2007). Ez azt jelenti, hogy amikor valakire figyelünk, a másik arckifejezésének a látványa összekapcsolódik saját hasonló motoros élményeinkkel, kiváltva ugyanazokat az érzelmi és vegetatív állapotokat, ami a testi szintű alapja a másokra való ráhangolódásnak. Davis (1983) és Staub (1987) is úgy vélekedik, hogy megjelenhet a másik affektív állapota nyomán a befogadóban parallel érzelmi válasz, ami a másik aktuális vagy feltételezett érzelmeihez hasonló emóciók megjelenéséhez vezet. A legújabb kutatások tehát azt feltételezik, hogy az érzelmi átterjedés hátterében a tükör-neuronokhoz kötődő automatikus agyi folyamatok állnak (Hatfield, Rapson, & Le, 2011). A folyamat irányát tekintve nincs egyértelmű magyarázat arra, hogy a mimikri, illetve a tükörneuronok tüzelése milyen sorrendet követ. Tehát elképzelhető,

hogy a tükörneuronok tüzelése vezet ahhoz, hogy átvegyük a másik mimikáját, testtartását, mozdulatait, vagy a motoros mimikri vezet ahhoz a neuronális szintű összehangolódáshoz, melyek háttérében a tükörneuronokat feltételezik (Hatfield, Rapson, & Le, 2011). Mindezek fényében felmerül a kérdés, hogy a segítő hivatásban, a distresszt átélő másikkal interakcióban milyen tényezők teszik a gyógyító szakembert sérülékennyé a másik distressz érzésének az átélésére? Hogyan előzhető meg, hogy aki hivatásszerűen foglalkozik szenvedő emberekkel, illetve „használja” az empátiát, túlterhelődjék a másiktól átvett negatív érzések által? A következő fejezetben a klinikai empátiával kapcsolatos elképzelések változását részletezem.

2.1.9. A klinikai empátia fogalmának alakulása

Az empátia a gyógyítás kontextusában sokféle módon jelenhet meg: mint egy eszköz, képesség, a kommunikáció egy módja, egy figyelmi hozzáállás, az introspekció egy formája, egy képesség, egy aktivitás vagy egy érzés (Basch, 1983). Mint ahogy arról a bevezető elején már írtam, segítőként „megéri” empatikusnak lenni, hiszen a páciens és az orvos/gyógyító közti kommunikáció pozitív hatással van a gyógyulásra (Halpern, 2001). Ahogy azonban azt már érintettem, a túl erőteljes szenzitivitás hátráltatja a gyógyító-páciens kapcsolatot, valamint ha az empátia valamely formája nincs megfelelően szabályozva, a gyógyító jóllétét is befolyásolja.

A gyógyításban megjelenő nehéz, érzelmileg megterhelő helyzetek kezelésével kapcsolatban sokáig úgy gondolták, hogy a megfelelő viszonyulás a minél inkább érzelemmentes, távolságtartó attitűd (detached concern). Ebben a koncepcióban a központi elem az volt, hogy hogyan tud a segítő érzelmi bevonódás nélkül empatikusan figyelni (Fox & Lief, 1963). Eszerint tehát a klinikai empátiát a kognitív empátiával azonosították, amiben a cél a minél pontosabb tudás a másik érzelmi állapotáról, anélkül, hogy a megfigyelő érzelmileg ráhangolódna (Halpern, 2012). Halpern (2012) három – nem bizonyított - okra vezeti vissza ennek a viszonyulásnak a kialakulását: egyrészt hogy a gyógyító csak így képes megőrizni az objektivitását, amely képessé teszi a pontos diagnózis megalkotására; másrészt, hogy az emocionálisan telített körülmények nem teszik lehetővé a megfelelő ellátást; harmadrészt pedig, hogy az érzelmi bevonódás növeli a kiégés veszélyét. A fenti érvekkel ellentétben több olyan vizsgálat, illetve beszámoló ismert, mely szerint önmagában a kognitív empátia nem elégséges ahhoz, hogy felismerjük a páciens érzelmi állapotát. A gyógyító-páciens interakciót rögzítő felvételeket használó vizsgálatok jól demonstrálják, hogy ha az orvos, bár megfelelő kérdéseket tesz fel, de hiányoznak azok, a sok esetben nonverbális jelek, melyek az érzelmi ráhangolódást jelzik, akkor a páciens sokkal kevesebbet oszt meg a legaggasztóbb tüneteiről.

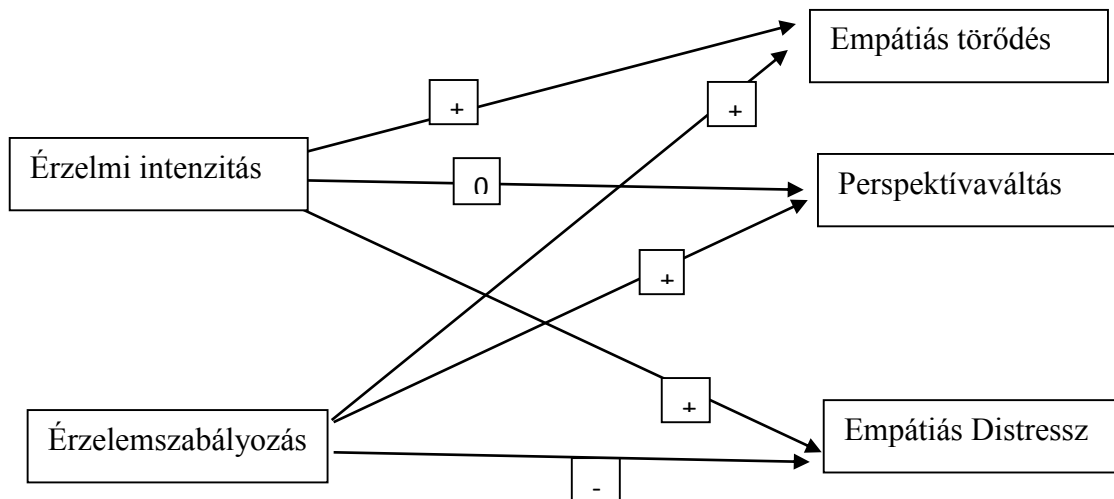
Abban az esetben viszont, ha a jó kérdezés kiegészül az érzelmi hangolódás nonverbális jegyeivel, a páciens kezeléssel való együttműködése is kedvezőbb. (Finset, 2010). Az onkológia területén végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy az orvos érzelmi bevonódása csökkenti a páciens szorongását a diagnózis közlésekor (Ptacek, & Ptacek, 2001). Decety és Ickes (2011) utal rá, hogy a gyógyítási folyamatban azok az érzések vezethetnek a segítő szorongásának növekedéséhez, melyek reflektálatlanok maradnak, és ez a szorongás csökkenti a nézőpontváltás megjelenésének esélyét. Halpern (2012) összefoglalójában arra mutat rá, hogy a reflektált érzelmi bevonódás védőfaktor lehet a kiégés ellen.

Eisenberg és munkatársai (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2000; Eisenberg & Okun, 1996) vizsgálatai szerint az érzelmi distressz (ami a szinkronjelenségek mentén alakul ki) akadálya a segítő viselkedésnek, míg az érzelmi distressz csökkenésével a segítő viselkedés valószínűsége nő (az érzelmi distresszt pl. szívritmus emelkedéssel azonosították). Eszerint az érzelmi distressz szabályozása központi jelentőségű abban a tekintetben, hogy mennyire képes a gyógyító szakember a segítő viselkedésre a szenvedő másikkal való interakcióban. Több kutató (Eisenberg & Eggum, 2011; Decety & Jackson, 2004) is egyetért abban, hogy annak fényében alakulnak a további reakciók a kezdeti automatikus érzelemátvételt követően, hogy milyen mértékben követi azt az én és a másik érzelmeinek megkülönböztetésére való képesség, illetve a mentális rugalmasság és kognitív szabályozás. A mentális rugalmasság és a kognitív szabályozás szempontjából kiemelkedő jelentőségűnek tartják a perspektívaváltást. Decety és Jackson (2004) külön kiemeli az empátiában a vikariáló érzések szabályozásának fontosságát, ami nélkül a kezdeti automatikus érzelmi rezonancia érzelmi distresszhez vezet. Eisenberg és Eggum (2011) ezzel összhangban szintén kifejti, hogy a nem megfelelő szabályozás fenntart egy olyan megemelkedett fiziológiai arousal állapotot, ami érzelmi distresszhez vezet. Ennek felelnek meg azok az eredmények is, melyek szerint azoknál a felnőtteknél, akik magasabb érzelmi distresszre való hajlamról számolnak be, alacsonyabb szintű szabályozási funkciók és kevésbé hatékony megküzdési mechanizmusok jellemzőek (Eisenberg, & Eggum, 2011).

A segítő szakma szempontjából központi jelentőségű, hogy a pácienssel való interakcióban az empátiás distressz, tehát a negatív érzések átvétele dominál, vagy a perspektívaváltás és az empátiás törődés.

Több olyan vizsgálat ismert, amely szerint az empátiás distressz és perspektívaváltás megjelenését az érzelmi intenzitás és az érzelemszabályozás befolyásolja. Eisenberg és Okun (1996) vizsgálataiban az érzelemszabályozási mutatók jó előrejelzői voltak az érzelmi distressz megjelenésének. Eisenberg és Fabes (1992) elméleti modellje (*1. ábra*) szerint az érzelmi

intenzitásban és érzelmszabályozásban tapasztalható egyéni különbségek hatással vannak az empátiás distressz, az empátiás törődés (amit ők egyébként szimpátiaként definiálnak, de az empátiás törődésnek megfelelő definícióval), valamint a perspektívaváltás alakulására. Elképzelésük szerint a magas érzelmi intenzitás növeli az empátiás distresszt, valamint az empátiás törődést, és nincs hatással a perspektívaváltásra, míg az optimális érzelmszabályozás növeli mind az empátiás törődést, mind pedig a perspektívaváltást, de csökkenti a distressz érzését.



1. ábra: Eisenberg és Fabes (1992) modellje

Okun és munkatársai (Okun, Shepard, & Eisenberg 2000) önkéntes segítőkét vizsgálva tesztelték Eisenberg és Fabes (1992) modelljét. Eredményeik szerint a negatív tónusú érzelmi intenzitás az empátiás törődés az érzelmi distressz pozitív előrejelzőjének mutatkozott, míg az érzelmi szabályozás pozitívan jelezte előre a perspektívaváltást, fordítottan pedig a distressz érzését. Komplexebb kapcsolatot találtak azonban az érzelmszabályozás és az empátiás törődés között: azoknál, akik hajlamosabbak a fokozott distressz érzésére, jellemzőbbek a szabályozatlan, intenzív negatív érzések. Ezzel szemben, akiknél az empátiás törődés erőteljesebb, bár szintén hajlanak az intenzív negatív érzések megélésére, de ezek jobban szabályozottabbak, mint az előző csoport tagjainál. Emellett azok, akik a perspektívaváltás szempontjából mutatnak magasabb értéket, empátiás törődés szempontjából magasabb, empátiás distressz szempontjából alacsonyabb értéket mutatnak. Ezek a vizsgálatok azt mutatják, hogy a perspektívaváltás azáltal, hogy a megfigyelő figyelmi fókusza a másik személyre koncentrálódik, kevésbé dominál a saját negatív érzelmi állapot, illetve a személyes distressz érzése (Okun et al., 2000).

Kevés vizsgálat született azzal kapcsolatban, hogy az egészségügy különböző területein dolgozók között van-e szignifikáns különbség empátia tekintetében. Egy vizsgálatban (Truax, Altmann, & Millis, 1974), amelyben a különböző egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók empátiáját mérték, azt találták, hogy az általános orvosok mutatták a legmagasabb empátia szintet. Egy másik vizsgálatban (Newton, Savidge, Barber, Cleveland, Clardy, Beeman, & Hart, 2000) viszont különböző specializáció iránt érdeklődő orvostanhallgatók között nem találtak szignifikáns különbséget empátia tekintetében. Hojat és munkatársainak (2002) vizsgálatában ahol 12 területről vizsgáltak szakorvosokat, azt találták, hogy a pszichiáterek érték el a legmagasabb empátia pontszámot. Ha alacsony és magas empátiás pontszámot elért csoportokat alkottak, a magas pontszámú csoportba tartoztak a pszichiáterek, az általános belgyógyászok, a gyermekgyógyászok és a sürgősségi ellátásban dolgozó orvosok. Elképzelhető, hogy a tapasztalt különbségek oka abban rejlik, hogy a különböző személyiségű, így különböző szintű interperszonális készségekkel rendelkező személyek különböző területek iránt éreznek vonzódást.

Összességében a klinikai empátiával kapcsolatban elmondható, hogy a tisztán kognitív empátia egyrészt nem tűnik sem megvalósíthatónak, sem hatékonynak. Ahhoz, hogy az érzelmi arousal empátiás törődéssé alakuljon, központi jelentőségűnek tűnik, hogy a gyógyító képes-e reflektálni, szabályozni a szenvedő másikkal való interakcióban keletkező személyes distressz érzéseit. Ha ez a szabályozás sikertelen, akkor a fokozott empátiás arousal empátiás distresszhez vezet. Ebben az állapotban a fókusz a saját distressz érzések csökkentésén van, mely általában – sokszor tudattalanul – ahhoz vezet, hogy a gyógyító elkezd kerülni a pácienseket (Gleichgerrcht & Decety, 2012). A megfelelő érzelemszabályozás tehát kiemelkedő jelentőségűnek tűnik a páciens és gyógyító szempontjából is a segítő empátia kifejezéséhez. A következő fejezetben az érzelemszabályozás legfontosabb fogalmait, valamint az empátiával való összefüggéseit tekintem át.

2.2. Érzelemszabályozás az empátia tükrében

Az érzelemszabályozás fogalma abban a tekintetben hasonló az empátia fogalmához, hogy széles körben használják, de sok esetben anélkül, hogy definiálnák. Sok eltérő szempont alapján lehet közelíteni a fogalomhoz. Egyrészt aszerint vizsgálható, hogy mennyire automatikus vagy akarati erőfeszítést igénylő tudatos mechanizmusról beszélünk, továbbá hogy az érzelem alakulásának mely állomására hatnak a szabályozási folyamatok (az érzelem kiváltását

megelőzően, közben, vagy után) (Gross, 2015). Az is meghatározhatja a szabályozás folyamatait, hogy külső (másik személy, külső környezet stb.) vagy belső folyamatok (mentális reprezentációk, illetve egyéb vonások) mentén vizsgáljuk-e. Végül fejlődéslélektani nézőpontból is tekinthetjük, hiszen a különböző életszakaszokban más-más érzelemszabályozási folyamatok relevánsak (Cole, Michel, & Teti, 1994).

A fogalom történeti előzményeit tekintve Gross (1998) három fontos irányt körvonalaz: a pszichoanalízisben az elhárító mechanizmusokat, a stresszkutatásban a megküzdést, illetve a fejlődépszichológiában az önszabályozás alakulásával kapcsolatos elméleteket⁶.

A disszertáció szempontjából azon nézőpont kerül előtérbe, mely a tudatos és automatikus érzelemszabályozási formákkal foglalkozik. Greenberg (2007) megkülönbözteti az érzelemszabályozásnak a *tudatos kontrollfolyamatokkal*, a kortikális bal féltekei végrehajtó funkciókkal kapcsolatban álló formáját és az *implicit, automatikus érzelemszabályozási* folyamatokat, melyek a subkortikális, jobb féltekei folyamatokra épülnek. Ezen belül a negatív érzések szabályozásának kérdése jelenti a témám szempontjából az egyik fő fókuszot.

2.2.1. Történeti előzmények

- *A pszichoanalízisben az elhárító mechanizmusok működése érzelemszabályozási folyamatként értelmezhető.* Eszerint a negatív affektusok kezelésének folyamata során, az ösztönéből származó késztetések, a felettes énből származó feszültségkeltő impulzusok, illetve az ezekhez kapcsolódó tudattartalmak tudattalanba szorítása történik (Freud, 1966/1994). Ebben az esetben nem tudatos, automatikus érzelemszabályozásról beszélhetünk (Vaillant, 1971). Az elhárítások lehetővé teszik, hogy az egyensúlyt veszélyeztető negatív érzésektől eltávolodjon a személy, még azon az áron is, hogy torzítja a belső és külső impulzusok észlelését.
- *Megküzdésnek* nevezi a stresszkutatással foglalkozó szakirodalom mindazokat a kognitív és viselkedéses erőfeszítéseket, melyeknek célja, hogy az erőforrásainkat nagy mértékben igénybe vevő helyzeteket kezelni tudjuk (Lazarus, 1991). Bár az érzelemfókuszú megküzdés az érzelemszabályozással analóg fogalomnak tűnik, mégsem azonosítható teljesen a két fogalom, hiszen az érzelemszabályozás azokban a helyzetekben is megjelenik, amelyek nem terhelik meg erőforrásainkat (Kököneyi, 2008).

⁶ A későbbiekben az érzelemszabályozás fejlődépszichológiai aspektusait egy külön fejezetben foglalom össze.

2.2.2. Az érzelemszabályozás folyamata

Az érzelem ismét egy olyan fogalom, melynek számtalan meghatározásával találkozunk a szakirodalomban. *Érzelem* akkor keletkezik, ha egy fontos dologgal kapcsolatban tudatosan (tudattalanul) relevánsnak értékelünk egy eseményt (Frijda & Mequita, 1994). Az érzelmek lényeges szerepet játszanak a fizikai és pszichés integritás fenntartásában (Damasio, 1994). A szociális interakciókban alapvető szerepet töltenek be, segítik az adott szituációval kapcsolatos jelentés megértését, valamint a saját érzelmek kifejezése hatást gyakorol a másik érzelmi állapotára is; ugyanakkor maguk a szociális interakciók is érzelemgeneráló ingerek (Izard, 1989; Frijda & Mequita, 1994). Nincs egyértelmű álláspont abban a tekintetben, hogy az érzelmek és érzelemszabályozási folyamatok szétválasztása, külön jelenségként való kezelése indokolt-e. Az egyik elmélet szerint, mely elképzelés a szabályozás akaratlagos formáira helyezi a hangsúlyt, különválaszthatóak az érzelem-generálódás és szabályozás folyamatai (Ochsner, Bunge, Gross, & Gabrieli, 2002). A másik elképzelés szerint az érzelem és az érzelemszabályozás folyamatainak szétválasztása felesleges, hiszen ezek egyidejűleg zajló, egymást befolyásoló folyamatok, az érzelemszabályozás gyakran az érzelem kialakulásának folyamatába ágyazott (Lewis & Stieben, 2004). Az utóbbi elképzelés az automatikus szabályozás mechanizmusait tartja a fókuszban (Greenberg, 2007). Ahogy arról már volt szó Greenberg (2007) összefoglalójában megkülönböztet tudatos kontrollfolyamatokból kiinduló, kortikális, bal agyféltekei aktivitást igénylő, valamint egy implicit, automatikus folyamatokra építő szubkortikális és jobb féltekei aktivitással összefüggő érzelemszabályozást.

Gross (2015) elképzelése szerint az automatikus és tudatos folyamatokat egy kontinuum mentén kell elképzelnünk, melynek az egyik végpontján az *explicit, akaratlagos szabályozás* áll, a másik végén pedig *implicit, automatikus, akaratlagos kontrollt nem igénylő* folyamatok.

Gross (2015) folyamatmodelljében öt érzelemszabályozási lehetőséget különít el: a *helyzetválasztás* (pl. bizonyos helyzetek elkerülésével illetve más helyzetek keresésével befolyásolható az átélt érzelem), a *helyzet módosítása* (a szituációban történő módosítások eredményeként számítunk érzelmi változásokra), a *figyelem irányítása* (a leggyakoribb a figyelemelterelés), a *kognitív változtatások* (ide tartozó stratégiák a helyzet jelentésének megváltoztatása, tehát az átkeretezés), a *válasz moduláció* (ide azok a stratégiák tartoznak, amelyek a már kialakuló érzelmi válasz intenzitását, viselkedéses, pszichológiai kimenetelét

módosítják, illetve ide tartozik az érzelemkifejező viselkedés szabályozása, pl. a negatív vagy pozitív érzelemkifejező viselkedés legátlása).

Témám szempontjából az implicit érzelemszabályozás, illetve a kognitív érzelemszabályozási folyamatokkal való összefüggése kiemelt fontosságú. Ezért a továbbiakban áttekintem az implicit érzelemszabályozás kialakulását, összefüggését a korai szülői empátiás odafordulással, amely szoros együttjárást mutat az egyén saját empátiás készségeinek alakulásával.

2.2.3. *Érzelemszabályozás fejlődéslélektani szempontból - Implicit érzelemszabályozás*

Az implicit érzelemszabályozás kialakulása elválaszthatatlan a korai anya-gyermek kapcsolattól. Az önszabályozási kapacitás (érzelmeik, figyelem, fiziológiai állapotok és a viselkedés szabályozása) szoros kapcsolódást mutat a korai időszakban az elsődleges gondozóval kapcsolatos élményekhez (Schore, 2001). Azon az érzékenységen van a hangsúly, ahogy az anya (vagy elsődleges gondozó) a gyermek viselkedése alapján „olvas” a gyermek érzelmi állapotaiban, visszatükrözve azt oly módon, hogy ne egyszerű utánzás legyen, hanem egy „megszelídített” (modulált) érzés (Stern, 2002), melyhez a gyermek kapcsolódni tud, eredeti érzelmi élményéhez illesztve az anya reakcióját. Ilyen jellegű mini-interakciók mentén tanulja meg a gyermek izgalmi szintjének modulálását, érzelmei szabályozását. Tehát a distressz szabályozása kezdetben külső ágens által biztosított, ennek révén sajátítjuk el az automatikus önmegnyugtató stratégiákat. Ahogy Greenberg (2007) kiemeli, ebben a folyamatban az empátiás törődés internalizálódása kulcsfontosságú tényező. Ugyanezen jelenségek, kicsit eltérő fókusszal több más elméletben is úgy jelennek meg, mint az érzelemszabályozás alapjai. Fónagy és Target (1997) *mentalizáló szülői hozzáállás* fogalma, valamint Gergely és Watson (1998) *szülői érzelemtükrözés* koncepciója mind azt a folyamatot írják le, melyben mások által képessé válunk megérteni és szabályozni önmagunkat. Ha azonban a szülő a csecsemő érzelmi kifejezéseit nem tükrözi, vagy nem megfelelően tükrözi, akkor nem alakul ki a csecsemőben az elsődleges érzések szabályozásának képessége (Fónagy & Target, 1997), tehát nem alakulnak ki ún. implicit automatikus érzelemszabályozás stratégiái pl. önn nyugtató viselkedések, az érzelmi distressz kommunikációja, intenzívebb vokalizáció, szemkontaktus, társak keresése.

Mіндеzen folyamatok alapját képezi a Bowlby (1969) által leírt velünk született viselkedési repertoár (kötődési viselkedés), mely arra ösztönzi a csecsemőt, hogy a gondozóval való közelséget keresse és fenntartsa. Mikulincer, Shaver és Pereg (2003) szerint az elsődleges gondozó hozzáférhetősége, válaszkészsége kritikus szerepet tölt be az érzelemszabályozás

egyéni különbségeinek kialakulásában. Véleményük szerint a közelségkeresés sikere a procedurális memóriában tárolódik és segíti az ún. „biztonsági alapú forgatókönyvek” működését, mely szerint a distressz kimutatása és a közelségkeresés támogatást eredményez, ami a distressz szabályozásához, csökkenéséhez vezet (Kököneyi, 2008). Megfelelő kötődési személy mellett tehát az rögzül, hogy az érzelmi distressz őszinte kifejezése segíti a negatív érzelmi élmény feldolgozását, és nem veszélyezteti a kapcsolatot. Amennyiben a közelségkeresés sikertelen, a másodlagos kötődési stratégiák lépnek működésbe, mint a hiperaktiváció vagy deaktiváció. Ezekben a stratégiákban a distressz kifejezésének problematikái jelennek meg: a deaktiváló stratégia esetében a személy igyekszik kerülni az érzelmi állapotok átélését, míg a hiperaktiváló folyamatok a distressz fokozott megélését és kifejezését eredményezik, de mivel nincsenek adekvát önmegnyugató stratégiák a distressz nem csökken (Greenberg, 2007). *Összefoglalva:* a kötődési rendszernek fontos szerepe van az érzelemregulációban, aminek működése befolyásolja, hogy az egyén hogyan értékeli az őt érő élményeket, interperszonális helyzeteket, hogyan szabályozza az események mentén kialakuló érzelmi élményeket (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). Amennyiben a korai érzelmi visszatükrözés, mentalizáció sikeres (ami a biztonságos kötődés kialakulásának is fontos feltétele) az megalapozza az érzelmek elfogadását, érzelmi élményekhez való hozzáférést, optimális érzelmi tudatosságot és az érzelmek adekvát kifejezésének képességét (Bóna, Kun, Kököneyi, & Demetrovics, 2013).

A fentieket figyelembe véve kijelenthető tehát, hogy a gyermek az elsődleges gondozóval való korai kapcsolatban szerez arról hosszútávon ható tapasztalatokat, hogy a distressz kifejezésére milyen válaszokat várhat. Az anyával/gondozóval való empatikus kapcsolat érzelemszabályozásban betöltött szerepét a fentiekben részletezettek alapján jól láthatjuk. Az ebben az időszakban megtapasztalt szülői empátia azonban a gyermek saját empátiás kapacitásának alakulására is kiemelkedő hatással van. Egy vizsgálatban (Weinfeld, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2008), ahol a kutatók tanárokat kértek, hogy jellemezzék diákjaikat a másokkal való törődés és együttérzés szempontjából, azt találták, hogy ezek az értékelések szignifikánsan elkülönítették a biztonságosan és nem biztonságosan kötődő gyerekeket. Decety és Svetlova (2012) empátia és a kötődés kapcsolatát vizsgálva arra az eredményre jutott, hogy a kötődési rendszer és az empátiás válasz közötti kapcsolatot az érzelemszabályozás közvetíti. Eszerint a szenvedő másikkal való interakcióban megjelenő érzelmi arousal biztonságos kötődés esetén vezet empátiás törődéshez, ezzel szemben a kötődési szorongás az empátiás

választ gátló empátiás distressz megjelenését valószínűsíti, a kötődési elkerülés pedig az elhárító válaszét.

Saját vizsgálatunkban a kötődés nem szerepelt a mért változók között. Témám szempontjából ez annyiban fontos, hogy láthatjuk, hogy a korai kapcsolatok minősége mentén mennyire *összefonódik az érzelemszabályozás és az empátiás válasz alakulása*. Az érzelemszabályozási kapacitás, illetve annak jellemző formája meghatározhatja, hogy interperszonális helyzetekben hogyan reagálunk, mennyire vagyunk képesek a másikkal való optimális távolság beállítására. Tehát az implicit érzelemszabályozási folyamatok és empátia szoros összefüggését szeretném kiemelni az ontogenetikus szempontok beemelésével.

2.2.4. Az érzelemszabályozás fogalma

Visszatéve az érzelemszabályozásban szerepet játszó tényezők áttekintéséhez, saját témámhoz Gratz és Roemer (2004) meghatározását tekintem irányadónak, amiben a legfontosabb elemek az érzelmi élmények átélése, kifejezése és elfogadásának képessége. Részletesebben kifejtve megközelítésükben az érzelemszabályozás az alábbi összetevők mentén ragadható meg, és válik mérhetővé:

- az érzelmek tudatosságának és megértésének képessége
- az érzelmek elfogadása
- az impulzív viselkedés kontrollja, negatív érzelmek átélésekor is a célvezérelt viselkedés fenntartása
- az adott helyzethez illeszkedő érzelemszabályozó technikák rugalmas használata, amelyek segítik az érzelmi válaszok szabályozását, hogy a saját célok összehangolhatóak legyenek a szituációs feltételekkel.

Ez a meghatározás, ahol az érzelemszabályozás bizonyos szabályozási képességek összességét jelenti, nagyon közel áll a máshol érzelmi intelligenciának nevezett fogalomhoz (Salovey, Mayer, & Caruso, 2002).

Az implicit érzelemszabályozás és az explicit, tudatos folyamatokra épülő érzelemszabályozás összefüggését tekintve Greenberg (2007) szerint a különböző tudatos érzelmkezelési technikák tanítása (pl. distressz asszertív kifejezése, szorongás csökkentése kognitív technikákkal) erősíti a tudatos érzelemszabályozás folyamatait, de emellett az implicit érzelemszabályozás más technikák mentén alakítható. Utóbbi szempontjából fontosak az érzelmek tudatosítását, elfogadását célzó technikák (pl. narratív írás, relaxáció, meditáció stb.),

valamint természetesen azok a terápiás technikák, amelyek egy empátiás közegben segítik megerősödni az implicit érzelemszabályozás folyamatait.

2.2.5. Pozitív-negatív érzések

Számos kutatás és a gyakorlati tapasztalatok is azt támasztják alá, hogy a negatív érzések túlsúlyának fizikai és pszichológiai hatása is van az egyénre (Taylor, 2010). Ez hozzájárulhat alkoholproblémák kialakulásához, depresszív tünetképzéshez (Frances, Franklin, & Flavin, 1986), illetve megnöveli az esélyét bizonyos testi problémák, betegségek megjelenésének (ízületi gyulladás, diabétesz, gyomorproblémák stb.) (Goodwin, Cox, & Clara, 2006). Emellett a kognitív funkciókra is hatással vannak, egy vizsgálatban (Sommer, Hajak, Dohnel, Meihardt, & Muller, 2008) ahol a vizsgálati személyekben, kellemetlen képek exponálásával negatív érzelmi állapotot indukáltak, azt tapasztalták, hogy a résztvevők a képek exponálása után végzett, gátló funkciókat igénylő feladatokban több hibát ejtettek, mint a kontroll csoport.

Ezzel szemben a pozitív érzések dominanciája alacsonyabb kortizolszinttel jár együtt (Polk, Cohen, Doyle, Skoner, & Kirschbaum, 2005), javítja az immunfunkciókat (Cohen, Alper, Doyle, Treanor, & Turner, 2006). Úgy tűnik tehát, hogy közvetlen kapcsolat van az érzelmi élmények minősége és a stressz kimenete között, mint amilyen például a kiégés (amit elhúzódó krónikus stresszhatásként értelmezünk).

A pozitív és negatív érzések azért kerülnek külön kiemelésre a dolgozatban, mert ahogy azt az empátiával foglalkozó fejezetben részletesebben ismertettem, a segítő kapcsolatban a distresszt átélő másikkal interakcióban, a negatív érzések mentén megjelenő szinkronfolyamatok a megfigyelőben is negatív érzéseket generálnak, melyek a továbbiakban az érzelemszabályozási kapacitás függvényében alakulnak.

A pozitív és negatív érzések viselkedésre gyakorolt hatásáról összefoglalóan elmondható, hogy a pozitív érzelmek általában a megközelítő viselkedéssel, tehát a viselkedést aktiváló rendszerrel, míg a negatív érzések az elkerülő viselkedéssel, vagyis a viselkedést gátló rendszer működésével vannak kapcsolatban (Gray, 1987). Ez témám szempontjából azt is jelenti, hogy ha a segítőnél a szinkronfolyamatok eredményeképpen negatív érzések dominálnak, az várhatóan a páciens elkerülésével (akár deperszonalizáció formájában) fog együtt járni.

A pozitív és negatív érzések tekintetében féltekei lateralizációra utalnak a vizsgálati eredmények (Davidson, 2002), miszerint a jobb féltekét inkább a negatív érzések, míg a bal féltekét a pozitív érzések generálásával hozták összefüggésbe. Ahogy azt a fentiekben láthattuk,

azt, hogy mely érzések megélésére vagyunk hajlamosabbak a konstitucionális tényezőkön túl, a korai interperszonális hatások is alakíthatják. A biztonságos kötődést kialakító korai tapasztalatok hozzájárulnak a jobb féltekei regulátoros funkciók működéséhez (Davidson, 2002), ami segíti a negatív érzések szabályozását.

Az érzelemszabályozással kapcsolatos fejezetet *összefoglalva* témám szempontjából a fókusz a tudatos és nem tudatos (implicit) érzelemszabályozási formákon van. Külön hangsúlyt kaptak az implicit, automatikus (elsősorban jobb féltekei aktiváción alapuló) érzelemszabályozási folyamatok, illetve ezek alakulása. Ez utóbbi érzelemregulációs formához tartoznak az önmegnyugtató stratégiák, az érzelmek elfogadása, adaptív kimutatása, melyekkel mérsékelhetőek a negatív érzések (Schore, 1994). Mikulincer, Shaver és Pereg (2003) alapján abból a szempontból tartottam fontosnak a korai kapcsolatok kötődést befolyásoló hatásának elemzését, hogy ezekben formálódnak az érzelemszabályozási képességek, melyek alapvetően meghatározzák, hogy distresszt átélve a közelségkeresés, vagy elkerülés dominálja-e a viselkedést. Decety és Svetlova (2012) megállapításai pedig megerősítik az érzelemszabályozás és empátias kapacitás szoros együttjárását. Témánk szempontjából mindez azért fontos, mert a gyógyító kapcsolatban a segítő jellemzően olyan helyzetekben van közeli kapcsolatban distresszt átélő másikkal, amikor a szinkronjelenségek mentén átélte saját negatív érzéseit szabályozva kell empátias odafordulással, a helyzetben maradván reagálnia. A fentiek alapján pedig valószínűsíthető, hogy az érzelemszabályozásban megjelenő egyéni különbségek befolyásolják a megjelenő empátias választ.

A továbbiakban a segítő kapcsolatra fókuszálva tekintem át az érzelemszabályozás és az empátia összefüggéseit.

2.2.6. Az érzelemszabályozás és az empátia összefüggései a segítő kapcsolatban

A segítő foglalkozásúaknak összetett érzelemszabályozási kihívásnak kell megfelelniük: felismerni és kezelni a páciensek érzéseit és szabályozni a saját keletkező érzéseket. A vizsgálatok egy részében az érzelemszabályozást az önszabályozás részeként vizsgálják. Az önszabályozás magában foglalja az irányított figyelmet, gátló funkciókat, a viselkedés aktív tervezését, illetve az információk integrálását (Eisenberg & Eggum, 2011). Ebbe tartoznak az érzelmi, viselkedéses és kognitív kontrollfunkciók is (Simon & Durand-Bush, 2014). Az önszabályozási kapacitásban egyéni különbségek mutathatóak ki. Gyerekekkel végzett vizsgálatok (Eisenberg, Smith, Sadovsky, & Spinrad, 2004) azt mutatják, hogy azoknál a

gyerekeknél, akik magas szintű akaratlagos kontrollal jellemezhetőek, alacsony a negatív emocionalitás szintje és a problémás viselkedés, de magas szintű a szociális kompetencia.

Orvostanhallgatók és orvosok körében végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy az önszabályozás szintje szignifikáns összefüggést mutat a pszichológiai jólléttel, stressz és kiégés szinttel (Simon & Durand-Bush, 2014). Egy másik, hasonló fókuszú vizsgálatban, orvostanhallgatóknak szervezett 17 hetes kurzust követően, melynek keretében a résztvevők kognitív, érzelmi és viselkedésszabályozási technikákat tanulhattak (tehát a szelfszabályozást fejlesztették), javult a páciensekkel kapcsolatban megélt teljesítményük és a jóllét érzése is. (Simon & Durand-Bush, 2009).

Az empátia fejezetben már idézett Eisenberg és Fabes (1992) (*1. ábra*) szerint az érzelemszabályozás folyamatai döntik el, hogy a másikkal való kapcsolatban keletkező empátiás arousal empátiás törődéssé vagy empátiás distresszé alakul. Ebben az elképzelésben a szabályozatlan empátiás válasz olyan erőssé válik, hogy az egyén figyelme a saját érzéseire fókuszál, a másik problémája, érzése helyett. Eisenberg és Farbes (1992) szerint két olyan fontos személyiségváltozó van, ami befolyásolja, hogy egy distresszt átélő másikkal való interakcióban kialakul-e túlzott arousal állapot: 1. az érzelmi válaszkészség diszpozicionális szintje, tehát az érzelmi intenzitás 2. az érzelmi reakciók szabályozhatóságának egyéni képessége. Vizsgálataik alapján amellet érvelnek, hogy diszpozicionális empátiás törődésről (amit ők szimpátiaként jelölnek), illetve empátiás distresszre való hajlamról beszélhetünk. Felnöttek önbeszámolás kérdőív alapján meghatározott diszpozicionális személyes distressz szintje összefüggést mutatott a szabályozás alacsony szintjével (szintén önbeszámoló alapján), illetve a barátok jellemzése alapján megállapított alacsony megküzdési képességekkel (Eisenberg & Eggum, 2011). Összefoglalva az empátia fejezetben már részletesebben ismertetett vizsgálatokat, a diszpozicionális szimpátia (empátiás törődés) magas szintű szabályozással és negatív érzelmi intenzitással jár együtt, a személyes distressz pedig alacsony szabályozással és magas negatív érzelmi intenzitással jár. A perspektívaváltás fontos moduláló tényező a folyamatban (Eisenberg& Okun, 1996).

Az empátiás overarousal következményeként a gyógyító önkéntelenül/tudattalanul visszahúzódik a páciensről (ami a negatív érzésre adott reakcióként értelmezhető), azért, hogy a saját distressz érzéseit csökkentse, megakadályozva ezzel, hogy kialakuljon az empátiás törődés (Decety & Lamm, 2009)

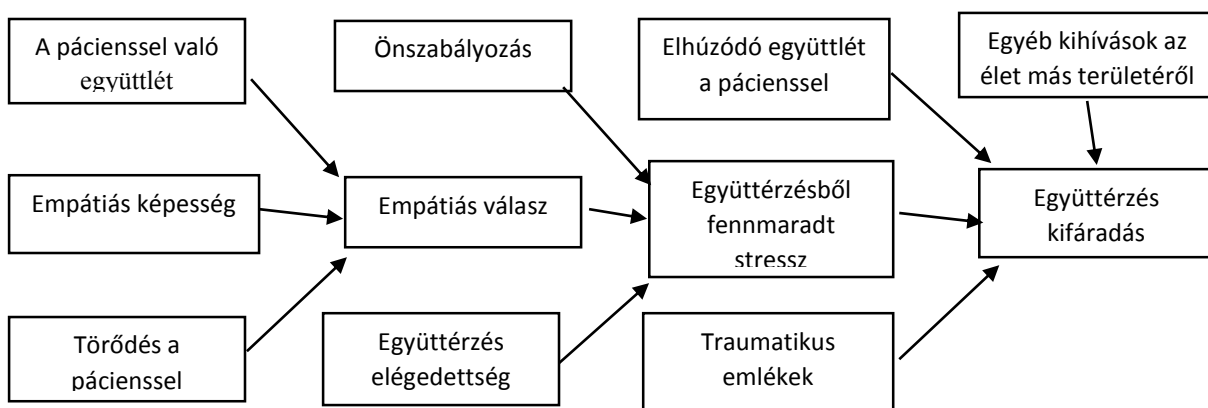
Eisenberg és Fabes (1992) az empátiás distressz szabályozásánál fontosnak tartja a gátló funkciókat, Gleichgerrcht és Decety (2012) azonban rámutat, hogy a túlzott szabályozásnak is lehetnek negatív fiziológiai és interperszonális következményei: megnövekedett vérnyomás, félbeszakadt kommunikáció és csökkenő rapport.

Gleichgerrcht és Decety (2012) vizsgálták, hogy hogyan működik az empátiás válasz szabályozása egészségügyi dolgozóknál. Két olyan vizsgálatot emelnek ki, amelyben orvosok mások fájdalmára reagáltak, mely reakciók neuronális hátterét fMRI segítségével követték nyomon. Az első vizsgálatban (Cheng, Lin, Liu, Hsu, Lim, & Hung, 2007) egy rövid kisfilmet láttak a vizsgálati személyek egy fájdalmas helyzetről és egy nem fájdalmas helyzetről. A kontrollcsoportnál az ún. fájdalommátrix-hoz tartozó agyi struktúrák mutattak aktivitást (anterior insula, anterior cinguláris cortex, SMA, szomatoszenzoros cortex, PAG), melyek normál esetben a fájdalom tényleges megélésekor mutatnak fokozott aktivitást. Figyelemre méltó azonban, hogy más mintázatot tapasztaltak a vizsgálatban részt vevő orvosoknál a fájdalmas helyzetről szóló videó exponálásakor. Aktivitást tapasztaltak bizonyos kortikális régiókban, melyek a végrehajtó funkciókkal és a figyelemmel, valamint önszabályozással vannak kapcsolatban. Továbbá az orvosi csoport nem mutatott olyan mértékű aktivitás növekedést a fájdalom mátrixban, mint a kontroll csoport. A másik vizsgálatban (Decety, Yang, & Cheng, 2010) ugyanazon videókat használva azt találták, hogy az orvosok a szabályozás során már nagyon korán letiltják az alulról felfelé irányuló folyamatokat, melyek megakadályozzák a fájdalmas látványra kialakuló negatív arousal növekedését. Felmerülhet a kérdés a két vizsgálat alapján, hogy vajon az az eredmény, hogy a fájdalmas szituáció látványa nem aktiválta az orvosok fájdalom mátrixát, jelentheti-e azt, hogy nem elég empatikusak? Gleichgerrcht és Decety (2012) azon az állásponton van, hogy az orvosok képesek a fájdalom hatására kialakuló negatív arousal csökkentésére, annak érdekében, hogy a kognitív források hozzáférhetőek maradjanak, illetve, hogy az empátiás törődés működjön. Következtetésük szerint azok a leginkább veszélyeztetettek az érzelmi kimerülés szempontjából, akik nem képesek a negatív arousal megfelelő szintű szabályozására. Azt azonban kiemelik, hogy *bizonyos mértékű negatív arousalre szükség van ahhoz, hogy az orvos rá tudjon hangolódni a páciensre, és megértse érzéseit.*

Az optimális szabályozás kialakulásának nehézségeire utalnak azok a vizsgálatok, melyek orvostanhallgatók empátiájának változását mérték a képzés ideje alatt: a szakmai gyakorlat első évében viszonylag alacsony empátiás törődést, a végén magas empátiás distresszt mértek, valamint megnövekedett depressziót, haragot és kimerültséget (Bellini, Baim, & Shea, 2002).

Egy másik vizsgálatban az orvosi alapképzés negyedik évében mérték a hallgatók empátiájának változását: a szignifikáns empátia csökkenés következett be a harmadik évben (ekkor kezdődtek a szakmai gyakorlatok, tehát ekkor találkoznak a hallgatók először betegekkel), ami folytatódott a negyedik évben (Hojat et al., 2009). Ugyanezt a tendenciát támasztja alá Dyrbye és munkatársainak (2010) vizsgálata, akik amerikai medikusok között nagyon magas distresszt és nagyon alacsony altruisztikus attitűdöt talált.

Figley (2012) a 2. ábrán látható módon írja le azt a folyamatot, illetve azokat a befolyásoló összetevőket, melyek meghatározzák, hogy a segítő mennyire képes a megfelelő empátia gyakorlására. Ebben a folyamatban az együttérzésből fennmaradt stressz teszi a segítőt sérülékennyé a negatív következményekre. Két fontos tényező játszik abban szerepet, hogy ilyen jellegű krónikus stresszhatás megjelenik-e: az együttérzés elégedettség és az önszabályozás. Figley (2012) meghatározása szerint az együttérzés elégedettség akkor jelentkezik, amikor a segítő érzi empatikus válaszána pozitív hatását, az önszabályozás pedig azt a – már korábban tárgyalt – képességet jelenti, hogy a személy képes kontrollálni gondolatait, viselkedését, érzelmeit, ahhoz, hogy a munkájában hatékonyan érezhesse magát. Ebben a modellben nagyobb a valószínűsége az együttérzés kifáradás (Figley, 1995) kialakulásának, ha az empátiás válasz fokozott stresszt vált ki (amit az önszabályozás szintje és az együttérzés mentén érzett hatékonyság határoz meg). Ha azonban jól működik az önszabályozás és elégedettséget él át a segítő a gondoskodás mentén, még akkor is jelenthet két további tényező rizikófaktort: a túlzottan sok páciens vagy a túl hosszú ideig tartó együttlét a distresszt átélő páciensekkel, illetve a feldolgozatlan saját traumatikus emlékek. Ha utóbbi rizikófaktorok jelen vannak, és az élet más területén jelentkező kihívások jelentkeznek, az tovább növelheti az együttérzés kifáradás kialakulásának esélyét.



2. ábra: Együttérzés stressz/kifáradás modell (forrás: Figley, 2012)

A szakirodalomban a humán foglalkozásúak körében az érzelemszabályozás és empátia összefüggésének vizsgálata leggyakrabban az ún. érzelmi munka vizsgálatával függ össze. A fogalom leírója Arlie Russel Hochschild (1983) az érzelmek menedzselését nevezte érzelmi munkának, ami tulajdonképpen az érzelemszabályozás folyamatát jelenti. Zapf (2002) már némileg szűkíti a fogalom jelentését, a munkahelyen elvárt érzelmi kifejezésre és szabályozásra (Zapf, 2002). Az érzelmi munka négy dimenzióból áll: 1. interakciók gyakorisága, 2. érzelmek erőssége, interakciók időtartama 3. érzelmek sokszínűsége, 4. érzelmi disszonancia (Grandey, 2000; Zapf, 2002). A különböző helyzetek, nehézségek a legkülönbözőbb érzelmeket válthatják ki a gyógyító személyzetből, de sok esetben ezeket a megélt érzéseket nem fejezhetik ki. Ezekben az esetekben beszélhetünk érzelmi disszonanciáról, amikor a megélt érzelmi élmény és a kifejezett érzelm nem kongruens (Zapf, 2002). Zapf, Vogt, Seifert, Mertini és Isic (1999) az érzelmi munka mérésére kidolgoztak egy kérdőívet, a Frankfurter Érzelmi Munka Skálát (FEWS). A kérdőív alszállai: Pozitív érzelmek kifejezése, Negatív érzelmek kifejezése, Szenzitivitással kapcsolatos követelmények, Interakció kontrollja, Érzelmi disszonancia. Láthatóan ez a kérdőív többségében a külső körülmények által előírt érzelemszabályozást vizsgálja, kevésbé reflektál az implicit módon jelen lévő automatikus folyamatokra. Bár nyilvánvalóan az érzelmi munka alakulása nagymértékben összefügghet az implicit érzelemszabályozási folyamatok milyenségével, ez a terület mégsem került a kutatók figyelmének fókuszába.

Grandey (2000) érzelmi munkával kapcsolatos elméletében az érzelemszabályozás központi elem. Modelljében három elem egymásra hatását vizsgálja: helyzethez kapcsolódó változók (az interakcióval kapcsolatos elvárások, azok az események, melyek aktuálisan érzelmeket váltanak ki), az érzelemszabályozás folyamata, az érzelmi munka következményei. Elméletében az érzelemszabályozás két formáját emeli ki: az érzések módosítását (deep acting) illetve az érzelmek kifejezés megváltoztatását (surface acting). Grandey modelljében az érzelemszabályozást befolyásolják személyes tényezők (nem, érzelmi intelligencia, affektivitás) és szervezeti tényezők (autonómia, munkatársaktól kapott támogatás). Témám szempontjából külön kiemelendő, hogy Grandey a kiégést a túlzott érzelmi bevonódással hozza összefüggésbe. Az érzelmi munka és a kiégés között más szerzők is szoros kapcsolatot találtak, leginkább a kiégés érzelmi kimerülés dimenzió esetében (Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001).

Zammuner, Lotto és Galli (2003) olasz egészségügyi dolgozókkal végzett vizsgálatukban arra voltak kíváncsiak, hogy hogyan működtethető hatékonyan az érzelemszabályozás folyamata.

Eredményeik szerint a negatív disszonáns érzelmek befolyásolják az életminőséget, továbbá amikor a segítők túlzottan kontrollálni próbálják az érzelmek kifejezését, akkor nagyobb a valószínűsége az érzelmi kimerülésnek, illetve a deperszonalizáció megjelenésének.

Másik fontos fogalom a szakirodalomban az empátia szabályozásával kapcsolatban az *érzelmi intelligencia*. Az érzelmi intelligencia alatt olyan személyiségvonást értünk, amely több képességet foglal magába: mások és saját érzések monitorozása, ezek közötti különbségtétel, illetve ezen információk hatékony alkalmazása a gondolkodás és viselkedés szervezése során (Oláh, 2005). Joseph és Newman (2010) metaanalízise szerint a nők az érzelmi intelligencia minden dimenziójában magasabb pontszámot érnek el, mint a férfiak.

Több vizsgálat számol be arról, hogy amellet, hogy az érzelmi intelligencia a lekülönbözőbb munkaterületeken jó hatással van a munkateljesítményre (pl. Van Rooy & Viswesvaran, 2004), befolyásolja a szociális interakciók minőségét. Ez utóbbi összefüggést találta Schutte és munkatársainak (2001) vizsgálata, mely szerint az érzelmi intelligencia pozitív összefüggést mutat olyan szociális képességekkel, mint szociális kontroll, szenzitivitás, érzelemkifejezés, érzelmi kontroll. Ennek megfelelően magasabb érzelmi intelligencia, nagyobb fokú empátiával is együtt jár (Fitness & Curtis, 2005; Mayer, & Salovey, 1997). Tekintve a fentebb részletezett fejlődéslélektani aspektusokat, miszerint az érzelemszabályozás az anyai empátia függvényeként alakul, és ily módon a saját későbbi empátia alapjává is válik, ez az összefüggés nem meglepő.

Berrios Martos, Lopez-Zafra, Pulido-Martos és Augusto (2013) vizsgálatukban azt találták, hogy az empátia (mind a kognitív, mind pedig az affektív komponenst tekintve) varianciáját a legnagyobb mértékben az érzelmi intelligencia érzelemszabályozási dimenziója magyarázza. A személy neme – a szerzők várakozásával ellentétben – nem mutatkozott közvetítő változónak az érzelmi intelligencia és empátia összefüggésében. Következtetésük szerint *az érzelmi intelligencia intraperszonális aspektusa, az érzelemszabályozás segít a leginkább megérteni a dolgozók empátiáját*. Saját vizsgálatomban is az érzelemszabályozást tekintettük az empátiát befolyásoló fontos faktornak.

Összefoglalva a segítő kapcsolatban az empátia és az érzelemszabályozás összefüggéseit megállapítható, hogy a genuin empátia jelenléte a gyógyításban egy érzékeny szabályozást igénylő folyamat. A nehézség a fenti eredményeket figyelembe véve a helyzet paradox jellegéből fakad: ahhoz, hogy a megfelelő gondoskodás kialakuljon, a gyógyító szakembernek motiválnak kell lennie a segítségre, de a gondoskodás, a másokra irányuló figyelem magas

empátiás distresszhez vezethet, ami a figyelmi fókuszot a másik érzése helyett a saját negatív érzések csökkentésére irányítja. Másrészt amint azt láthattuk, annak is van fiziológiai és pszichológiai ára, ha igyekszünk elfojtani a saját keletkező érzéseinket, illetve ha távol tartjuk magunkat a páciensről (Gleichgerrcht & Decety, 2012). Mindezeket figyelembe véve a segítő szakmában dolgozók számára kiemelt fontosságúnak tűnik a megfelelő szabályozási mechanizmusok működtetése. Vizsgálati eredmények (Cheng et al., 2007; Decety, Yang, & Cheng, 2010) alapján orvosok képesek fájdalomra adott empátiás válaszuk szabályozására. A képző eljárások azt mutatják, hogy ez az empátia-szabályozás az agy azon területeinek aktivációjához kötődik, melyek a kognitív kontrollért és végrehajtó funkciókért felelősek. Emellett azonban Gleichgerrcht és Decety (2012) felhívja a figyelmet arra, hogy az érzelmi empátia teljes elnyomása, illetve figyelmen kívül hagyása lehetetlen, és mind a gyógyító, mind pedig a páciens szempontjából kártékony folyamat. Érzékeny egyensúly kialakítására van szükség, ami az implicit és explicit érzelemszabályozási folyamatok finom összehangolását jelenti. Gleichgerrcht és Decety (2012) kiemelten fontosnak tartja olyan tréningek és klinikai programok kidolgozását, amelyekkel kialakítható egy optimális egyensúly a pácienssel való törődés és a saját érzések szabályozása között.

Láthattuk, hogy az empátiát több, az érzelemszabályozással összefüggő, illetve azt magában foglaló fogalommal kapcsolatban vizsgálták (érzelmi munka, érzelmi intelligencia), de ahogy azt a fenti eredmények mutatják, az empátia legerősebb összefüggést az érzelemszabályozási folyamatokkal mutat.

A Gratz és Roemer (2004) által képviselt érzelemszabályozási folyamat definíció, amiben a legfontosabb elemek az érzelmi élmények átélése, kifejezése és elfogadásának képessége, sok átfedést mutat az érzelmi intelligenciával, mégis inkább az intrapszichés elemekre helyezi a hangsúlyt. Saját témám szempontjából az érzelemszabályozás e komplex felfogásával hozom összefüggésbe az empátia dimenzióit.

A fentiekben már többször említésre került a kiégés, illetve kiégés különböző dimenziói, azok kapcsolata az nem megfelelően szabályozott empátiával. A következő fejezetben a kiégés fogalmát, folyamatát, az érzelmi kimerülés okait fogom áttekinteni, továbbá a kiégéssel rokonságot mutató fogalmak azonosságait és különbségeit.

2.3. A kiégés fogalma, kialakulása, összefüggése a segítő foglalkozásúak érzelmi terhelésével

2.3.1. A kiégés fogalmának alakulása

A burnout fogalom elterjedéséhez nagyban hozzájárult Graham Greene 1961-ben írt, magyarul *Gyógyulás* címen megjelent regénye (A burn-out case), amely egy kiábrándult építészről szól, aki munkáját otthagyva az afrikai dzsungelbe megy.

A tudományos érdeklődés homlokterébe 1974-ben került a jelenség, amikor Freudenberger (1974) New York-i pszichiáter, pszichoanalitikus leírta a kiégés fogalmát. Freudenberger, a hajléktalanokkal foglalkozó önkénteseknél megfigyelt érzelmi kiürülés és motivátlanság állapotát határozta meg ezzel a fogalommal. A kiégéssel kapcsolatos kutatások fókusza tehát a kezdetektől a segítő foglalkozásúakra koncentrált. Az emberekkel kapcsolatos munka olyan megterhelést jelenthet, ami az érzelmi kapacitás kimerüléséhez vezethet.

Elkülönítendő a kiégés szindrómától az ún. Helfer szindróma, melyet 1977-ben írt le Schmidbauer (Fekete, 1991), aki pszichoanalitikus szempontból vizsgálta a segítő személyiségét, motivációját. Ebben az elképzelésben a segítő pályaválasztásának motivációjában megoldatlan gyermekkori traumák, regresszív szükségletek kielégülése játszik központi szerepet. Schmidbauer elmélete szerint az ilyen személyiségben a kora gyermekkori indirekt szülői elutasítás nárcisztikus sérülést okozott, aminek következményeként az intim kapcsolatokban nem tud funkcionálni, mert nem képes a kölcsönös érzelmi függőség elviselésére. A segítséren keresztül igyekszik kielégíteni a kapcsolati igényeit, így igyekszik elkerülni, hogy saját érzéseit, szükségleteit megélje, ezért a segítség merev életformává alakul. (Fekete, 1991). A személyiség oldaláról közelítve Freudenberger (1974) három, a kiégés szempontjából veszélyeztetett személyiségtípust azonosított: az áldozatkész, elkötelezett; a túlzottan elkötelezett, munkába túlságosan is involválódó; valamint autoriter, lekezelő típusokat.

A kiégés egyik legáltalánosabb meghatározása, hogy ez egy hosszan tartó, munkavégzéssel kapcsolatos, különböző forrásokból eredő stressz hatására kialakuló érzelmi és fizikai kimerüléssel járó állapot, mely hatással van a személy teljesítményére, szubjektív jóllétére, szomatikus és mentális állapotára egyaránt.

Érdeemes azonban áttekintenünk, hogy mely stresszorok jelentik a legnagyobb kockázatot. Pines, Aronson és Kafry (1981) a tartós, ismételt emocionális terhelés fontosságát emeli ki a kiégés kialakulásában. Ugyanígy az emocionális megterhelés oki szerepére mutat rá Ganster és Schaubroeck (1991), amikor a kiégést egy krónikus emocionális válaszként értelmezi a munkában jelen lévő nagymértékű stresszel járó interperszonális interakciók eredményeként. Ezzel egybehangzó Cordes és Dougherty (1993) véleménye, akik szintén meghatározónak tartják a kiégés kialakulásában az interperszonális természetű stresszforrásokat. A kiégés legfőbb okairól a későbbiekben még részletesebben szólok, a fogalmi tisztázás szempontjából itt az tűnik fontosnak, hogy sok szerző emeli ki az *érzelmi megterhelésre kialakuló emocionális kimerülés* komponensét a jelenség alakulásában. A kiégésben kiemelt másik fontos tünet a negatív beállítódás kialakulása a személynek önmagával és a munkájával kapcsolatban, mely az emberektől való eltávolodáshoz, egyfajta közömbösséghez vezet (Pines, Aronson, & Kafry, 1981). Erre az eltávolodásra utal kicsit más szemszögből Maslach és Jackson (1982), amikor a kiégés kapcsán azt emelik ki, hogy a személy a törődési szándékát veszíti el a kiégés folyamatában, tehát itt is az érzelmi kapacitás kimerülése a vezető tünet, ami nagymértékben megnehezíti az empátias viszonyulást. *Összességében* tehát elmondható, hogy már a korai elképzelések is az interperszonális stresszorokra adott válaszként értelmezték a kiégést. Úgy tűnik, hogy egy sajátos személy-környezet interakcióról van szó, amelyben az egyén, a megterhelő munka és a nem megfelelő munkakörülmények okozta feszültségekkel nem képes megküzdeni.

2.3.2. *A kiégés dimenziói*

Kezdetben a kiégéssel kevésbé foglalkoztak az elméleti szakemberek, kutatók, a fogalommal kapcsolatos elképzelések interjúkon, esettanulmányokon alapultak (Pines et al., 1981). Ahogy azonban Maslach, Schaufeli és Leiter (2001) összefoglalja, sok – a kiégés szempontjából fontos – alapvetés származik ezekből a korai eredményekből: 1. az emocionális kimerülés nem ritka következménye a törődéssel járó ellátásnak, 2. a segítők elhárító mechanizmusként alkalmazhatják a páciens-től való eltávolodást, érzéketlenséget 3. a kimerülés és páciensekkel kapcsolatos érzéketlenség szempontjából központi szerepű a segítő-páciens kapcsolat. Az 1980-as években kezdték el szisztematikusan kutatni a kiégés jelenségét, aminek a fő célja az volt, hogy a kiégés mérhetővé váljon. Ennek eredményeképpen a legszélesebb körben alkalmazott kérdőív a Maslach és Jackson (1981; Ádám & Mészáros, 2012) által kidolgozott Maslach Burnout Inventory (MBI). A kérdőívben a kiégést három dimenzió mentén mérik és

határozzák meg. Ezek az *érzelmi kimerülés* (ami egyfajta fáradtságot, motivációhiányt, tehetetlenség megélését jelenti), a *deperszonalizáció* (a páciensekkel kapcsolatos empátia, együttérzés hiánya, a beteg tárgyiasítása, kerülése), illetve a *személyes hatékonyság, teljesítmény csökkenésének érzése* (munkavégzés színvonala és hatékonysága romlik), amihez negatív önértékelés is társul. A kérdőívet kezdetben egészségügyi dolgozók körében alkalmazták (orvosok, nővérek). A vizsgálatok érdekessége, hogy eltérő mintázatot találtak ápolók és orvosok kiégésének alakulásában: az ápolóknál az érzelmi kimerülés, az orvosoknál az érzelmi kimerülés mellett a deperszonalizáció emelkedett meg nagy mértékben. A szerzők (Maslach & Jackson, 1982) leginkább az eltérő megküzdési módok feltételezésével magyarázták az eredményeket. Nem tértek ki arra, hogy az eredmények nemi különbségekkel is magyarázhatók. A kutatás kontextusa (a '80-as évek Amerikája) alapján feltételezhető, hogy a két vizsgált csoport nemi összetétele nagymértékben különbözött (az orvosok inkább férfiak, ápolók inkább nők lehettek), ami az empátiás viszonyulásban is jelenthetett különbségeket (Tandori-Kovács, 2010). (Ahogy azt az empátiáról szóló fejezetben láthattuk, az empátiás viszonyulásban bizonyos eredmények szerint vannak nemi különbségek.)

Maslach, Schaufeli és Leiter (2001) elképzelésében a szindróma központi eleme az érzelmi kimerülés, de véleményük szerint a másik két faktor is fontos szerepet tölt be a kiégés alakulásában. Elképzelésük szerint az érzelmi kimerülés a kiégésnek az az aspektusa, ami a közvetlen stresszorokra adott válaszként jelenik meg. Ez olyan állapot, ami arra sarkalja a személyt, hogy valahogy távolságot teremtsen, elkerülje a megterhelő hatásokat. A segítő hivatásban az érzelmileg igénybe vevő interakciók azok, amik a fő megterhelést jelentik, így a deperszonalizáció a segítő arra irányuló kísérlete, hogy ne vonódjon be érzelmileg a pácienssel való interakcióba, ami sokszor cinikus attitűddel valósítható meg. Ebben az állapotban pedig, ahol a kimerülés vagy a cinizmus dominál, nehezen megtapasztalható a hatékonyság érzése. Nehéz elégedettséget érezni, amikor kimerültnek érezzük magunkat vagy olyan embereknek segítünk, akik teljesen közömbösek a számunkra (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Az elmúlt években több, a többdimenziós megközelítést alkalmazó elképzelés és ennek megfelelő mérőeszköz is megjelent a kiégéssel foglalkozó területen. Ilyen például a Jerabek's Burnout Inventory (Jerabek, 2001), ami négy dimenziót különít el: érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, valamint a munkával kapcsolatos érdektelenség. A kimerülés komponensének részletes kidolgozásával Shirom és Melamed (2006) szintén három faktort tart meghatározónak: a testi fáradtságot, az érzelmi kimerülést és a kognitív elfáradást.

Bár a Pines és munkatársai (1981) által kidolgozott kérdőív a kiégést egy dimenzió mentén méri, mégis három, egymással összefüggő dimenzió mentén gondolkodik a kiégésről. Az első a *testi megerőltetés*, amely alatt fizikai tüneteket vesz számba (fáradtság, különböző izomfájdalmak, gyengeség, kimerültség, fejfájás, táplálkozási problémák stb.), a második az *érzelmi kimerültség* (ide sorolják a pl. a levertséget, reménytelenséget), míg a harmadik, a *szellemi megerőltetés* (ahova a negatív beállítódást sorolják önmagával, másokkal, munkájukkal kapcsolatban).

A legújabb kiégéssel kapcsolatos vizsgálatok is kiemelik az emocionális kimerülés és a deperszonalizáció szoros összefüggését. Ezzel szemben a személyes hatékonyság csökkenése akár lehet következményes is, és más, például környezeti tényezők által is befolyásolt és így a kiégéstől részben független jelenség, amely önállóan is előfordul (Houkes, Winents, Twellaar, & Verdonk, 2011; Mészáros, Ádám, Szabó, Szigeti, & Urbán, 2013;). Kristensen, Borritz, Villadsen és Christensen (2005) elméleti koncepciójukban (amelyhez egy új mérési eljárást is kidolgoztak – CBI, Copenhagen Burnout Inventory) szintén szűkítették a jelenség hatókörét, visszatérve az egydimenziós elképzeléshez, amit testi és szellemi fáradtságnak és kimerültségnek neveztek. Ők a kiégés jelenségét nem szorosan a munkához kötődő szindrómaként írják le, hanem az életre általában jellemző jelenségnek tartják, és az általuk kidolgozott kérdőív is ezt a megközelítést tükrözi. A kérdőív 27 kérdésből áll, amelyek alapján három skála mentén mérhető a jelenség: a személyes kiégés, a munkához kapcsolódó kiégés és a kliensekhez kapcsolódó kiégés. Vizsgálataik igazolták a mérőeszköz érvényességét és megbízhatóságát (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005), sőt, a három alszála eredményéből előre jelezhetőnek vélik a kiégéshez kapcsolódó későbbi megbetegedéseket.

2.3.3. A kiégés folyamata

A kiégés kialakulásával kapcsolatos legelterjedtebb elképzelés szerint a kezdeti túlzott lelkesedés nagyobb eséllyel vezethet később kiégéshez („A kiégéshez először lángolni kell.”- Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Edelvich és Brodsky (1997) ebből kiindulva négy fázist különböztet meg a kiégés folyamatában. Az első fázis az *idealizmus* időszaka: általában elmondható, hogy azok, akik túlzott, időnként irreális elvárásokkal vetik bele magukat egy munkakezdésbe, veszélyeztetettebbek a kiégés szempontjából (megfelelő munkahelyi támogatással, akár mentor segítségével ez a szakasz átalakulhat az ún. *realizmus* szakaszába, ahol megmarad a páciensekkel való együttműködés és nyitottság, de ezek már nem olyan túlzott elvárások mentén fogalmazódnak meg, mint korábban). Ha azonban a segítő azzal szembesül,

hogy az elvárások nem realizálódnak, jelentkezik a második fázis, a *stagnálás* időszaka, melyre az előző nagyon aktív szakasszal ellentétben a mozdulatlanság, a csökkent érdeklődés, egyfajta kiábrándultság jellemző. Ha nem észleljük a problémát és nincs változás, akkor a harmadik, a *frusztráció* fázisában találjuk magunkat, ahol a személyes hatékonyság csökkenése dominál, a végzett munka értékének megkérdőjelezése, valamint igyekszünk elkerülni a feladatokat, kibújni alóluk. A kiégés legsúlyosabb fázisa a negyedik, az *apátia* szakasza, ahol gyakoriak a hibázások, gépies a munkavégzés. Érzelmi szinten ennek a szakasznak a tüneti képe nagyon hasonló a depresszióban tapasztaltakhoz, hiszen a reménytelenség, kilátástalanság érzése dominál, és szintén megjelennek olyan testi tünetek, mint például a fokozott fáradékonyság, alvászavarok, gyakori fej- és hátfájás, étvágytalanság.

Máshol (Hézszer, 1996) a kiégés folyamatának egy részletesebb 12 lépcsős modelljével találkozhatunk:

1. A bizonyítani akarástól a bizonyításkényszerig
2. Fokozott erőfeszítés
3. A személyes igények elhanyagolása
4. A személyes igények és a konfliktus elhanyagolása
5. Az értékrend megváltozása
6. A fellépő problémák tagadása
7. Visszahúzódás
8. Magatartás- és viselkedésváltozás
9. Deperszonalizáció
10. Belső üresség
11. Depresszió
12. A teljes kiégettség

Azok az elképzelések, melyek a három dimenzió mentén gondolkodnak a kiégésről (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, személyes hatékonyság csökkenés), azt vizsgálják, hogy vajon ez a három komponens milyen módon függ össze, lehet-e valamilyen szekvenciát megállapítani az összefüggésükről. Ápolókkal végzett vizsgálat alapján Leiter és Maslach (1988) a következő sorrendet találta: 1. a megterhelő interakciók a páciensekkel, vezetőkkel, növeli az érzelmi kimerülést 2. a nagyfokú érzelmi kimerülés cinizmushoz vezet, főleg abban az esetben, ha nincs a szervezeten belül elérhető társas támogatás, 3. a hosszan fennmaradó cinizmus pedig a

hatékonyság csökkenéséhez vezet. Leiter és Maslach (1988) fontos, preventív tényezőnek tartja a folyamatban a munkahelyi társas támogatást.

A három dimenzió közül a legerősebb kapcsolat az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció/cinizmus között látszik. A személyes hatékonyság csökkenésének kapcsolódása ellentmondásos, vannak olyan elképzelések melyek szerint ez a dimenzió a másik kettőtől függetlenül alakul (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Van olyan vizsgálat is (Houkes et al., 2011), mely szerint a kiégés folyamatát a segítő neme is befolyásolhatja, (nőknél először jelentkezik az emocionális kimerülés, majd a deperszonalizáció, míg a férfiaknál a deperszonalizációt követi az emocionális kimerülés). Erre a vizsgálatra a kiégésre hajlamosító tényezőket vizsgáló alfejezetben még visszatérek.

2.3.4. A kiégés tünetei

A kiégés mind a személyre, mind pedig a munkahelyre nézve súlyos konzekvenciákat jelent. Hatással van a munkateljesítményre, a dolgozó egészségére is (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

- *Munkateljesítmény:* A kiégés alacsonyabb teljesítményhez, hatékonysághoz vezet, ennek következtében csökken a munkával való elégedettség, így megváltozik az elkötelezettség foka is. Ebben az állapotban a kollégákkal való viszony is megváltozik, több személyes konfliktus alakul ki, így a kiégés akár „fertőző” is lehet. Ezen kívül egy idő után túlmutat a munkahely hatókörén, és a munkán kívüli életre is hatást gyakorol (Burke, & Greenglass, 2001).
- *Egészség:* A kiégés egészségre gyakorolt hatásának egyik magyarázata szerint az érzelmi kimerülést úgy kell értelmezni, mint egy krónikus stresszhatást, és a tünetek is ennek felelnek meg. A leggyakrabban megjelenő tünetek, a *pszichés tünetek* (reménytelenség, szorongás, agresszió, koncentrációs nehézség); a *fiziológiai tünetek* (feszültség, csökkent immunitás, alvászavar, testsúly változása, állandó fáradtság); a *magatartásbeli tünetek* (a szakmai érdeklődés csökkenése, ingerlékenység, cinizmus, függőségek); és a *szociális tünetek* (visszahúzódás, baráti kör elhanyagolása) (Hézszer, 1996; Riskó, 1999).

Ha a kiégés mentális egészséggel kapcsolatos következményeit vizsgáljuk, vannak olyan vélemények, melyek azt hangsúlyozzák, hogy a kiégés kialakulása azoknál alakul ki nagyobb valószínűséggel, akik a személyiség neuroticizmus dimenziójához állnak közel, ami azt jelenti, hogy a kiégés következménye egy meglévő mentális

sérülékenységeknek. Eszerint azok, akik mentálisan egészségesebbek, jobban meg tudnak küzdeni a krónikus stresszhatásokkal, így kevésbé veszélyeztetettek a kiégés kialakulása szempontjából. Erre utal annak a longitudinális vizsgálatnak az eredménye, mely szerint azok, akik mentálisan egészségesebbek voltak serdülőként, illetve fiatal felnőttként, később a munkájukkal kapcsolatban nagyobb fokú elköteleződést és elégedettséget mutattak (Jenkins & Maslach, 1994; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

2.3.5. Kiégés a magyar egészségügyben

Magyarországon több kutatás vizsgálja mind az orvosok, mind pedig az ápolók kiégését (Ádám, Györffy, & Csoboth, 2006; Ádám et al., 2009; Bognár, Kolosai, Hegedűs, & Pilling, 2001; Györffy & Ádám, 2004; Hegedűs, 2000; Kovács, 2006b)

Az egészségügyi dolgozók egészségi állapota szorosan összefügg a kiégettség szintjével, ezért fontos kiemelni azt a 2003-ban, magyar reprezentatív orvosi mintán végzett kutatást, ami azt mutatta, hogy más diplomásokhoz képest az orvosoknál és orvosnőknél magasabb a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága, az egészségre ártalmas szerek fogyasztása, valamint a depressziós tünetek és az öngyilkosság előfordulása (Györffy, Ádám, & Kopp, 2005). Egy 2013-as magyar reprezentatív vizsgálat (Györffy & Girasek, 2015) orvosi mintán azt találta, hogy a lakossági adatoknál magasabb az orvosok pszichoszomatikus tünetpontszáma, gyakoribbak az alvászavarok, valamint a minta 43,3 %-a magas észlelt stresszpontszámot mutat. Külön vizsgálatok látták napvilágot a magyar orvosnőkre vonatkozóan (Györffy, Ádám, & Kopp, 2009), miszerint az diplomás kontroll csoporthoz képest az orvosnőknél magasabb a krónikus betegségek, a reprodukciós zavarok előfordulása. A háttértényezőket tekintve jelentős magyarázó tényezőnek bizonyult az egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés, az alvászavarok, és a szerepkonfliktus (Györffy, Molnár, & Somorjai, 2012). A reprezentatív kutatások az orvosi kiégés prevalenciájával kapcsolatban azt mutatják, hogy a vizsgált minta 21,2%-ára volt jellemző a magas fokú érzelmi kimerülés, 7,7%-ra a deperszonalizáció, és 33,1%-ra személyes hatékonyság csökkenése (Ádám et al., 2006). A kiégés és a szomatikus és pszichés megbetegedések előfordulása, rossz egészségmagatartás, valamint szerepkonfliktus között pozitív összefüggés mutatható ki (Györffy, Molnár, & Somorjai, 2012).

Külön vizsgálták a pszichiáternőket (Györffy, Ádám, Harmatta, Túry, Kopp, & Szényei, 2008). Eszerint jellemző ezen populációra a túlterheltség, a hosszabb munkaidő, az elégtelen alvásmennyiség. Más orvosnőkhöz és más diplomás nőkhöz viszonyítva pedig több

dohányzásról, nyugtató fogyasztásról számoltak be, valamint nagyobb arányban fordultak elő náluk krónikus megbetegedések. Úgy tűnik tehát, hogy a pszichiáterek általában nagyobb érzelmi megterhelésnek vannak kitéve, mint a más szakterületen dolgozó kollégáik. Harmatta, Ádám, Györffy, Túry és Szényei (2010) magyar pszichiáterek körében végzett, kiégésre vonatkozó vizsgálata szerint a személyes hatékonyság csökkenésének magas foka a minta 35 %-ára volt jellemző, magas fokú emocionális kimerülés 26 %, magas fokú deperszonalizáció az általuk vizsgált minta 17 %-át jellemezte. Kovács (2006b) szintén a pszichiátriai ellátás területén dolgozó (nem csak orvosok) mintájának 72%-a mutatta érzelmi kimerülés jegyeit. Ezen a területen ez azért is fokozott probléma, hiszen az érzelmileg megterhelő helyzetek kezelése kiemelt fontosságú.

A pályakezdő orvosok körében is nagyarányú a kiégettség, a vizsgálatok eredményei szerint a vizsgált minta 30%-a a magas kiégettséggel jellemezhető csoportba tartozik (Papp & Túry, 2010).

Ha a betegpopuláció oldaláról közelítve vizsgáljuk meg a kiégetést, Hegedűs és Riskó (2006) 200 egészségügyi dolgozós mintán azt találta, hogy a súlyos betegekkel foglalkozók mind testi, mind pedig lelki szempontból rosszabb mutatókkal rendelkeznek. Vizsgálatukban kiemelték a társas kapcsolatok fontosságát, ami protektív tényező lehet a kiégés szempontjából (Hegedűs, 2000). Szintén az ellátási forma fontosságát emeli ki Pálfı (2003) vizsgálati eredménye, mely szerint a legmagasabb az intenzív osztályon dolgozók kiégetése, őket követi a krónikus osztályok, majd az aktív osztályok dolgozói. A fentieknek némileg ellentmondó eredményt kaptak Kovács, Kovács és Hegedűs (2012), amikor vizsgálatukban összehasonlítottak onkológiai, pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban és egyéb egészségügyi területen dolgozókat. Eredményeikben a különböző területen dolgozók között kiégés tekintetében nem találtak szignifikáns különbséget. Nemzetközi tanulmányok sem mutatnak szignifikáns különbséget az ún. nehezebb osztályok (palliatív ellátás, gyermekonkológia, onkológia) és a kevésbé nehéznek tekintett ellátás között (Dunwoodie & Auret, 2007; Liakopoulou et al., 2008; Servellen & Leake, 1993). Elképzelhető tehát, hogy nem az ellátási forma specifikus terhelése vezet a kiégetés állapotához, hanem ezek a megterhelések csak valamely intrapszichés sajátosság mentén jelentenek veszélyt a kiégetés szempontjából.

Pikó és Piczil (1998) Csongrád megyei ápolók vizsgálatában a munkahelyi légkörnek, konfliktusoknak, kommunikációs problémáknak kiemelt szerepe volt, továbbá az információhiány, túlterheltség, a beosztás nehézségei, a megbecsülés, valamint az eszközök hiánya jelent még meg súlyos stresszforrásként. Pikó egy 2001-es vizsgálatában az érzelmi

kimerülés és a pszichoszomatikus panaszok, valamint a szerepkonfliktus között talált szignifikáns összefüggést.

Szicsek (2004) szociális intézményekben és krónikus osztályon dolgozó ápolók kiégettségét vizsgálta. Eredményei alapján felhívja a figyelmet a kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggéseire, valamint arra, hogy nem a munkából adódó stressz tényezők okozzák a legnagyobb veszélyt, hanem a munkahelyi légkörnek van kiemelkedő szerepe. Továbbá kiemeli, hogy mennyire fontos az egészségügyi dolgozók mentális állapotával való folyamatos törődés. Az egészségi dolgozók intrapszichés történéseinek fontosságára hívja fel a figyelmet az a kutatás is, mely orvosokkal készített mélyinterjúk alapján alátámasztja, hogy az érzelmi távolságtartást használják megküzdésként a mindennapi betegellátás során (Bognár, Kolosai, Hegedűs, & Pilling, 2001)

2.3.6. A kiégés okai, hajlamosító tényezők

Már a kiégés fogalmi megközelítése alapján is láthatjuk, hogy a kiégés kialakulásával, okaival kapcsolatban alapvetően két fontos irány határozható meg. Az egyik a *környezeti feltételek, külső hatások* szempontjából közelít a jelenséghez, a másik irány az *intrapszichés/individuális tényezőkre* helyez nagyobb hangsúlyt. Vannak olyan elméletek, melyek a környezeti és individuális tényezők interakcióját tartják meghatározónak a kiégés kialakulásában (Bakker & Schaufeli, 2008; Pupert & Morgan, 2005)

A kiégést jellemzően úgy határozták meg, mint egy individuális problémát, ami azonban *speciális munkakörnyezethez* kötődik. Ennek megfelelően a kutatások túlnyomó többsége a szituációs faktorok vizsgálatához kapcsolódott. Ezek a kutatások három fő területet érintenek (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001 alapján):

- *A munka jellegzetességei*: ide tartozik túlterheltség, tehát a munkaidőhöz képest túlméretezett munka, ha túl sok esetet kell meghatározott munkaóra alatt vinnie a segítőnek, szerepkonfliktus. Pines és Maslach (1978) egy vizsgálatukban mélyinterjú technikával alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a kiégés kialakulása szempontjából meghatározó a személyzet-páciens arány, az ellátást igénylő betegek száma, a munkafeltételek, a munkaórák és munkán kívüli idő aránya, a páciensekkel való közvetlen interakció mennyisége.

Fontos terület a munkahelyi támogatás jelenléte/hiánya (itt külön kiemelik a kutatások a szupervizori támogatást), ugyanis a kutatások alapján feltételezhető, hogy a társas támogatásnak egyfajta „puffer” hatása van a munkahelyi stresszorok és a kiégés között.

Ebbe a csoportba tartozik még az információ és kontroll kérdése. A visszajelzés hiánya a kiégés mindhárom dimenziójával kapcsolatot mutat. Hasonlóan növeli a kiégés kialakulásának kockázatát, ha a dolgozónak nincs hatása a döntéshozatalra, illetve az autonómia hiánya.

- *A foglalkozás jellegzetessége:* minden olyan foglalkozás, ahol intenzív kapcsolatban van a dolgozó más emberekkel, növeli a kiégés kockázatát. A korábbi vizsgálatokban azt találták, hogy a munkához kapcsolódó stresszorok (pl. munkaterhelés, időnyomás stb.) erősebb összefüggést mutatnak a kiégéssel, mint a pácienshez/klienshez kapcsolódó stresszorok (interakciók a pácienssel, krónikus, terminális állapotú beteg stb.). Az újabb vizsgálatok fókuszja sokkal inkább a dolgozó intraperszonális faktorait helyezi a középpontba, (pl. az empátiás odafordulás, az érzelmek elfojtása, bizonyos érzelmek kimutatása), amelyek már sokkal inkább hozzájárulnak a kiégés alakulásához (Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001). Vannak arra vonatkozó kutatások, hogy eltérő jellegű humán foglalkozások más jellegű kiégés profilt mutatnak, mint mások (lásd pl. a tanárok, rendőrök, egészségügyi dolgozók és a szociális szférában dolgozók profiljaiban mutatkozó eltéréseket) (Schaufeli & Enzman, 1998). Természetesen ebben az esetben más tényezők hatását is figyelembe kell venni, hiszen bizonyos foglalkozásoknál pl. nemi eltolódás tapasztalható, ami befolyásolhatja az eredményeket.
- *A szervezeti tényezők:* ide azok a szociális, kulturális és gazdasági tényezők tartoznak, melyek hatást gyakorolnak a szervezetre.

Az *egyéni tényezők* hatását a kiégés alakulására jóval kevesebb kutatás vizsgálta. Ami azért is érdekes, hiszen a fentiekből is látható, hogy több kutató kiemeli a megterhelő érzelmi szituációt, mint oki tényezőt a kiégés kialakulásában. Mégis sokkal kevésbé foglalkoztak azzal, hogy milyen egyéni eltérések lehetnek az ezekkel való megküzdésben, illetve mi határozhatja meg ezeket az eltéréseket.

A vizsgált *egyéni változók* a demográfiai jellemzők, a személyiségjellemzők és a munkával kapcsolatos attitűdök (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 alapján):

- *Demográfiai jellegzetességek:* a kor tekintetében a vizsgálatok azt mutatják, hogy a fiatalabbak veszélyeztetettebbek, mint 30 és 40 év közöttiek. Maslach és munkatársai azonban felhívják a figyelmet arra, hogy elképzelhető, hogy azok, akik kiégnek, végül úgy döntenek, hogy más hivatást, pályát választanak, így azok maradnak, akik

eredetileg is kevésbé mutatták a kiégés jeleit. A nemi különbségek tekintetében nincsenek konzisztens eredmények. Ahogy már azt korábban idéztem, egy holland longitudinális vizsgálatban (Houkes et al., 2011), ahol házi orvosok kiégettségét vizsgálták, a kiégés folyamata nemi különbségeket mutatott. Eszerint a nőknél először jelentkezik az emocionális kimerülés és ezt követi a deperszonalizáció, míg a férfiaknál a deperszonalizáció az elsődlegesen megjelenő fázis, ezt követi az emocionális kimerülés. Maslach és munkatársai azonban felhívják a figyelmet arra, hogy más vizsgálatok nem mutattak ki semmiféle nemi különbséget. Véleményük szerint enyhe nemi különbség (a férfiak javára) a deperszonalizációban tűnik konzisztensnek a vizsgálatok alapján. A családi állapottal kapcsolatban főleg a férfiaknál találtak konzisztens összefüggést, miszerint aki egyedülálló, jobban veszélyeztetett a kiégés szempontjából.

- *Személyiségjellemzők*: a szívósság (elmélyülés képessége, kontrollézés, változásra való nyitottság), mint személyiségvonás védelmet jelent a kiégés ellen (leginkább az érzelmi kimerülés dimenzióban). A vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy az alacsony önértékelés, külső kontroll attitűd és elkerülő megküzdés tesz sérülékenyebbé a kiéeggel kapcsolatban.

A *vonásmélet* alapján a Big Five személyiségdimenziókkal (neuroticizmus, extroverzió, nyitottság, lelkiismeretesség, együttműködés) összefüggésben Maslach és munkatársai a kiégés és neuroticizmus (vonásjellegű szorongás, ellenségesség, depresszió, sérülékenység) közti összefüggést emelik ki a vizsgálatok alapján. Kiemelik a neurotikus karakter érzelmi labilitását. Egy másfajta tipológiában az A-típusú (versengő, teljesítményorientált, állandó időnyomásnak kitett) személyiség és a kiégés között találtak összefüggést (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

A kiégéshez vezető okok aszerint is vizsgálhatók, hogy a kiégés különböző dimenziói mely kiváltó tényezőkkel vannak szorosabb kapcsolatban. Az érzelmi kimerülés a megélt negatív érzésekkel (Thoresen, Kaplan, Barsky, Warren, & de Chermont, 2003), a munka stresszorokkal (Lee & Ashforth, 1996), valamint a szerep konfliktussal (Jawahar, Stone, & Kisamore, 2007) jár együtt. A cinizmus és a deperszonalizáció összefüggést mutat a hivatással való azonosulással, az észlelt kontrollal, a túlzott bevonódással, és a munka stresszorokkal (Lee, Lim, Yang, & Lee, 2011). A hatékonyságérzéssel a legszorosabb kapcsolatban szintén a hivatás identitás, az észlelt kontroll és a munka támogatottsága áll (Lee et al., 2011).

Vanheule, Lievrouw és Verhaeghe (2003) az interperszonális tényezők észlelésében mutatkozó eltérésekkel magyarázták azokat az egyéni változókat, melyek szerepet játszanak a kiégés kialakulásában. A magas kiégést mutatók csoportjában két alcsoportot különítettek el: az egyik alcsoportjába tartozók a munkatársak észlelésében ellenségesek, agresszív feszültségek jellemezték a másokkal kapcsolatos fantáziáikat, míg a másik alcsoportba tartozók fokozott erőfeszítéssel próbáltak megfelelni mások elvárásainak és perfekcionistaik voltak.

Maslach, Schaufeli és Leiter (2001) modelljükben integrálták a személyi jellemzőket és a környezeti hatásokat, amelynek központi gondolata a személy és a munkakörnyezet illeszkedésének foka. Hat olyan területet határoznak meg, melyek mentén az illeszkedés kiemelt fontosságú: munkaterhelés, kontroll, jutalom, értékek, közösség, fair attitűd és az értékek. Ha ezen területek egyikén vagy mindegyikén tartós illeszkedési probléma lép fel, az kiégéshez vezet. Külön kiemelik a munkatársi kapcsolatok szerepét.

Kötődéssel kapcsolatos vizsgálatok: a biztonságos kötődés negatívan korrelál a kiégéssel, a bizonytalan kötődés viszont pozitívan korrelál vele. A megküzdési stílust és kötődést összefüggésbe hozva Pines (2004) vizsgálatai szerint a kötődési típus meghatározza, hogy milyen megküzdési stratégiákkal igyekszik a személy megküzdeni a stresszorokkal és ez mennyire sikeres, vagy vezet kiégéshez. A biztonságosan kötődők hajlamosabbak a helyzet pozitív aspektusaira fókuszálni, míg a bizonytalan kötődés negatív összefüggést mutatott az aktív problémamegoldással, pozitívan korrelált viszont az elkerüléssel és az összeomlással.

Saját témám szempontjából azért van kiemelt jelentősége ezeknek a vizsgálatoknak, mert ahogy az érzelemszabályozással kapcsolatos fejezetben hosszabban írtam róla, a kötődés minősége meghatározza az érzelemszabályozás képességének alakulását. Tehát ezek az összefüggések felvetik annak a lehetőségét, hogy a kötődési deficit az érzelemszabályozási nehézségek mentén vezetnek a kiégéssel kapcsolatos fokozott sérülékenységhez.

2.3.7. *Érzelemszabályozás és kiégés*

Témám szempontjából fontos az *érzelemszabályozással* összefüggő jellegzetességek és a kiégés kapcsolatának vizsgálata. A kiégés számos különböző meghatározásában megjelenik és meghatározónak tűnik az érzelmi kapacitás kimerülése. Az elmúlt évek kutatásai a kiégés kialakulásában a tartós interperszonális stresszhatásokat emelik ki (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2008), tehát a páciensekkel való interakció, illetve az ezekben megjelenő érzelmi reakciók fontos prediktorai lehetnek a kiégésnek.

Ahogy arról már a fentiekben is volt szó, az egészségügyben dolgozók egyik legmegterhelőbb stresszforrása a distresszt átélő pácienssel való kapcsolat, erre utal McGrath, Reid és Boore (2003) eredménye is, miszerint ápolókból álló mintájának 27%-a úgy ítélte meg, hogy a legnagyobb stresszforrást a páciensek jelentette érzelmi megterhelés képezi. Ez az eredmény azt mutatja, hogy bár az egészségügyi dolgozók mindegyike találkozik érzelmileg megterhelő páciensekkel, helyzetekkel, de úgy tűnik, hogy csak egy részüknek jelent ez nagyfokú stresszt. A vizsgálatok nagy része arra fókuszál, hogy ez a külső adottság, hogy egészségügyi dolgozóként az egyén ki van téve ezeknek a helyzeteknek, aminek a hatása fokozódhat, ha nő az esetszám, vagy nincsenek beiktatva pihenőidők, de azzal már sokkal kevésbé foglalkozik a szakirodalom, hogy melyek azok az intrapszichés komponensek, melyek megkönnyítik a személy számára ezeknek a helyzeteknek a kezelését.

A fentiekben már meghatározott érzelmi munka és kiégés (leginkább az érzelmi kimerülés) összefüggését több kutatás is igazolta (Zapf, 2002). Leginkább az érzelmi disszonancia és az érzelmi kimerülés kapcsolatát igazolják a vizsgálatok (Abraham, 1998; Morris & Feldman, 1997). Az érzelmi munkán belül az érzelmi disszonancia az a jelenség, amikor az érzelmkifejezés megváltoztatása történik, de úgy, hogy közben a dolgozó kifejezett érzése és megélt érzése nem kongruens. Hulsheger és Schewe (2011) az érzelmkifejezés módosítása (surface acting), az érzések módosítása (deep acting) és a jóllét, teljesítmény kapcsolatát vizsgáló metaanalízise szerint a legerősebb kapcsolatot az érzelmkifejezés változtatása (surface acting) mutatta, és egyben erős pozitív korrelációt mutatott az érzelmi kimerüléssel, deperszonalizációval, pszichoszomatikus panaszokkal, továbbá erős negatív összefüggést a munkaelégedettséggel, illetve a szervezethez való kötődéssel.

Amikor a segítő valóban törekszik arra, hogy átélje az elvárt érzést (deep acting) és úgy fejezi ki azt, akkor az érzelmi munka és a deperszonalizáció negatív kapcsolatot jelez (Zammuner, Lotto, & Galli, 2003). Grandey (2003) vizsgálatai is összecsengnek ezzel az eredménnyel, miszerint ha az személy csak eljátszani igyekszik egy elvárt érzést, az nagyobb fokú stresszrel jár.

Ez azért is fontos, mert a negatív és disszonáns érzések befolyásolják az életminőséget (Zammuner et al., 2003). Ennek megfelelően Zapf és Holz (2006) is a negatív érzések kezelési nehézségét (elnyomását) és a kiégés összefüggését találták vizsgálatukban. Tehát a vizsgálatok azt mutatják, hogy az érzések elnyomásának, az érzelmi disszonanciának egészségkárosító hatása van (Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001; Zammuner et al., 2003).

Az érzelmi munka pl. Morris és Feldmann (1997) szerint erőfeszítés, tervezés és kontroll mentén ragadható meg, ami fontos ahhoz, hogy a dolgozó a munkahely által elvárt érzéseket fejezze ki a társas interakciók során. Tehát ez egy tudatos erőfeszítés, aminek a sikerességét, illetve azt, hogy mennyire jelent fokozott megterhelést, feltételezésem szerint az határozza meg, hogy a személy implicit érzelemszabályozása nyújt-e ehhez megfelelő alapot. Kovács (2010) egészségügyi dolgozók heterogén mintáját vizsgálva azt találta, hogy az érzelmi disszonancia leginkább az érzelmi kimerülésre hat, a negatív érzések kifejezésével kapcsolatos követelmények a deperszonalizációra vannak hatással, a személyes hatékonyságérzést pedig a pozitív érzelmek kifejezésével kapcsolatos követelmények befolyásolják. Ez az eredmény fontos témám szempontjából, hiszen az érzelmi disszonancia az, mely az érzelmi munka komponensei közül a leginkább összefügg az érzelemszabályozással, hiszen az érzelmi munka másik két komponense (negatív érzések kifejezésének szabályozása, pozitív érzelmek kifejezésével kapcsolatos követelmények) az érzelemszabályozás munkakövetelményével mutat szoros összefüggést (Kovács, 2010).

Le Blanc, Bakker, Peeters, van Heesch és Schaufeli (2001) onkológia területén dolgozó ápolók vizsgálatában azt találta, hogy az „érzelmi fertőzésre” fogékonyabb nővéreknél a súlyos állapotú páciensekkel való interakció a deperszonalizáció növekedéséhez vezetett, de az érzelmi kimerülés attól függetlenül magas szintű volt a haldoklással gyakran szembesülő ápolóknál, hogy hajlamosak voltak-e az érzelmi fertőzésre vagy sem.

Ezekben a vizsgálatokban azonban kevés szó esik a konkrét szabályozási nehézségekről, vagy a megjelenő, és nehézséget okozó érzések típusáról. Másrészt rendkívül kevés az olyan vizsgálat, ahol az érzelmek szabályozását átfogóbb, az implicit érzelemszabályozási stratégiákat is magában foglaló mérőeszközt használtak volna, és amelyekben ezek összefüggése a kiegészítő dimenzióival állt volna a fókuszban. Az implicit érzelemszabályozás vizsgálatának fontosságát az az eredmény is alátámasztja, mely szerint a problémacentrikus stratégiák gyakori használata nem védi meg a dolgozókat az érzelmi kimerüléstől (Anderson, 2000), sőt a deperszonalizációtól sem (Kovács, 2010). E szerint a problémacentrikus stratégiák inkább az explicit érzelemszabályozáshoz állnak közelebb. Ez tanulható, tudatos érzelmkezelési technikákat jelent, de kevésbé befolyásolja az implicit érzelemszabályozás kevésbé tudatos formáit (Greenberg, 2007). Ez tehát indokolja egy olyan vizsgálat szükségességét, mely átfogóbban az implicit érzelemszabályozásra összpontosít.

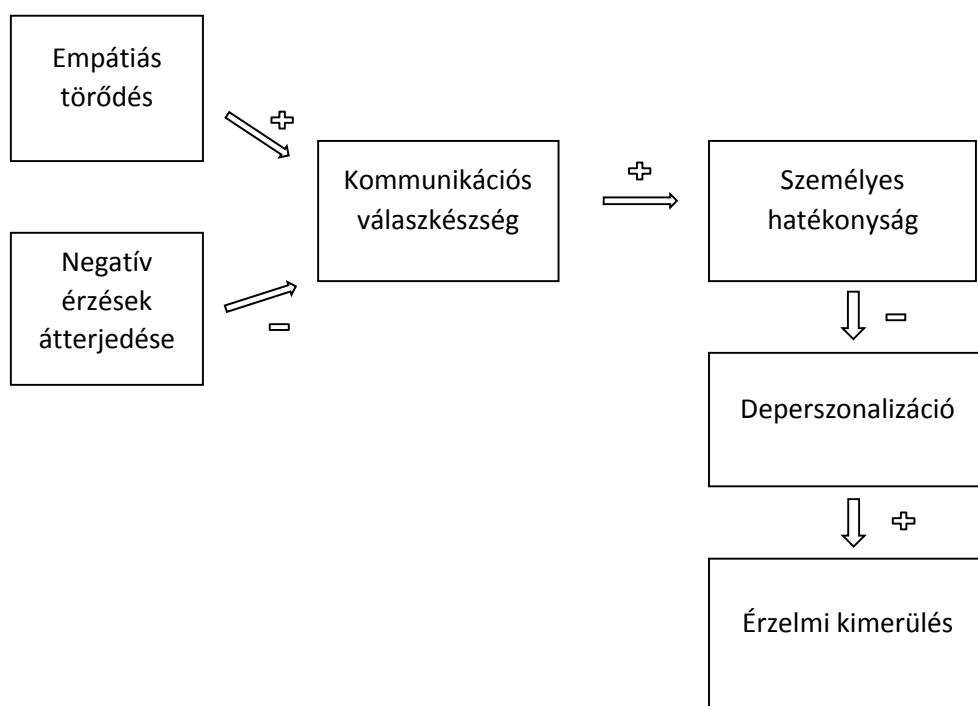
Azok a vizsgálatok, melyek az érzelmi intelligencia és kiegészítő kapcsolatát vizsgálják, sokkal inkább szélesebb perspektívából közelítenek az érzelemszabályozáshoz. Reilly (1994)

kórházban dolgozó nővérek vizsgálatában fordított összefüggést talált az érzelmi intelligencia és a kiégés között.

Ahogy azt az érzelemszabályozással kapcsolatos fejezetben láthattuk, az implicit érzelemszabályozás a negatív érzésekkel való megküzdés szempontjából kiemelt jelentőségű, ezért a negatív érzések és kiégés kapcsolatát vizsgáló kutatások relevánsak témám szempontjából. Ezek a kutatások azt igazolják, hogy akire jellemzőbb (vonásszinten) a negatív érzések dominanciája, jobban ki vannak téve a munkával kapcsolatos stresszoroknak (George, 1992), illetve a kimerülés veszélyének (Cordes & Dougherty, 1993; Lee & Ashforth, 1993).

Szintén az implicit érzelemszabályozást hoztam összefüggésben korábban az empátia jelenségével, ami úgy kapcsolódik a kiégés fogalmához, hogy az emocionális kimerülés tulajdonképpen az empátiás kapacitás kimerülése.

Day és Chambers (1991) kutatásukban 119 rehabilitációs szakembernél vizsgálták az empátia és a kiégés összefüggését. Eredményeik szerint az empátiás distressz pozitív összefüggést mutatott a kiégés mindhárom alsóskálájával, az empátiás törődés és perspektívaelfelvétel pedig negatív összefüggést mutatott a deperszonalizációval és a teljesítményromlással. Miller, Stiff és Ellis (1988) szintén arra hívja fel a figyelmet, hogy a páciens negatív érzéseinek az átvétele sokkal sérülékenyebbé teszi a segítőt a kiégés kialakulása szempontjából. Elképzelésük alapján a zaklatott érzelmi állapotban lévő klienssel/pácienssel történő interakció nyomán a segítőben elindul egy empátiás folyamat, amely tudatos szabályozás, illetve megfelelő válaszreakció híján kiégéshez vezethet. Ezen elképzelés mentén kialakított modellben (Empathic Communication Model of Burnout, ECM, Miller, Birkholt, Scott, & Stage, 1995) tehát a két központi fogalom a negatív érzések átterjedése (contagion of negative affect) és az empátiás törődés, amely két választ jól elkülöníthetőnek tartják. Vizsgálataik szerint az empátiás törődés megjelenése és a kommunikációs válaszkészség együtt jár, míg a negatív érzések átterjedése esetén a distresszt átélő klienssel kapcsolatban a segítő nem képes hatékony kommunikációra. Tehát ezen elképzelés szerint a segítő kliensre adott érzelmi válasza meghatározza azt, hogy mennyire képes a helyzetben hatékonyan reagálni. Modelljükben (3. ábra) ok-okozati kapcsolatokat írnak le a páciensről átvett distressz és a kiégés kialakulása között, amely folyamatban védőfaktorként jelenik meg a páciens negatív érzéseire megjelenő kommunikációs válaszkészség.



3. ábra: Empathic Communication Model of Burnout - ECM (Forrás: Miller, Birkholt, Scott & Stage, 1995)

Miller és munkatársai (1995) modelljéből kiindulva Snyder (2007) vizsgálta az empátias törődés és érzelmi átterjedés hatásait. Azt találta, hogy az empátias törődés segíti a pácienssel való optimális kapcsolat kialakítását, ami hatással van a személyes hatékonyság érzésére (ez megfelel Millerék modelljének). Két vizsgálatot végeztek, melyek az empátias törődés szempontjából hasonló eredményt mutattak, viszont a negatív érzelmek átterjedése és a kiégés kapcsolatának szempontjából volt különbség a két vizsgálat eredménye között. Míg az elsőben a negatív érzések átterjedése (érzelmi distressz) a személyes hatékonyságra volt negatív hatással, addig a második vizsgálatban az érzelmi kimerülésre volt szignifikáns pozitív hatással. Modelljünkben az érzelmi distresszre az érzelmi intelligencia bizonyos faktorai (hangulati szabályozás és optimizmus) voltak negatív szignifikáns hatással. Eszerint tehát azok, aki képesek a hangulataik szabályozására, valamint magas szintű optimizmussal jellemezhetőek védettebbek a páciens negatív érzéseinek átterjedésével szemben.

Ahogy azt már a fentiekben részletesebben kifejtettem Figley (2012) a kiégéssel (illetve ezen belül is az emocionális kimerüléssel) sok hasonlóságot mutató együttérzés kifáradás kialakulását ahhoz köti, ha az empátias válasz fokozott stresszt vált ki (amit az önszabályozás szintje és az együttérzés mentén érzett hatékonyság határoz meg). A továbbiakban az empátias válaszhoz köthető és a kiégéssel rokonságot mutató fogalmakat tekintem át.

2.3.8.. A kiégéssel összefüggő jelenségek

Két fontos területet emelek ki a kiégés és más, hasonló jelenség kapcsán: az egyik a depresszió, a másik pedig a munkával kapcsolatban kialakuló, kiégéshez hasonló tüneteket magukban foglaló szindrómák.

A depresszió és a kiégés megkülönböztetése kapcsán leggyakrabban az képezi a megkülönböztetés alapját, hogy a kiégés a munka kontextusához kötött, míg a depresszió az élet minden területét érinti (Bakker et al., 2000; Glass & McKnight, 1996; Leiter & Durup, 1994). Van azonban összefüggés a két jelenség között, hiszen azok, akik hajlamosabbak a depresszív tünetképzésre, sérülékenyebbek a kiégés kialakulása szempontjából (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

A fokozott, nem megfelelően szabályozott érzelmi distresszt sokféleképpen nevezi és írja le a szakirodalom: *másodlagos traumatizáció*, *vikariáló trauma*, *együttérzés kifáradás (compassion fatigue)*, illetve kiégés. Sok esetben nehéz a fenti fogalmak közti különbségtétel, valószínűsíthetően ugyanazon jelenség különböző stádiumairól, illetve különböző megjelenési formáiról van szó.

A *vikariáló traumatizáció* akkor alakul ki, amikor a segítő empátiával fordul a nehéz helyzetben lévő kliens felé, aminek következtében megváltoznak saját magáról, a másokról, a világról korábban kialakult kognitív sémái. Ez tehát egy olyan maradandó változás, ami jellemzően öt pszichológiai szükségletet érint: biztonság, bizalom, tisztelet, intimitás, kontroll. (McCann & Pearlman, 1990)

A szélsőségesen negatív élményt átélt páciensekkel foglalkozó segítőknél írták le a *másodlagos traumatizáció* jelenségét, melynek során a poszttraumás stressz szindrómához nagyon hasonló tünetek jelennek meg, mint emlékkép betörések, fiziológiai arousal vagy elkerülés (Figley, 1995). Ebben az esetben a fokozott emocionális bevonódás következtében a megfigyelő tulajdonképpen replikálja a megfigyelt érzelmi állapotát.

Az *együttérzés kifáradást* (compassion fatigue) általános meghatározásként használjuk az érzelmi és fizikai kimerülés leírására, azoknál a segítő szakembereknél, akik hosszú távon súlyos distresszt átélő páciensekkel foglalkoznak. Gyakran találkozhatunk a fogalommal a másodlagos traumatizáció szinonimájaként is. A két fogalom abban különbözik, hogy az együttérzés kifáradás a másodlagos traumatizáció és a kiégés tüneteinek kombinációja (Newell & MacNeil, 2010).

Témám szempontjából a másodlagos traumatizáció jelensége fontos, amit azért emelek ki külön, mert ez az a jelenség, amiben a negatív érzések átterjedése a leginkább tetten érhető, illetve egy olyan felfokozott fiziológiai arousallel jár, amihez az érzelemszabályozási nehézségek nagyban hozzájárulhatnak. Figley (1995) kiemeli, hogy bár az empátia lehetővé teszi, hogy a segítő megértse a páciens traumatizált állapotát, viszont az empátia folyamata közben ő maga is traumatizálódhat. Másodlagos traumatizációs stressznek nevezi azt az érzelmi és viselkedési zavart, amit egy szignifikáns másik által megtapasztalt traumatikus élmény megismerése okoz. Figley (1995) utal rá, hogy a másodlagos traumatizáció jelensége rokon fogalom a viszontáttétel jelenségével. Ez utóbbi olyan, a terapeutától a páciensre irányuló érzelmi válasz, amelyet a terapeuta korábbi élményei (melyeket a páciens mobilizált benne), vagy a pácienssel való túlzott identifikációja váltott ki. Ma már a viszontáttételi érzésnek hív a szakirodalom minden a pácienssel kapcsolatban megjelenő tudatos és tudattalan érzést, viselkedést. Traumát átélt, vagy súlyos distressz állapotában lévő páciensekkel való interakcióban írják le a test-központú viszontáttétel jelentőségét (Egan & Carr, 2008; Pearlman & Saakvitne, 1995), melynek során a gyógyító különböző testi tüneteket él át (émelygés, fejfájás, izomfeszültség stb.). Rothschild és Rand (2006) a poszturális szinkronjelenségek következményének tartják a jelenséget. Tehát úgy tűnik hasonló jelenségről van szó, amit az empátia fejezetben már tárgyaltam automatikus szinkronjelenségekként. Ez azért lehet fontos a másodlagos traumatizáció tárgyalásakor, mert ebben az esetben olyan tünetcsoportról van szó, mely testi, érzelmi, és mentális szinten is kialakul a terapeutában a pácienssel való interakcióban.

A viszontáttétel fontos része a gyógyításnak, e nélkül nem képzelhető el empátiás viszony (Flaskay, 2006). Amennyiben azonban ezeket a saját érzéseit nem ismeri fel a terapeuta, nem tud velük megküzdni, ez empátiás distresszt eredményez (Figley, 2002). Figley (2002) véleménye szerint a másodlagos traumatizáció részét képezik a viszontáttételi érzések.

Korábban a másodlagos traumatizáció fogalmát (de ugyanígy a vikariáló traumát, illetve az együttérzés kifáradást) szinte kizárólagosan olyan segítők esetében vizsgálták, akik traumatizált páciensekkel/kliensekkel foglalkoztak. Napjainkban azonban több olyan kutatással is találkozhatunk, amelyek eredményei azt mutatják, hogy ezen jelenségek kialakulására nem az van szignifikáns hatással, hogy a gyógyító szakember traumát átélt páciensekkel dolgozik-e vagy sem (Deville, Wright, & Varker, 2009; Raquepaw & Miller, 1989; Van Mineen & Keijsers, 2000), sokkal inkább ezen jelenségek a segítő megélt érzelmi distresszével vannak kapcsolatban (Deville, Wright, & Varker, 2009). Mind a kiégés, mind pedig a másodlagos

traumatizáció esetében több olyan magyarázó modellel találkozhatunk, ahol a szenvedő vagy traumatizált beteggel/klienssel való kapcsolatban megjelenő empátiás törődés, mint rizikófaktor jelenik meg (Figley, 2002). Valent (2002) azonban úgy véli, hogy a fenti tünetek maladaptív megküzdési stratégia eredményének tekinthetők, amelyben központi helyen áll a negatív érzések átélésének dominanciája (fokozott mértékű teher érzése, kimerülés, saját magára vonatkozó aggodás, neheztelés, visszautasítás).

Figley (1995) elképzelése szerint a fő különbség a kiégés és a másodlagos traumatizáció között abban van, hogy a kiégés lépcsőzetesen alakul ki, a másodlagos traumatizáció pediggyorsabban, akár azonnali reakcióként. Sok olyan tanulmány látott napvilágot, amely a fentiekben említett fogalmak elkülönítését, illetve hasonlóságait célozza, azonban a fogalmak ok-okozati kapcsolatára vonatkozóan nem találtam vizsgálatot.

A vikariáló traumatizáció, másodlagos traumatizáció és kiégés erős korrelációt mutatnak, több szerző úgy vélekedik, hogy nehezen elkülöníthető fogalmakról van szó, tulajdonképpen ugyanazt a jelenséget mérik (Devilley, Wright, & Varker, 2009). Ennek megfelelően dolgozatomban a másodlagos traumatizációt a kiégéssel szorosan összefüggő jelenségnek tekintem. Ily módon ebben a tekintetben nem függ össze a traumaelméletekkel kapcsolatos fogalmakkal, elképzelésekkel, ezért ezekre nem térek ki.

2.3.9. A kiégés kezelési lehetőségei

Ahogy a kiégés okainál láthattuk, hogy két fontos irány körvonalazódik a személy, illetve a környezet felől közelítve, úgy a megelőzés és kezelés szempontjából is ezt a két irányt kell figyelembe vennünk (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Az értekezés fókusza szerint ebben a fejezetben főleg az egyénre koncentrááló megelőzési és kezelési formákat tekintem át.

A személyre koncentrááló stratégiák közül a legfontosabb a segítő hivatásra felkészítő tanulmányok mentén erősíteni, kialakítani a hallgatókban azokat a készségeket, képességeket, melyekkel könnyebben megküzdnek a munkahelyen adódó nehézségekkel, megterhelő helyzetekkel. Gyakori kérdés ezzel a területtel kapcsolatban, hogy vajon a majdani segítők „éles” helyzetben mennyire tudják alkalmazni a megtanultakat (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Arra vonatkozóan, hogy a sok, főleg a stresszkezelési technikákat alkalmazó tréning (pl. relaxáció, time management, asszertív tréning, interperszonális képességek, csapatépítés stb.) mennyire járul hozzá a kiégés megelőzéséhez, csökkentéséhez, főleg az érzelmi kimerülés tekintetében találtak kedvező összefüggést (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Mindezek mellett nem csak a konkrét technikák megtanítása fontos, hanem a személy saját érzelmi

állapotainak felismerése, az azokra való reflektálás, hiszen ezek a változások sokkal mélyebben ivódnak be, nem feltétlenül tudatos előhívás függvényei. A gyógyító hivatást választók a személyiségüket olyan hatótényezőként „használják” jövőbeli szakmájukban, amihez nagyon fontos a személyiség ellenállóképességének növelése, valamint a különböző konkrét technikai tudás megtanulása, ezért optimálisan a képzés során mindkét aspektusra hangsúlyt kell fektetni. A folyamat azonban nem ér véget a képzéssel, hiszen az egyik kulcsmozzanat abban áll, hogy ahogy a betegekkel való találkozás során élesben „kipróbálásra” kerülnek a technikák, úgy kapjon a szakember támogatást, illetve teret a konkrét helyzetekben megjelenő érzések strukturálására, kezelésére és a saját magában keletkező érzések megértésére. A már a munkában megtapasztalt érzések feldolgozása a fontos lépés, amely többféle módon és módszerrel történhet. Ebben talán nem is a módszer a legfontosabb tényező, hanem a cél, a megterhelő helyzetekben nyújtott támogatás, ami önmagában protektív értékű. Ilyenek lehetnek az esetmegbeszélő csoportok, amelyek során a problémás esetek megbeszélése történik, vagy ha a beteg állapotát nagymértékben érintő nehéz döntést kell hozni. Ilyenkor fontos, hogy a kezelő munkacsoport közösen, esetmegbeszélő csoport keretében hozzon döntést, ezzel csökkentve a team egyes tagjaira nehezedő stresszt (Purebl, 2012).

A Bálint csoportok az esetmegbeszélő csoportok egy más fajtáját képezik. Az elnevezés, a bevezetőben már említett pszichoanalitikus Bálint Mihály (1956/2006) nevéhez fűződik, aki ezt a csoportos módszert kimondottan a gyógyításban dolgozó szakemberek számára fejlesztette ki, de mára sok más területen is tért hódít (szociális munkások, tanárok között, üzleti világban). Ebben a módszerben az esetet hozó érzései vannak a fókuszban, a csoport tagjai saját reflexióikkal, érzéseikkel reagálnak az elmondottakra. A csoportos forma, mint társas támogatás önmagában kedvező hatású, emellett a saját érzések megfogalmazása, az azokra kapott visszajelzés segíti az gyógyító-beteg kapcsolatban jelentkező megterhelő hatások, emóciók feldolgozását, kezelését.

A szupervízió során a személy vagy a team az esetet egy a szervezethez nem kötődő, kívülálló szakemberrel beszéli meg. Tehát egy másik nézőpont bevonása segít a torzítások felismerésében, alternatív lehetőségek észrevételében, illetve a saját érzések befolyásoló szerepének tisztázásában. A szupervízió fontosságára hívja fel a figyelmet Snyder (2007), aki vizsgálataiban azt találta, hogy a munkahelyi támogatások közül a szupervíziós támogatásnak közvetlen hatása van a kiegészítő érzelmi kimerülés komponensére, míg a közvetlen munkatársi támogatás indirekt módon, az empátia törődés és ezáltal a kommunikációs válaszkészségen keresztül hat a deperszonalizációra és a személyes hatékonyság érzésére. Ugyanez a vizsgálat

felhívja a figyelmet az egyéni különbségek fontosságára pl. a kiválasztás folyamatában a jobb munka-személy illeszkedés kialakítására, valamint azon kutatások fontosságára, melyek meghatározzák, hogy mely egyéni különbségek hatnak az empátiás törődés vagy az érzelmi fertőzés kialakulására.

A különböző vizsgálatokban már eddig is többször utaltam a társas támogatás fontosságára a kiégés megelőzésében. A társas támogatás és az egészség között közvetlen és közvetett összefüggés van (Kállai, 2007). A közvetlen pozitív hatás mellett a társas támogatásnak ún. puffer hatása is van, miszerint a társas támogatás csökkentheti a megélt stressz káros hatásait, mely az agyban biokémiai változások mentén is tetten érhető (Kállai, 2007). A munkahelyi stressz és a kiégés megelőzésében, kezelésében is nagy szerepet játszik a társas támogatás (Pikó, 2001).

Pines és munkatársai (1981) a munkán kívüli hatások és a kiégés összefüggését vizsgálta. Mérték a társas támogatottság fokát illetve munkán kívüli életeseményeket. Eredményei szerint a megnövekedett társas támogatás csökkenti a kiégés veszélyét. A kiégés szempontjából kockázati tényezőnek bizonyult: a magányosság, a segítségkérés nehézségei.

A közvetlen munkahelyi közösségtől kapott társas támogatás fontosságára hívja fel a figyelmet Hegedűs és Kovács vizsgálata (2008). Eredményeik szerint, akik úgy érezték nehéz élethelyzetben számíthatnak munkatársaik támogatására, azok kevésbé voltak érzelmileg kimerültek, náluk alacsonyabb volt a deperszonalizáció foka, és személyes hatékonyság szempontjából is kedvezőbb képet mutattak.

3. EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK⁷

Tervezett vizsgálatainkban, a bevezetőben részletezett három fő fogalom (empátia, érzelemszabályozás, kiégés) fogalmának struktúráját, egymáshoz való kapcsolatát állítottam fókuszba. *Célom* az empátia többdimenziós fogalmának vizsgálata, ezek összefüggése az érzelemszabályozással illetve ennek mentén a kiégéssel. Továbbá a kiégés három dimenziós felfogásában fontosnak tartom annak hangsúlyozását, hogy ezek a dimenziók más-más folyamatokkal vannak összefüggésben. Feltételezésem szerint kiégés érzelmi kimerülés komponense szorosan összefügg a másodlagos traumatizációval, mely állapotokhoz a szabályozatlan parallel/affektív empátián keresztül vezet az út. Ezzel szemben a kiégés másik két komponense (személyes hatékonyság és deperszonalizáció) szorosabb összefüggést mutat a kognitív/reaktív empátiával.

Mivel feltételezésem szerint ezek a folyamatok szoros összefüggést mutatnak az érzelemszabályozási kapacitással, ezért alapvetően nem külső körülmények által determináltak, emiatt tartottam fontosnak, hogy a vizsgálatokban a gyógyító szakma minél heterogénebb mintáján teszteljük ezeket az elképzeléseket. Az első vizsgálati mintába az orvosláson belül is egy homogén kis csoportot (pszichiáter rezidensek) választottunk (akiknél az érzelmi megterhelést erőteljesnek feltételeztük), a második vizsgálati minta ápolókból és mentőtiszttekből állt, míg a harmadikban szándékoltan minél több terület (orvosok, ápolók, mentőtiszttek, egyéb egészségügyi szakdolgozók) bevonásával igyekeztünk a heterogenitást biztosítani. A minta egyre heterogénebbé válása mellett a vizsgált változók is némileg módosultak. Mindvégig a vizsgálat tárgyát képezte az empátia, kiégés és másodlagos traumatizáció, a második vizsgálatban került be a változók közé az érzelemszabályozás, majd a harmadik vizsgálatban a társas támogatás és észlelt stressz mérésével bővítettük a változókat, hogy a változók közötti mediáló tényezőkről minél teljesebb képet kaphassunk.

3.1. Első vizsgálat

3.1.1. A vizsgálat célja és hipotézisei

3.1.1.1. A vizsgálat célja

Első felmérésünkben *pszichiáter rezidensek* érzelmi túlterheltségét vizsgáltuk. McCray és munkatársainak (2008) irodalmi áttekintése alapján azt mutatják a nemzetközi vizsgálatok, hogy a rezidens orvosok körében a kiégés előfordulása 40-75%. A rezidensek között is speciális

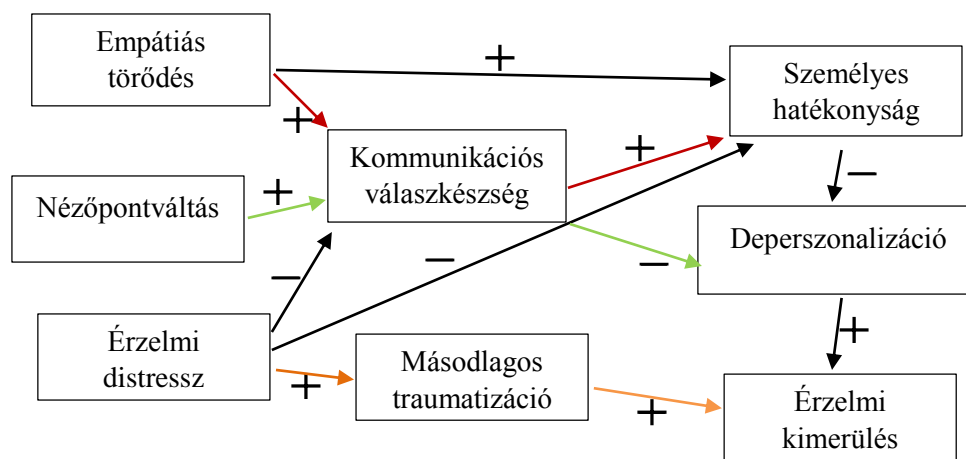
⁷ Vizsgálataink etikai engedély száma: EPKEB 2015/32

helyzetben vannak a pszichiáter rezidensek. Esetükben az orvos-beteg kapcsolat a legtöbb esetben hosszabb távú, más jellegű, hiszen nagyobb fokú érzelmi bevonódást, megterhelést jelent, mint az orvoslás más területein. A páciensek tekintetében is más jellegű nehézségekkel találkozunk ezt a szakterületet választók, hiszen sok esetben nincs betegségbelátás, a szakembereknek számolniuk kell a figyelem, az észlelés, a gondolkodás, az érzelmi reakciók megváltozottságával. Mindezek megnehezíthetik a sikeres orvos-beteg együttműködést. Azért esett tehát a választásunk a pszichiáter rezidensekre, mert úgy gondoltuk, hogy az orvosok közül ők vannak a legösszetettebb interperszonális kapcsolatban a páciensekkel, esetükben az empátia nélkülözhetetlen munkaeszköz. Vizsgálatunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy a magyarországi pszichiáter rezidensek és szakorvosjelöltek milyen mértékben mutatnak érzelmi túlterheltségre utaló tüneteket, ez milyen összefüggést mutat az empátia különböző formáival, illetve befolyásolja-e a segítő szakember kommunikációs attitűdje. Első vizsgálatunkban tehát három fontos változót vizsgáltunk: *a testi, szellemi és érzelmi megterhelődés fokát (kiégés, másodlagos traumatizáció), az empátia különböző összetevőit, és a gyógyító kapcsolatban jellemző kommunikációs attitűdöt.* Továbbá kíváncsiak voltunk arra is, hogy az empátia és kiégés szempontjából a szakirodalomban megjelenő, de nem konzisztens nemkülönbség (Houkes et al 2011; Maslach, Schaufeli & Leiter 2001) illetve egyéb demográfiai jellemzők befolyásoló hatása érvényesül-e saját mintánkban.

Az empátia tekintetében a *többdimenziós empátia felfogást* tartva szem előtt vizsgáltuk, hogy elkülönül-e eredményeinkben az affektív empátia (empátiás arousal), és kognitív empátia. Több kutató véleménye szerint (Hoffman, 1984; Staub, 1987; Davis, 1996; Eisenberg, 2002; Hatfield, Rapson, & Le, 2012) megjelenhet a másik affektív állapota nyomán a befogadóban *parallel érzelmi válasz*, ami a másik aktuális vagy feltételezett érzelmeihez hasonló emóciók megjelenéséhez vezet. Megkülönböztethetünk azonban ún. *reaktív empátiát*, melynek során a befogadóban keletkező érzés nem ugyanaz/hasonló, mint a kliensben, hanem odafordulást, törődést vált ki (Staub, 1987; Davis, 1996; Miller, Birkholt, Scott, & Stage, 1995). A különböző empátiás formák és a kiégés kapcsolatának vizsgálata szintén fontos célja volt a kutatásnak.

Vizsgáltuk a kiégés érzelmi kimerülés dimenziója és a másodlagos traumatizáció kapcsolatát is, hiszen ahogy azt a korábbi vizsgálatok is igazolják másodlagos traumatizáció és kiégés erős korrelációt mutatnak, több szerző úgy vélekedik, hogy nehezen elkülöníthető fogalmakról van szó, tulajdonképpen ugyanazt a jelenséget mérik (Deville, Wright, & Varker, 2009). A szakirodalom alapján azt feltételeztük, hogy az empátia különböző fajtái, a kiégés dimenziói, illetve a kommunikációs attitűd egymást befolyásoló jelenségek. Miller és munkatársainak

(1995), már az elméleti bevezetőben ismertetett modelljéből indultunk ki, mely elképzelés szerint a segítő kliensre adott érzelmi válasza meghatározza azt, hogy mennyire képes a helyzetben hatékonyan reagálni. Az elméleti bevezetőben bemutatott modelljünkben (3. ábra) ok-okozati kapcsolatokat írnak le a páciensről átvett distressz és a kiégés kialakulása között, amely folyamatban védőfaktoroként jelenik meg a páciens negatív érzéseire reflektáló kommunikációs válaszkészség. Ezt egészítette ki Snyder (2007) már az elméleti bevezetőben idézett azon eredményével, mely szerint a negatív érzések áterjedése akadályozza a pácienssel való kapcsolatba lépést, és csökkenti a segítő személyes hatékonyságérzését, valamint növeli az érzelmi kimerülést. Az empátias törődés megjelenése azonban pozitívan befolyásolta a személyes hatékonyság érzését. Tehát – Miller és Snyder nyomán kialakított – a 4. ábrán látható hipotetikus modellre alapoztuk vizsgálatunkat. Miller eredeti modelljét kiegészítettük az empátia nézőpontváltás dimenziójával, illetve a másodlagos traumatizáció tünetcsoportjával.



4. ábra Saját hipotetikus modell - Miller és Snyder alapján - az első vizsgálathoz

3.1.1.2. Kérdések és hipotézisek

1. Demográfiai adatok és kiégés összefüggései.

- 1.1. Az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció előfordulása nemi különbségeket mutat: a férfiakra jellemzőbb a deperszonalizáció, a nőkre az érzelmi kimerülés. (Houkes et al 2011).
- 1.2. A családi állapot illetve a gyermekek száma hatással van az érzelmi kimerülésre, deperszonalizációra. Az egyedülállók nagyobb fokú érzelmi kimerülést és deperszonalizációt mutatnak. (Maslach, Schaufeli és Leiter 2001)

- 1.3. Az egészségügyben eltöltött évek számával csökken a kiégés (Maslach, Schaufeli és Leiter 2001)
2. Második kérdéskörünkben az empátia különböző összetevőinek kiégéssel, másodlagos traumatizációval való kapcsolatára voltunk kíváncsiak és a következőket feltételeztük:
 - 2.1. Az empátiás distressz az érzelmi kimerülés magas fokával jár együtt (Snyder 2007)
 - 2.2. A nézőpontváltás magasabb foka a deperszonalizáció alacsonyabb mértékével jár együtt (Day & Chambers 1991).
 - 2.3. A nézőpontváltásra való képesség nagyobb mértékű személyes hatékonyságérzéssel jár együtt (Day & Chambers 1991).
 - 2.4. Az empátiás törődés és a deperszonalizáció között negatív összefüggés van (Day & Chambers 1991)..
 - 2.5. Az empátiás törődés nagyobb mértékű személyes hatékonyságérzéssel jár együtt (Day & Chambers 1991).
 - 2.6. Az empátiás distressz a nézőpontváltás csökkenésével jár együtt (Batson 2011; Eisenberg 2011).
 - 2.7. Az érzelmi kimerülés a másodlagos traumatizáció mindhárom tünetcsoportjával (gondolat betörések, elkerülés, és arousal tünetek) szoros összefüggést mutat.
 - 2.8. Az empátiás distressz szoros összefüggést mutat a kiégés emocionális kimerülés komponensével, illetve a másodlagos traumatizáció tüneteivel. (parallel empátia – Staub 1987)
 - 2.9. Az empátiás törődés, nézőpontváltás, páciens fókuszú kommunikáció együttjárást mutatnak (reaktív empátia – Davis 1996; Staub 1987)
3. A változók egymás közötti kapcsolatát tekintve a 4. ábrának megfelelően fogalmaztuk meg hipotéziseinket.
 - 3.1. Feltételezésünk szerint az empátiás distressz a másodlagos traumatizáció tüneteinek keresztül érzelmi kimerüléshez vezet, és negatív hatással van a segítő kommunikációs válaszkészségére.
 - 3.2. Feltételezésünk szerint a nézőpontváltás képessége pozitív kapcsolatban áll a páciens központú kommunikációs attitűd megjelenésével, és ezen keresztül növeli a személyes hatékonyság érzését és csökkenti a deperszonalizáció megjelenésének esélyét.
 - 3.3. Feltételezésünk szerint az empátiás törődés segíti a kommunikációs válaszkészséget, ezáltal növeli a személyes hatékonyságérzést.

3.1.2. Módszertan

3.1.2.1. Mintavétel és minta bemutatása

Vizsgálatunkat Magyarország négy orvosi egyetemén (Budapest, Debrecen, Pécs, Szeged) a rendszeres pszichiáter rezidens képzés keretében végeztük (Fülöp, Devecsery, & Csabai, 2012; Fülöp, Devecsery, Hausz, Kovács, & Csabai, 2011). A négy orvosi egyetemen a képzési felelőstől engedélyt kérve, időpontot egyeztetve, az aktuális képzési napon az oktatás megkezdése előtt kaptunk lehetőséget a vizsgálat lebonyolítására. A kérdőíveket csoportos formában vettük fel. A felmérés tájékozott beleegyezésen alapult, a résztvevőket szóban és írásban is tájékoztattuk a vizsgálat céljáról, menetéről, időtartamáról. A vizsgálat önkéntes, anonim volt, anyagi térítéssel nem járt.

A minta kiválasztásakor alapsokaságnak tekintettük a képzésben részt vevő pszichiáter rezidenseket, illetve szakorvosjelölteket, akik a képzési időszakban kötelezően részt vesznek az előadásokon. Természetesen ennek ellenére voltak olyan rezidensek, akik nem tudtak eljönni a képzésre, a képzés vezetőinek tájékoztatása alapján ez néhány főt jelent, erről pontos számadat nem áll rendelkezésünkre. A résztvevők közül senki nem utasította vissza a vizsgálatban való részvételt. Mintánkban az alábbi szociodemográfiai tényezőket mértük fel: kor, családi állapot, gyerekszám, hányadik szakvizsgára készül a válaszadó, egészségügyi munkatapasztalat.

A résztvevők 23 %-a ($N = 16$) volt férfi, 77%-a ($N = 51$) nő. A minta jellemzően 30-as éveiben járó, fiatal felnőttekből áll ($M = 31,45$; $SD = 5,79$). Átlagosan öt éves egészségügyi munkatapasztalat ($M = 4,66$; $SD = 5,47$) jellemző rájuk és legtöbbjüknek ez lesz az első szakvizsgája ($M = 1,12$; $SD = 0,45$). 66%-uk él házasságban vagy élettársi kapcsolatban (egyedülálló $N = 25$; élettársi kapcsolatban $N = 21$; házas $N = 20$). Átlagosan kevesebb, mint egy gyermek a jellemző ($M = 0,38$; $SD = 0,82$).

3.1.2.2. Mérőeszközök

A kiégés mérésére a *Maslach Kiégési Leltárt* (Maslach Burnout Inventory – MBI; Maslach & Jackson, 1981; Ádám & Mészáros, 2012) alkalmaztuk. Ez a kiégést három dimenzióban méri: érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés. A résztvevők egy 7-fokozatú Likert-skálán (0 = soha, 6 = minden nap) jelzik, hogy milyen gyakran észlelik különböző, munkájukkal kapcsolatos érzéseiket. Az emocionális kimerülést kilenc kérdés, a deperszonalizációt öt kérdés, a teljesítménycsökkenést pedig nyolc kérdés méri. A kérdésekre adott válaszok alapján a kiégés mindegyik dimenziójára egy érték jellemző. A magas szintű

kiegésre vonatkozó értékeket Ádám és munkatársainak egy normatív minta értékei alapján kialakított ponthatárai (emocionális kimerülés = 27 pont, deperszonalizáció = 10 pont és teljesítménycsökkenés = 33 pont) mentén határoztuk meg (Ádám, Györffy, & Csoboth, 2006). Vizsgálatunkban a kérdőív alskáláinak belső konzisztenciája megfelelő volt (Cronbach α : Érzelmi kimerülés: 0,88; Deperszonalizáció: 0,74; Személyes hatékonyság csökkenése: 0,85)

A másodlagos traumatizáció mérésére használtuk a *Másodlagos Traumatizációs Stressz Skálát* (*Secondary Traumatic Stress Scale-STSS*) (Bride 2004), mely a gondolatbetöréseket, elkerülés kialakulását, és arousal tüneteket mérő alskálákból áll össze. A kérdőívnek ez volt az első hazai alkalmazása. Az eredeti angol nyelvű kérdőívet Brian E. Bride – miután tájékoztattuk a vizsgálat céljairól – a rendelkezésünkre bocsátotta. A kérdőívet 2 független személy magyarra fordította, majd egy közös változat kialakítása után egy harmadik személy (ellenőrzés céljából) visszafordította angol nyelvre.

Vizsgálatunkban a kérdőív alskáláinak belső konzisztenciája megfelelő volt (Cronbach α : Gondolatbetörés: 0,74; Elkerülés: 0,73; Arousal tünetek: 0,79)

Az empátia mérésére az *Interperszonális Reaktivitás Indexet* (Interpersonal Reactivity Index-IRI; Davis, 1983; Kulcsár, 1998) alkalmaztuk. A kérdőív 28 állítást tartalmaz, mely négy alskálára bontható (fantázia, perspektíva-felvétel, empátiás törődés és személyes distressz). A résztvevők egy 5-fokozatú Likert-skálán (0 = egyáltalán nem jellemző rám, 4 = nagyon jellemző rám) jelzik, hogy az adott állítást mennyire találják jellemzőnek magukra. A kérdőív alskálái az empátia különböző aspektusaihoz kapcsolódnak: a kognitív komponens (perspektíva-felvétel), az érzelmi összetevő (empátiás distressz) és a viselkedéses forma (empátiás törődés). A fantázia alskála az esztétikai dimenziót vizsgálja, és annak a fokát mutatja meg, hogy mennyire képes az egyén saját magát egy képzeletbeli helyzetbe gondolni. Vizsgálatunkban a kérdőív alskáláinak belső konzisztenciája megfelelő volt (Cronbach α : Fantéziaskála: 0,82; Perspektíva-felvétel: 0,80; Empátiás törődés: 0,84; Empátiás distressz: 0,78)

A kommunikációs attitűd mérésére a *Patient-Practitioner Orientation Scale* -t (Páciens-Orvos Központú Skála) (PPOS; Krupat et al., 2000) használtuk. A kérdőív összpontszáma alapján megállapítható, hogy a kitöltő attitűdje a páciens-központú vagy az orvos illetve betegség központú orvosi attitűdhez áll-e közelebb. A kitöltőknek a 18 állításra vonatkozóan egy 6-fokú Likert-skálán kell jelölniük, hogy mennyire értenek egyet az adott állítással. A kérdőívnek ez volt az első hazai alkalmazása. Az eredeti angol nyelvű kérdőívet Edward Krupat – miután tájékoztattuk a vizsgálat céljairól – a rendelkezésünkre bocsátotta. A

kérdőívet két független személy magyarra fordította, majd egy közös változat kialakítása után egy harmadik személy (ellenőrzés céljából) visszafordította angol nyelvre. A PPOS tizennyolc állítást tartalmaz, mely két alskálára bontható. A megosztás (sharing) alskálája kilenc állítást tartalmaz, amely arra vonatkozik, hogy a kitöltő mennyire tartja fontosnak a hatalom és a kontroll egyensúlyát az orvos-páciens viszonyban a gyógyítás során, illetve a beteggel való teljeskörű információmegosztást. A törődés (caring) alskála kilenc állítása arra vonatkozik, hogy a kitöltő mennyire hisz abban, hogy 1. a gyógyítási folyamat során a páciens érzéseinek figyelembe vétele, illetve jó interperszonális kapcsolat kulcsfontosságú tényező; 2. az orvosnak a páciens egész személyiségét figyelembe kell vennie, nem csak az aktuális egészségi állapotát. Minél magasabb az összpontszám, annál inkább a páciens-fókuszú attitűd jellemző. Mivel a kérdőív hazai validálása még nem történt meg, ezért az ezen a kérdőíven alapuló eredmények csak korlátozottan értelmezhetőek.

Vizsgálatunkban a kérdőív belső konzisztenciája megfelelő volt (Cronbach's α : 0,68).

A kérdőívek átlaga és szórása a 1. táblázatban látható, normalitás vizsgálatuk pedig a 9. mellékletben.

3.1.2.3. Statisztikai eljárások

Az adatok feldolgozásához és elemzéséhez az SPSS 17.0 programcsomagot használtuk. A szociodemográfiai adatok és a kérdőívek skáláinak kapcsolatát két csoport esetében t-próbával, illetve a parametrikus próbák feltételeinek megsértése esetében pedig Mann-Whitney próbával vizsgáltuk. Amennyiben több, mint két csoport átlagát kellett összehasonlítani, akkor varianciaanalízist (ANOVA) alkalmaztunk. A normalitás megsértése esetén az erre a fajta sértésre robusztus bootstrap metódust alkalmaztuk az ANOVA során. Az egyes csoportok közötti kapcsolatok kimutatására az ANOVA során a Games-Howell féle post-hoc tesztet használtuk.

A kérdőívek skáláinak összefüggéseit feltételezett változók közötti együttjárások vizsgálatára korrelációs együtthatókat számoltunk, a parametrikus próbák feltételeinek teljesülése függvényében a Pearson vagy a Spearman korrelációs együtthatót számoltuk ki. A vizsgált változók együttjárási mintázatának feltérképezésére faktoranalízist végeztünk. A végső faktorsúlyok megállapításához Oblimin forgatást használtunk. Végül pedig mediációs elemzést (az ún. Sobel-tesztet, lásd Sobel 1982) végeztünk, melyben az volt a célunk, hogy meghatározzuk, hogy a vizsgált, egymással is összefüggő, a kiegészítő ható változóink (empátiás

disztrész, stb) közül melyek befolyásolják a kiégést, és melyek közvetítik más változók hatásait.

Minden statisztikai vizsgálatnál a $p < 0,05$ szignifikanciaszintet fogadtuk el.

3.1.3. Eredmények

3.1.3.1. A felhasznált kérdőívek leíró statisztikái

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
MBI érzelmi kimer.	67	4	44	22,73	10,43
MBI depersz.	67	0	26	7,13	5,45
MBI szem. hat.	66	2	30	15,97	7,39
STSS gond.betör.	66	5	20	10,08	3,39
STSS elkerülés	66	7	27	13,36	4,36
STSS arousal	65	5	22	10,77	3,77
STSS összpont	63	17	56	34,05	9,65
IRI nézőpont	67	2	27	18,43	4,94
IRI fantázia	66	0	27	17,42	5,44
IRI empátia	66	7	27	18,35	5,04
IRI distressz	66	0	25	11,85	5,09
PPOS megosztás	64	24	52	34,72	6,05
PPOS törődés	64	25	48	40,47	4,61
PPOS összpont	64	57	96	75,19	8,97

1. táblázat: Az első vizsgálat alkalmazott kérdőíveinek és alskáláinak átlaga, szórása

3.1.3.2. Szociodemográfiai adatok hatása

Nem

Szignifikáns nemi különbség mutatkozik a deperszonalizáció ($t = 2,095$; $p < 0,05$), valamint a másodlagos traumatizáció arousal tünetek alskálájában ($t = 2,034$; $p < 0,05$). Eszerint a deperszonalizáció inkább a férfi rezidensekre jellemző (férfiak átlag: $9,56 \pm 4,70$; nők átlag: $6,37 \pm 5,48$), és a férfiak mutatnak több arousal tünetet (férfiak átlag: $12,47 \pm 3,34$; nők átlag: $10,26 \pm 3,78$). A többi mért változóban nem találtunk szignifikáns különbséget. (1.1. hipotézis tesztelése)

Családi állapot

Összefüggést találtunk a családi állapot és a deperszonalizáció megjelenése között is ($F(2,63) = 8,39$, $p < 0,05$). Az élettársi kapcsolatban élőknel szignifikánsan alacsonyabb a

deperszonalizáció pontszáma, mint az egyedül élőké (Games Howel $p < 0,05$). Az Interperszonális Reaktivitás Index perspektívafelvétel-alskálája is szignifikáns összefüggést mutatott a családi állapottal ($F(2,63) = 4,45, p < 0,05$). Az élettársi kapcsolatban élők szignifikánsan magasabb értéket értek el a skálán, mint a házasok és az egyedül élők (Games Howel $p < 0,05$). Az empátiás törődés szignifikáns összefüggést mutatott a gyerekek számával ($F(3,61) = 3,25, p < 0,05$). Az eredmények szerint, akinek 2 gyermeke van szignifikánsan magasabb pontszámot kapott ezen a skálán, mint akinek nincs gyereke (Games Howel $p < 0,05$). (1.2. hipotézis tesztelése)

Munkatapasztalat

Az egészségügyben eltöltött évek száma mintánkban nem mutat szignifikáns összefüggést egyik vizsgált változóval sem. (1.3. hipotézis tesztelése)

3.1.3.3. Kiegészés prevalenciája; empátia, kiegészés, másodlagos traumatizáció és páciens-fókuszú attitűd összefüggései

A pszichiáter rezidensek/szakorvosjelöltek között a magas fokú emocionális kimerülés prevalenciája 32,8% volt, a magas fokú deperszonalizáció 29,9%, a magas fokú teljesítménycsökkenés előfordulása pedig 52,2% volt. (Ádám és munkatársainak (2006) normatív minta értékei alapján kialakított ponthatárai, mely szerint a magas fokú kiegészés a három dimenzióban: emocionális kimerülés = 27 pont, deperszonalizáció = 10 pont és teljesítménycsökkenés = 33 pont).

Az 2-7. táblázat a jobb átláthatóság érdekében bontásban mutatja a kiegészés, az empátia és a páciens-fókuszú attitűd közötti kapcsolatokat (MBI-IRI-PPOS).

	IRI nézőpontváltás	IRI fantázia	IRI empátiás törődés	IRI distressz
MBI érzelmi kimerülés	,03	,018	,124	,361**
MBI deperszonalizáció	-,323**	-,199	-,382**	,021
MBI személyes hatékonyság csökkenése	-,340**	-,149	-,138	,415**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

2. táblázat: Maslach Kiegészés Leltár - Interperszonális Reaktivitás Index összefüggései

	IRI nézőpont-váltás	IRI fantázia	IRI empátia	IRI distressz
PPOS összpontszám	,480**	,147	,396**	,307*
PPOS törődés	,463**	,212	,396**	,207
PPOS megosztás	,346**	,063	,245	,279*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

3. táblázat: Páciens-Orvos Központú Skála és az Interperszonális Reaktivitás Index összefüggései

	PPOS összpontszám	PPOS megosztás	PPOS törődés
MBI érzelmi kimerülés	-,016	-,057	,012
MBI deperszonalizáció	-,287*	-,104	-,386**
MBI személyes hatékonyság csökkenése	-,147	-,038	-,301*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4. táblázat: Maslach Kiegészítő Leltár és a Páciens-Orvos Központú Skála összefüggései

	IRI nézőpontváltás	IRI fantázia	IRI empátiás törődés	IRI distressz
STSS gondolat	,161	,403**	,369**	,535**
STSS elkerülés	,051	-,091	-,071	,269*
STSS arousal	,131	,116	,033	,255*

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

5. táblázat: Másodlagos Traumatizáció és Interperszonális Reaktivitás Index összefüggései

	STSS gondolat	STSS elkerülés	STSS arousal
MBI érzelmi kimerülés	,392**	,582**	,483**
MBI deperszonalizáció	,127	,427**	,271*
MBI személyes hatékonyság csökkenése	,215	,341**	,256*

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

6. táblázat: Maslach Kiegészítő Leltár és Másodlagos Traumatizáció összefüggései

	IRI nézőpontváltás	IRI fantázia	IRI empátiás törődés	IRI distressz
IRI nézőpont	1,000	,424**	,589**	,144
IRI fantázia	,424**	1,000	,384**	,163
IRI empátia	,589**	,384**	1,000	,366**
IRI distressz	,144	,163	,366**	1,000

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

7. táblázat: Interperszonális Reaktivitás Index alszámainak összefüggései

Az alábbiakban a szignifikáns eredményeket részletezzük, de a táblázatokban nyomon követhetőek a nem szignifikáns összefüggések is. Az *érzelmi kimerüléssel* pozitív összefüggést mutat az IRI *distressz-skálája* (2.1. hipotézis). A *depersonalizáció* fordított együttjárást mutat a *nézőpontváltással* (2.2. hipotézis) és az *empátiás törődéssel* (2.3. hipotézis). A *személyes hatékonyság érzésének* növekedése a *nézőpontváltással* (2.4. hipotézis), csökkenése az *empátiás distresszsel* jár együtt. (2. táblázat)

A *páciens-fókuszú attitűd* (PPOS összpontszám) pozitív összefüggést mutat az *empátiás distresszsel*, *nézőpontváltással* és az *empátiás törődéssel* is. Érdekes azonban, hogy a PPOS „*törődés*” (*caring*) *alszáma* (amely a kapcsolati tényezők fontosságát emeli ki) csak a *nézőpontváltással* és az *empátiás törődéssel* mutat pozitív együttjárást. Emellett fontos megemlíteni, hogy ugyanezen PPOS skála fordított összefüggést mutat a *depersonalizációval* és a *személyes hatékonyság csökkenésével*, míg a PPOS összpontszáma esetében ez a fordított összefüggés csak a *depersonalizációra* igaz. (3. és 4. táblázat)

A *másodlagos traumatizáció* mindhárom tünetcsoportja szignifikáns pozitív összefüggésben van az *empátiás distresszsel* (2.8. hipotézis) A többi empátia dimenzió közül a *fantázia* és *empátiás törődés* komponens mutat szignifikáns kapcsolatot a *gondolatbetöréssel*. (5. táblázat)

A *kiegész és másodlagos traumatizáció* összefüggései tekintetében az *érzelmi kimerülés* mutat mindhárom tünetcsoporttal szoros összefüggést (2.7. hipotézis). Ezen kívül mind a *depersonalizáció*, mind pedig a *személyes hatékonyság csökkenése* pozitív együttjárást jelez a *másodlagos traumatizáció elkerülés és arousal* alszámaival. (6. táblázat)

Az *empátia összetevőinek* egymással való kapcsolatára vonatkozó korrelációs táblában jól láthatjuk, hogy az *empátiás distressz* csak *empátiás törődéssel* mutat szignifikáns összefüggést,

a *nézőpont váltás* a fantáziaskálával, valamint az *empátiás törődéssel*, amely alszála mindhárom másik empátia alszálaival szignifikáns összefüggést jelez. (7. táblázat)

A változók kapcsolatának megértéséhez feltárási faktoranalízist (principal axis factoring) végeztünk. A Kaiser-Meyer-Olkin teszt ($KMO = 0,69$) és a Bartlett-féle szfericitás teszt ($\chi^2 = 328,02$; $p < 001$) eredménye arra utal, hogy az adatok megfelelőek faktoranalízis elvégzésére. Annak vizsgálatára, hogy a kapott faktorok korrelálnak-e egymással direct oblimin rotációs eljárást használtuk ($\delta = 0$). Elméleti elképzelésünknek megfelelően két faktoros megoldást kerestünk (8. táblázat). Az első faktornak az itt szereplő kérdőívek alapján a *Reaktív empátia* nevet adtuk, hiszen benne van az ehhez szükséges nézőpontváltás, az empátiás törődés, valamint a kapcsolat fontossága és a kommunikációs válaszkészség (*PPOS sharing és caring; IRI nézőpontváltás, fantázia, empátiás törődés*) (2.9. hipotézis).

A második faktorba sűrűsödtek azok a tényezők, melyek az érzelmi áterjedéssel és ennek következményeivel, kimerüléssel és kiégéssel kapcsolatosak (*IRI distressz; STSS gondolatbetörés, elkerülés, arousal tünetek; MBI mindhárom alszála*), így a *parallel empátiának* neveztük el (2.8. hipotézis).

A kiégés deperszonalizáció alszála mindkét faktorra tölt. Elméletileg mindkét faktorba sorolás mögött lehet érveket felsorakoztatni, hiszen a *Reaktív empátia* faktorban negatív faktorsúllyal szerepel, ami logikus, hiszen az empátiás törődés, és a perspektívaváltás pontosan ellentétes jelenségek. Azért soroltam mégis inkább a *Parallel empátia* faktorba, mert, ahogy azt már elméleti bevezetőben is részleteztem az empátiás distressz saját negatív érzéseinkre irányuló figyelemmel írható le, ahol a cél ennek az érzésnek a csökkentése. Ezt a célt gyakran úgy érik el az egészségügyi dolgozók, hogy eltávolodnak a páciensektől.

A faktorok közötti kapcsolat nagyon gyenge (0,015)

	Reaktív emp.	Paralel emp.
PPOS megosztás	0,465	-0,019
PPOS törődés	0,588	-0,082
IRI perspektíva váltás	0,848	0,058
IRI empátiás törődés	0,786	0,112
IRI fantázia	0,568	0,063
IRI empátiás distressz	0,372	0,614
STSS gondolat betörés	0,442	0,607
STSS elkerülés	-0,068	0,699
STSS arousal tünetek	0,076	0,671
MBI emocionális kimerülés	-0,033	0,804
MBI deperszonalizáció	-0,548	0,522
MBI szem. hat. csökkenés	-0,381	0,599

8. táblázat: Első vizsgálat feltáró faktoranalízisének eredménye

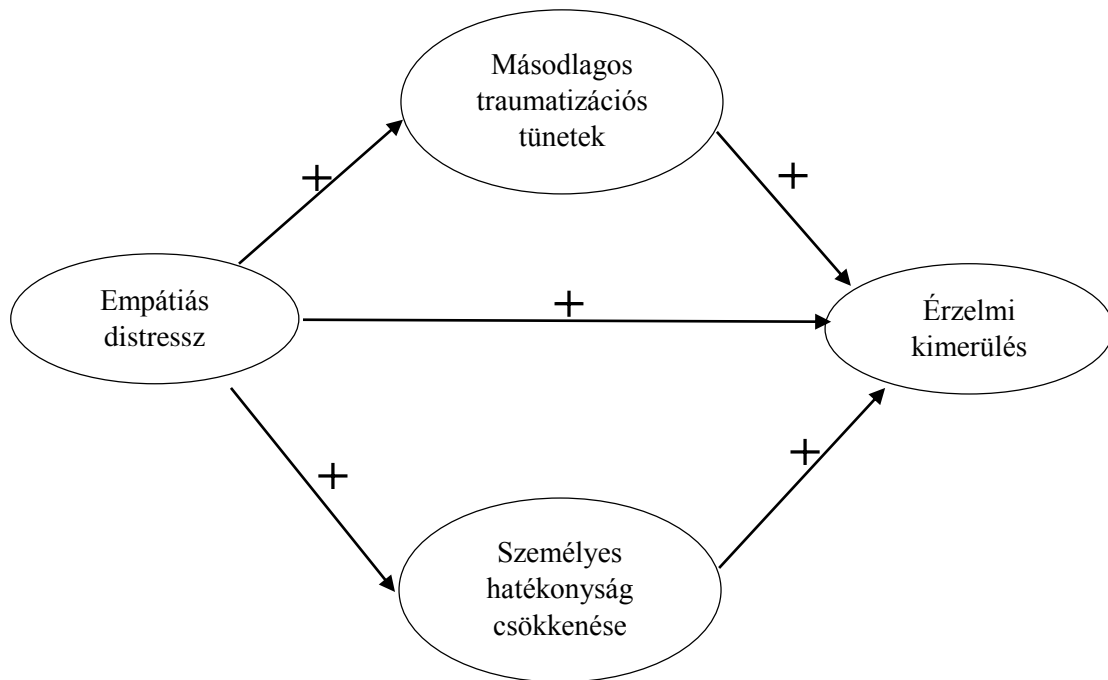
3.1.3.4. Mediációs elemzés

Harmadik kérdéskörünkben megfogalmazott hipotéziseknek megfelelően megvizsgáltuk, hogy az egymással is korreláló, a kiégéssel is összefüggő változók közül melyek mediálják a többi változó hatását. Mivel a kiégés okait kerestük elsődlegesen, ezért a Maslach Kiégés Leltár alskáláit tekintettük célváltozónak, a bemeneti és mediáló változókat előzetes feltevéseink alapján határoztuk meg (lásd 3.1.-3.3. hipotézis). A mediációs elemzés során először megvizsgáljuk, hogy egy bemeneti változó milyen hatással van a kimeneti változóra (9. táblázat *B oszlop*), majd hogy ez a hatás szignifikánsan megváltozik-e, ha egy mediátor változó hatását kontrolláljuk a (9. táblázat *C oszlop*). Erre az egyik leggyakrabban alkalmazott módszer az ún. Sobel teszt (Sobel, 1982), ezért mi is ezt alkalmaztuk (9. táblázat *A oszlop*).

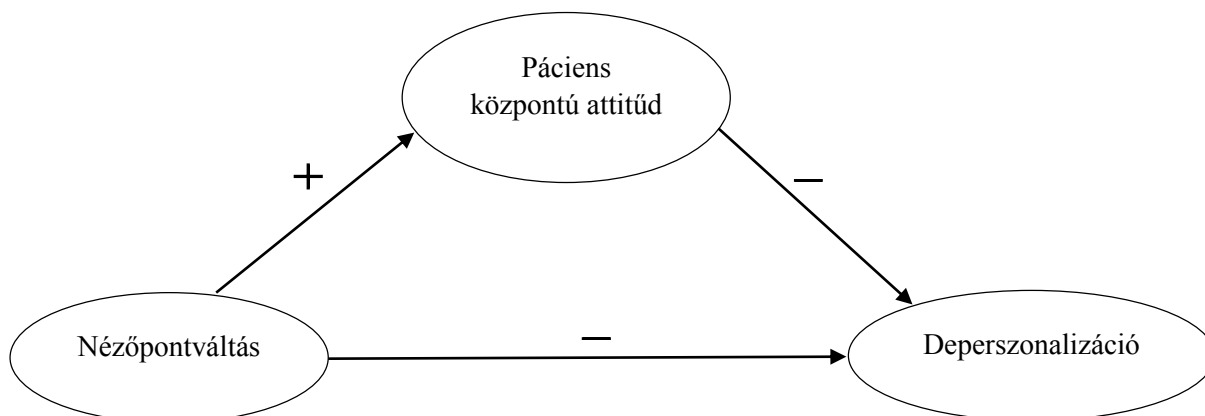
Szignifikáns eredményeinket az 5-7. ábrákon követhetjük nyomon. A *distressz* állapot és az *érzelmi kimerülés* közti kapcsolatot a *másodlagos traumatizáció* tünetei közvetítik (3.1. hipotézis). Az *érzelmi distressz* egy másik úton is hatással lehet az *érzelmi kimerülésre*: a *személyes hatékonyság csökkentésén* keresztül (5. ábra). Emellett a *nézőpontváltás deperszonalizáció* közti fordított kapcsolatot nagy valószínűséggel a *páciens fókuszú attitűd* (PPOS törődés) közvetíti (6. ábra) (3.2. hipotézis). A kis elemszámot figyelembe véve a nem szignifikáns tendenciák közül kiemeljük az *empátiás törődés* és *személyes hatékonyság növekedése* közti kapcsolatot, melyet a *páciens fókuszú attitűd* (PPOS törődés) közvetíti (7. ábra) (3.3. hipotézis).

	A)		B)		C)	
	Sobel t.	szign.	bemeneti .v. tiszta hatása		bemeneti vált. hatása mediátor v-val	
			regr. koef.	szign.	regr. koef.	szign.
bem.v.: IRI distressz- med.v.: STSS- célv.: MBI érz.kimer.	3,19	,001	0,42	,001	0,16	,15
bem.v.: IRI distressz- med.v.: MBI szem.hat.- célv.: MBI érz.kimer.	2,61	,009	0,46	<.001	0,28	,02
bem.v.: IRI distressz- med.v.: IRI emp.tör.- célv.: MBI érz.kimer.	-0,31	,76	0,46	<.001	0,47	<.001
bem.v.: IRI np.váltás- med.v.: PPOS tör.- célv.: MBI depersz.	-2,08	,04	-0,37	,003	-0,22	,08
bem.v.: IRI np.váltás- med.v.: PPOS tör.- célv.: MBI szem.hat.	-1,28	,20	-0,34	,006	-0,26	,055
bem.v.: IRI np.váltás - med.v.: IRI emp.tör - célv.: MBI depersz.	-1,69	,09	-0,39	,001	-0,23	,12
bem.v.: IRI emp.tör- med.v.: PPOS tör – célv.: MBI szem.hat	-1,77	,08	-0,17	,197	-0,05	,69
bem.v.: MBI érz.kimer.- med.v.: MBI depersz.- célv.: MBI szem.hat	2,60	,009	0,54	<.001	0,35	,00

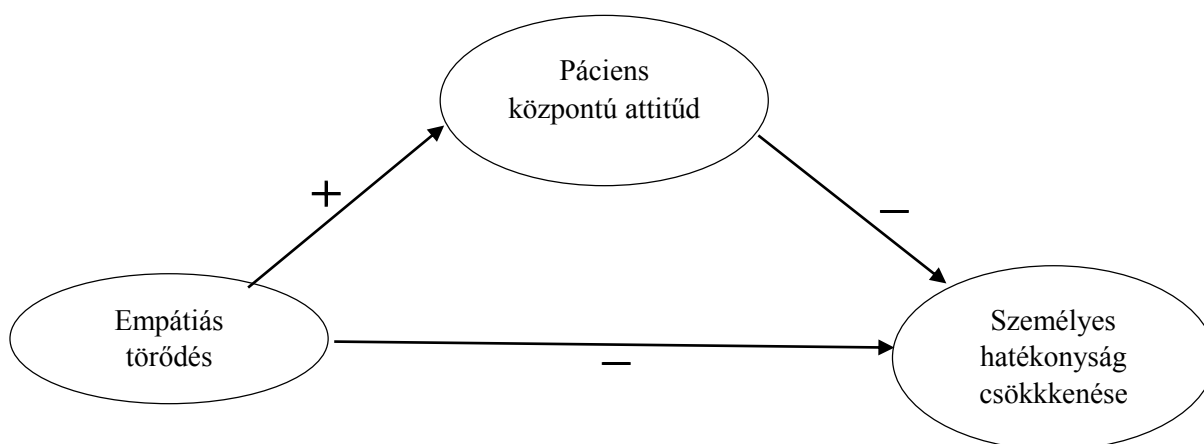
9. táblázat: Mediációs elemzések



5. ábra: Empátiás distressz és Érzelmi kimerülés közti kapcsolatot mediáló folyamatok



6. ábra: Nézőpontváltás és Deperszonalizáció közötti kapcsolatot mediáló folyamat



7. ábra: Empátiás törődés és Személyes hatékonyság növekedése közötti kapcsolatot mediáló folyamat

3.1.4. Megbeszélés

A kiégés vizsgálati mintánkban tapasztalt prevalenciáját összehasonlítva Ádám és munkatársainak (2006) reprezentatív orvosi mintájával, ahol a magas érzelmi kimerülés 21,2 % (saját mintán 32,8%), a deperszonalizáció magas szintje 7,7 % (saját mintán 29,9%), a személyes hatékonyság csökkenése pedig az általuk vizsgált minta 33,1 %-ra volt jellemző (saját mintán 52,2%), jól látható, hogy a pszichiáter rezidenseknél a kiégés szintje az orvosoknál általában tapasztaltakhoz képest magas. A legmagasabb fokú a személyes hatékonyság csökkenésének előfordulása, ezt követi az emocionális kimerülés, végül a deperszonalizáció. Harmatta és munkatársai (2010) magyar pszichiáterek körében végzett, kiégésre vonatkozó vizsgálata ugyanezt a mintázatot mutatja. Vizsgálatukban a személyes hatékonyság csökkenésének magas foka a minta 35 %-ra volt jellemző (saját mintán 52,2 %), magas fokú

emocionális kimerülés 26 %-ra (saját mintán 32,8%), magas fokú deperszonalizáció pedig az általuk vizsgált minta 17 %-át jellemezte (saját mintán 29%). A kiégés mindhárom összetevőjében a saját mintánkban szereplő pszichiáter rezidensek nagyobb arányban tartoztak a magas fokú kiégést jelző tartományba, mint Harmatta és munkatársainak, nagyobb részt pszichiáter szakorvosokból álló mintájának vizsgálati személyei (nők 57 %-a; férfiak 62,7 %-a pszichiáter szakorvos volt, pszichiáter rezidens az általuk vizsgált mintában a férfiak 23,7 %-a, a nők 25,3 %-a volt). Véleményünk szerint ezen eltérés azzal is magyarázható, hogy esetünkben a vizsgálati személyek kizárólag pszichiáter rezidensek voltak, akikre sok esetben fokozott munkaterhelés és csökkent kontroll, valamint a tapasztalatok hiánya jellemző. Ezek a tényezők vezethetnek náluk például a személyes hatékonyságérzet nagyobb fokú csökkenéséhez. Hasonló eredmények születtek Guthrie, Tattan, Williams, Black, és Bacliocotti (1999) pszichiáterek körében végzett vizsgálatában, melyek szerint a pszichiáter rezidensek szignifikánsan nagyobb mértékben jellemezhetőek deperszonalizációval, mint idősebb szakorvos kollégáik.

Az *első kérdéskörünk* a kiégés demográfiai tényezőkkel való összefüggéseire vonatkozott. Eredményeink alapján megállapítható, hogy a vizsgált minta tekintetében a vizsgált változók között nemi különbséget a kiégés *deperszonalizáció* alszállájában és a *másodlagos traumatizáció arousal tüneteket* mérő alszállájában találtunk. Eszerint a *deperszonalizáció* inkább a férfi rezidensekre jellemző, és a férfiak mutatnak több *arousal tünetet*. Úgy tűnik tehát, hogy a férfiak nagyobb mértékben élnek az érzelmi megterheléssel szemben az elszemélytelenítő elhárítással (1.1. hipotézis). Ez az eredmény összhangban van Maslach és munkatársai (2001) összefoglalójával, mely szerint a kiégésben mutatkozó nemi különbségek nem egyértelműek, egyedül a deperszonalizációban kimutatott nemi különbség (a férfiak javára) tűnik a vizsgálatok alapján konzisztensnek. Figyelembe véve Györffy és munkatársai (2008) vizsgálatának eredményeit, mely szerint a pszichiáternők rosszabb szomatikus és pszichés állapotban vannak, mint más orvosszakmákban dolgozó nők, felmerülhet a kérdés, hogy ez összefügg-e azzal, hogy a nők számára ez a típusú munka nagyobb, sok esetben talán nem feldolgozott érzelmi megterhelést jelent, ami ellen a férfi kollégáik személytelen bánásmóddal igyekeznek védekezni. Az a feltételezés azonban, hogy a vizsgált nők a férfiaknál nagyobb mértékben érzik magukat érzelmileg kimerültnek, nem nyert bizonyítást (ez a mintánkban megjelenő lényegesen kevesebb férfi vizsgálati személlyel is magyarázható). Sőt a férfiakat mintánkban nagyobb mértékben jellemezte az arousal tünetek megjelenése, ami

értelmezésünk szerint jelezheti a fokozott érzelmi megterhelésre alkalmazott megküzdés (depersonalizáció) sikertelenségét.

Mintánkban az *érzelmi kimerülés* nem mutat összefüggést sem a családi állapottal, sem pedig a gyerekek számával. A kiégés összetevői közül a *depersonalizáció* és a családi állapot között találtunk szignifikáns kapcsolatot (1.2. hipotézis). Az élettársi kapcsolatban élőknel szignifikánsan alacsonyabb az elszemélytelenítő attitűd kialakulása. Ez az eredmény részben (hiszen a házasságban élőkre nem igaz) összhangban van más kutatásokban mutatkozó azon eredménnyel, hogy aki egyedülálló, az veszélyeztetettebb a kiégés szempontjából (Maslach, Schaufeli, & Leiter 2001; Jovanovic et al., 2009). Eredményeink szerint a családi állapot hatással van az *Interperszonális Reaktivitás Index perspektíva-felvétel alskálájára*: az élettársi kapcsolatban élők magasabb értéket értek el a skálán. Érdekes azonban, hogy ezek az összefüggések mintánkban csak az élettársi kapcsolatban élőkre igazak, a házasokra nem.

A gyerekek száma az *empátiás törődés* mérő skálával mutatott szignifikáns összefüggést, két gyermek esetén az *empátiás törődés* alskála pontszáma szignifikánsan magasabb volt, mint gyermektelen személyek pontszáma. Értelmezésünk szerint ez jelentheti azt, hogy az élettársi kapcsolat és a decentralizációra való képesség összefügg, és védőfaktort jelent a depersonalizációval szemben. Természetesen az ok-okozati összefüggés iránya nem állítható biztosan, hiszen az is elképzelhető, hogy könnyebb annak párkapcsolatban funkcionálni, aki képes a másik nézőpontját figyelembe venni, és nem az elszemélytelenítő elhárítási formákat preferálja. Az az összefüggés, miszerint a gyerekek száma emeli az empátiás törődés megjelenésének esélyét, értelmezhető úgy is, hogy a személyes életben megjelenő szorosabb kapcsolatok jelenléte segíti a nézőpontváltásra való képességet, ami növeli az empátiás törődés (odafordulás) megjelenésének esélyét.

Sem az *érzelmi kimerülés*, sem a kiégés másik két tényezője nem mutat összefüggést az egészségügyben eltöltött évek számával (1.3. hipotézis). Ez az eredmény értelmezhető Maslach és munkatársai (2001) összefoglalójukban megfogalmazott feltevésével, hogy bár bizonyos vizsgálatokban vannak arra vonatkozó összefüggések, hogy a fiatalabbak, pályakezdők között nagyobb a kiégés prevalenciája, de ők óvatosságra intenek az értelmezés tekintetében. Véleményük szerint könnyen lehet, hogy azok, akik kiégnek végül, úgy döntenek, hogy más hivatást, pályát választanak, így azok maradnak, akik eredetileg is kevésbé mutatták a kiégés jeleit.

A második kérdéskörben a vizsgált változók közötti feltételezett összefüggésekre vonatkozóan fogalmaztam meg hipotéziseket. Az empátia különböző aspektusai és a kiégés közti

összefüggéseket tekintve, eredményeink alapján megállapítható, hogy a vizsgált mintában az *empátiás distressz* szoros összefüggést mutat az *emocionális kimerüléssel* (2.1. hipotézis), valamint a *személyes hatékonyság* csökkenésével. Ez összhangban van Snyder (2007) eredményeivel, akinél az érzelmi distressz pozitív összefüggést mutatott mind az érzelmi kimerüléssel, mind pedig a személyes hatékonyság csökkenésével, Day és Chambers (1991) vizsgálatában pedig a kiégés mindhárom összetevőjével szoros kapcsolatban állt az empátiás distressz. Figley (2012) az érzelmi kimerülés és érzelmi distressz összefüggését támasztja alá. A *nézőpontváltás* és az *empátiás törődés* negatívan korrelált a kiégés kérdőív *deperszonalizációt* és *személyes hatékonyság csökkenését* mérő alskálákkal. (2.2., 2.3. és 2.4. hipotézis). Ezek az eredmények megfelelnek Day és Chambers (1991) rehabilitációs egészségügyi dolgozók között végzett vizsgálatának, melyben, saját eredményünkkel megegyezően, azt találták, hogy az empátiás törődés és perspektívaváltás fordított szignifikáns összefüggésben van a deperszonalizációval, illetve személyes hatékonyság csökkenésével. Ezek az eredmények értelmezhetőek azon elképzelések tükrében, melyek felhívják a figyelmet arra, hogy empátiás distressz esetében a figyelem a saját negatív érzésekre irányul, míg az empátiás törődés esetén a másokra irányuló figyelem játssza a főszerepet, így a deperszonalizáció, ahol a figyelem visszavonódik a páciensről értelemszerűen ellentétes irányú az empátiás törődéssel (Kulcsár, 1998; Eisenberg, 2011). Ezt az összefüggést azonban csak az *empátiás törődéssel* összefüggésben állapíthatjuk meg, hiszen az *empátiás distressz* és a *nézőpontváltás* között nincs szignifikáns összefüggés (2.6. hipotézis). Az *empátiás törődés* a kiégés más dimenzióival nem mutat összefüggést (2.5. hipotézis).

A *másodlagos traumatizáció* mindhárom tünetcsoportjával szignifikáns az *empátiás distressz*, és az *érzelmi kimerülés* együttjárása (2.7. hipotézis). - Eredményünk összhangban van azokkal az elképzelésekkel, melyek szerint a kiégés és másodlagos traumatizáció egymáshoz nagyon közel álló fogalmaknak tekinti (Deville, Wright, & Varker, 2009)

Az elvégzett faktoranalízis alapján *elkülöníthető 2 faktor*, melyből az egyikben találhatóak azok a tényezők melyek az érzelmi áterjedéssel és ennek következményeivel, kimerüléssel és kiégéssel kapcsolatosak (*IRI distressz; STSS gondolatbetörés, elkerülés, arousaltünetek; MBI mindhárom alskálaja*). Kapott eredményeink alátámasztják azt az előzetes elképzelést miszerint az empátiás distressz egy olyan szelf-fókuszú érzelmi reakció, melyben dominálnak a saját kellemetlen érzések (Eisenberg, 2011). Staub (1987) alapján ezt a faktort *parallel empátiának* neveztük el (2.8. hipotézis).

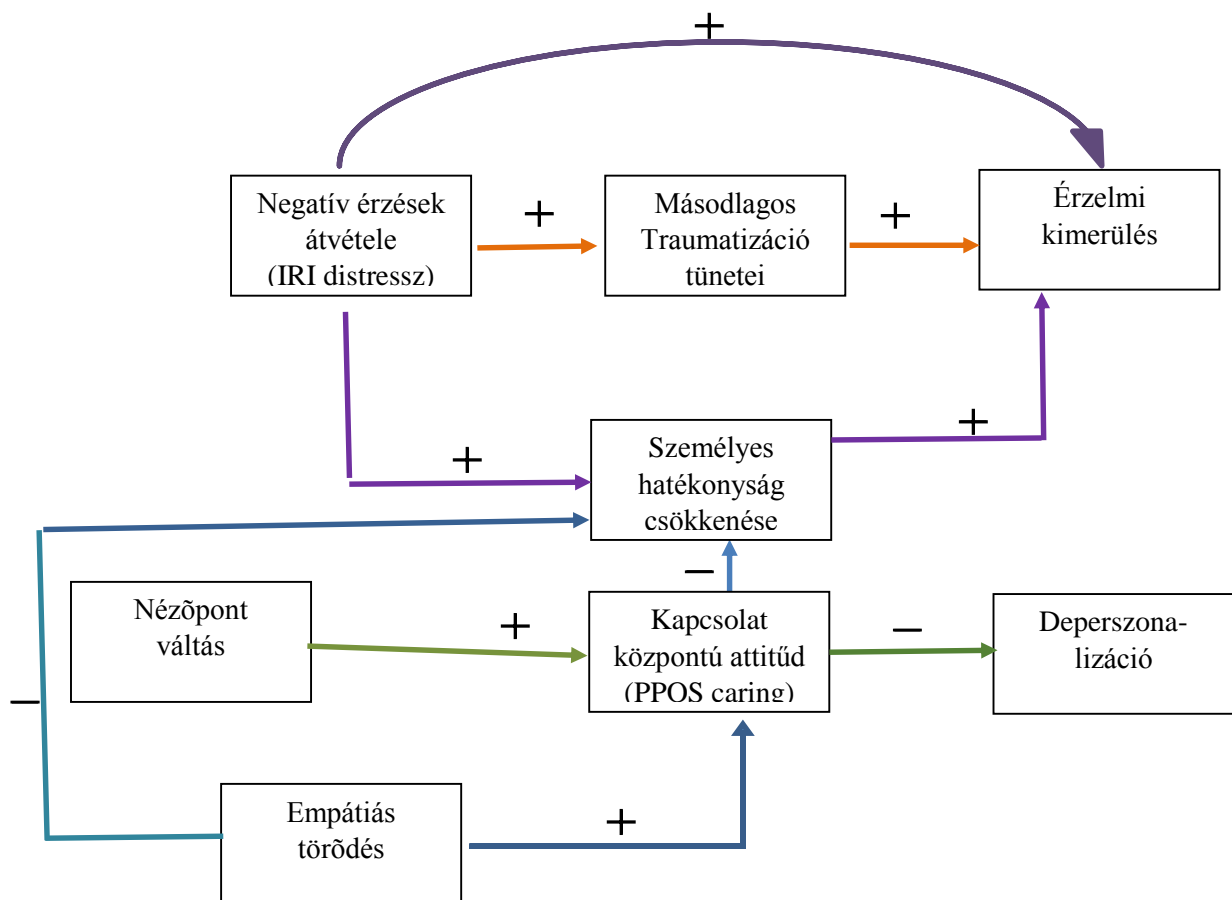
A másik kapott faktorunk alapján látható, hogy a *perspektíva-váltás*, *empátiás törődés*, *fantázia*, *perspektíva váltás skála*, valamint a *páciens fókuszú kommunikáció* összetevői együtt járnak. Ezen komponensek a *reaktív empátiának* megfeleltethető jellegzetességeket foglalják magukba (2.9. hipotézis). Staub (1987) meghatározásában a reaktív empátia másokra orientált válasz, mint ahogyan Eisenbergnél (2002) is elkülönül a személyes distressz (ahogy arra az első faktornál utaltunk), illetve a másokra irányuló gondoskodó magatartás.

A *harmadik kérdéskörben* a komplexebb összefüggésekre voltunk kíváncsiak. Azt vizsgáltuk, hogy mintánkban, fentiekben részletezett parallel és reaktív empátiás folyamatokban milyen lehetséges kapcsolódást mutatnak az összetevők illetve milyen hatása van a többi vizsgált változónak. Az elvégzett elemzés szerint, a kialakuló distressz állapot és az érzelmi kimerülés közti kapcsolatot a másodlagos traumatizációt jelző tünetek mediálják. Tehát a hosszabb ideje fennálló distressz, mint egy krónikus stresszállapot értelmezhető, melynek mentális, testi és viselkedési tünetei vannak, amik a másodlagos traumatizációhoz kapcsolódó gondolatbetörésekben, arousal tünetekben, elkerülésben jelennek meg. Az empátiás distressz és érzelmi kimerülés közti kapcsolatot a személyes hatékonyság csökkenése is közvetítheti. Ezek az eredmények egybeesnek Snyder (2007) azon eredményeivel melyben azt találta, hogy a distressz érzés a személyes hatékonyság csökkenéséhez vezet, ami fokozza az érzelmi kimerülést. Ezek az összefüggések megfelelnek a 4. ábrán az empátiás distressz feltételezett kapcsolódásainak (3.1. hipotézis).

A reaktív empátiához kapcsolódó összetevőkkel kapcsolatban eredményeink azt mutatják, hogy a nézőpontváltás a páciens fókuszú attitűdön keresztül növeli a személyes hatékonyságérzést és csökkenti a deperszonalizáció megjelenésének esélyét (3.2. hipotézis). Ha a szignifikáns tendenciákat is figyelembe vesszük, akkor az empátiás törődés és személyes hatékonyság közti kapcsolatot a páciens fókuszú attitűd közvetíti (3.3. hipotézis). Ami összhangban van Miller és munkatársainak (1995) elképzelésével, miszerint az empátiás törődés segíti a kommunikációs válaszkészséget, ami növeli a hatékonyságérzést.

Ahogy arra Miller és munkatársai (1995) és Snyder (2007) eredményei is rámutattak a negatív érzések áttérjedése csökkenti a segítő személyes hatékonyságérzését, amit saját eredményeink is alátámasztottak, olyan összefüggést mutatva, melyben a személyes distressz érzése és az érzelmi kimerülés közti kapcsolatban a közvetítő változó a személyes hatékonyság csökkenése.

Figyelembe véve a mediációs elemzés eredményeit, a következő modellben próbáljuk értelmezni, keretbe foglalni az empátia különböző formái, a kiégés és a gyógyító helyzettel kapcsolatos attitűdök összefüggéseit (8. ábra). Az ábrán a különböző színű nyilak jelzik a mediációs elemzések során kapott kapcsolódásokat (a szignifikáns mediátor hatást mutató mediátor változókat, illetve a mediátor hatás figyelembevétele után is szignifikáns bemeneti és kimeneti változók közötti kapcsolatokat vettük figyelembe). Fontos kiemelni, hogy a modell saját, speciális csoportunkra vonatkoztatható.



8. ábra: Az első vizsgálat eredményei alapján kialakított modell

A 8. ábra alapján, értelmezésünk szerint amennyiben a gyógyító szakember hajlamos a distresszt átélő pácienssel történő interakcióban a negatív érzések átvételére, másodlagos traumatizációra utaló tüneteket mutatja, mely állapot hosszabb távon érzelmi kimerüléshez vezet. Emellett a distressz állapotában a gyógyító figyelmét a saját negatív állapota köti le, ami miatt a megélt hatékonyság csökken, érzelmi kimerülést eredményezve. Úgy tűnik azonban, hogy van egy alternatív út, amiben az empátiás törődés és nézőpontváltásra való képesség egy olyan jellegű attitűdben forr össze, melynek lényege, hogy a gyógyító szakember kulcsfontosságúnak tekinti az interperszonális kapcsolatot a gyógyítás folyamatában. Ezen attitűd növeli a személyes hatékonyság érzését és a csökkent a deperszonalizáció megjelenésének esélyét.

Bár egy speciális mintán vizsgáltuk az empátia és érzelmi kimerülés különböző formái közti kapcsolatot, mégis fontos kiemelni, hogy eredmények rávilágítottak annak a fontosságára, hogy a segítő helyzetben megjelenő empátiás válasz milyensége befolyásolhatja a gyógyító mentális egészségét. Fontosnak éreztük tehát, hogy a kapott eredményeket heterogénebb mintán is teszteljük, illetve az különböző empátiás válaszok háttérében lévő intrapszichés változókat vizsgáljuk.

3.2. Második vizsgálat

3.2.1. A vizsgálat célja és hipotézisei

3.2.1.1. A vizsgálat célja

Második vizsgálatunkban egyrészt fontos szempont volt, hogy feltérképezzük, hogy az első mintán kapott eredmények érvényesek-e a gyógyítás más területein dolgozóakra (ebben a vizsgálatban ápolók, mentőtisztek, egyéb egészségügyi szakdolgozók- asszisztensek, szülésznők vettek részt), másrészt az első vizsgálat változóiban kapott mintázatok érzelemszabályozással mutatott összefüggéseit kutattuk.

Ahogy arra már az elméleti összefoglalóban is kitértem a kiégéssel foglalkozó legújabb kutatások a Maslach-féle (Maslach & Jackson, 1981) három összetevő közül az érzelmi kimerülést tartják a legmeghatározóbb dimenziónak (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). Első vizsgálatunkban az érzelmi kimerülés magas foka a vizsgált minta 32,8 %-ra volt jellemző. Az empátia különböző típusai közül az empátiás distressz-szel mutatott szoros összefüggést az érzelmi kimerülés. A másodlagos traumatizáció, az empátiás distressz

és a kiégés összetevői egy faktort alkottak a pszichiáter rezidensekkel végzett vizsgálatban (Fülöp, Devecsery, & Csabai, 2012; Fülöp, Devecsery, Hausz, Kovács, & Csabai, 2011). Ezen összefüggéseket, valamint azokat a kutatási eredményeket figyelembe véve, melyek szerint sem a másodlagos traumatizáció, sem a kiégés szempontjából nem az a meghatározó, hogy a segítő traumát átélt kliensekkel foglalkozik-e vagy sem (Van Minnen & Keijsers, 2000; Devilly et al., 2008), feltételeztük, hogy bizonyos intrapszichés hajlamosító tényezőknek fontos szerepe van a vizsgált folyamatokban.

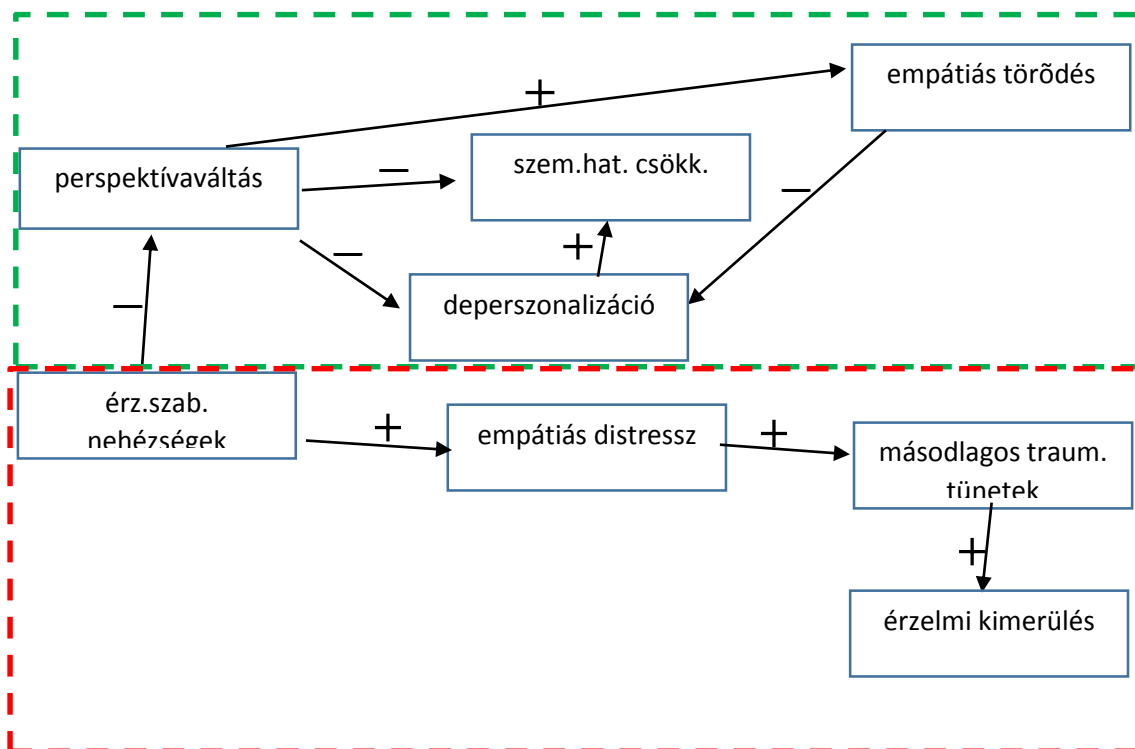
Az empátia alakulásában kulcsfontosságúnak tekintik az empátiás arousal mértékét, melyet a szenvedő másik vált ki a segítőből (Eisenberg, 2002). Ebben a folyamatban lényeges az érzelemszabályozás és a perspektívaváltás komponense. Eisenberg (2011) rámutat, hogy ahhoz, hogy az empátiás arousal átfordítható legyen empátiás törődéssé, a segítő szakembernek képesnek kell lennie saját megjelenő distressz érzésének szabályozására. Ebben fontos szerepet tulajdonítanak a perspektívaváltás kognitív képességének (Gleichgerrcht & Decety, 2012). Ezek hiányában empátiás overarousal alakul ki, amelynek következményeként a gyógyító a saját distressz érzés csökkentésére visszahúzódik, vagy nagy távolságot igyekszik kialakítani a pácienssel (Decety & Lamm, 2009). Vizsgálatunkban az érzelemszabályozást a fentiek fényében fontos tényezőnek tekintettük az empátiás válasz alakulása szempontjából. Azt feltételeztük, hogy a pácienssel való kapcsolatban, negatív érzéseire rezonálva ún. empátiás szinkronjelenségek (Hatfield, Rapson, & Le, 2011) jelenhetnek meg, ha ezt az érzelmi overarousalt nem sikerül szabályozni, akkor jön létre az empátiás distressz, ami olyan krónikusan fennálló negatív érzelmi állapotot hoz létre, mely a másodlagos traumatizáció tüneteit mutatja, ami ha hosszabb időn keresztül fennmarad, érzelmi kimerüléshez vezet. Ha ezt sikerül szabályozni, akkor a segítő képessé válik a nézőpontváltásra, és meg tud jelenni az empátiás törődés. Ami – feltételezésünk szerint – kedvezően hat mind a személyes hatékonyságérzésre, mind pedig a deperszonalizációra. Ezekben a folyamatokban tehát az érzelemszabályozási folyamatokat és perspektívaváltást kulcstényezőknek gondoltuk. Gondolatmenetünkhöz hasonló következtetésre jutottak azok a szerzők is (Eisenberg, 2011; Decety & Jackson, 2004; Preston & deWaal, 2002) akik kiemelik a szabályozási folyamatok és az irányított figyelmi kontroll fontosságát az empátiában.

3.2.1.2. Kérdések és hipotézisek

1. A *szociodemográfiai tényezők hatása* a kiégés és másodlagos traumatizáció és empátia alakulására ápolók és mentőtisztek körében. Azt feltételeztük, hogy a szociodemográfiai adatok mért változókkal való összefüggése az első vizsgálatban feltárt mintázatot fogja mutatni:
 - 1.1. A nők körében nagyobb fokú az érzelmi kimerülés, mint a férfiak esetében.
 - 1.2. A férfiaknál a deperszonalizáció szignifikánsan gyakoribb, mint nőknél.
 - 1.3. A munkatapasztalat nincs hatással a kiégés alakulására
 - 1.4. A mentőtisztek és ápolók a kiégés eltérő mintázatát mutatják (mentőtiszteknél a deperszonalizáció szignifikánsan magasabb). Hipotézisünket arra a feltételezésre alapoztuk, hogy a mentőtisztek akut helyzetben, de sokkal rövidebb ideig vannak kapcsolatban a betegekkel, ahol a deperszonalizációt gyakori megküzdési módnak gondoltuk.
2. Elképzelésünk szerint a *kiégés három komponense (érzelmi kimerülés, személyes hatékonyság csökkenése, deperszonalizáció), a másodlagos traumatizáció, az érzelemszabályozási zavarok és az empátia különböző formái*, az alábbi hipotéziseknek megfelelő jellegzetes mintázatot mutatják. Ebben a kérdéskörben egyrészt szerettük volna rekonstruálni ezen az eltérő segítői mintán is az első vizsgálatban kapott eredményeket, másrészt ezek összefüggését az érzelemszabályozási folyamatokkal.
 - 2.1. Feltételeztük, hogy az empátiás distressz együttjárást mutat az érzelemszabályozási zavarokkal.
 - 2.2. Feltételeztük érzelmi kimerülés és a másodlagos traumatizáció tüneteinek (gondolat betörés, elkerülés, arousal tünetek) szoros együttjárását, és összefüggésüket a szomatikus tünetekkel.
 - 2.3. Feltételeztük az empátiás törődés és a nézőpontváltás szoros együttjárását, és negatív együttjárásukat a deperszonalizációval és a személyes hatékonyság csökkenésével.
3. Vizsgálatunk utolsó kérdésköre arra vonatkozik, hogy a korábban feltárt együttjárások alapján milyen mechanizmusok révén hatnak egymásra a változók. (9. ábra)
 - 3.1. Feltételezésünk szerint a pácienssel való kapcsolatban, *érzelemszabályozási nehézségek* mentén, empátiás distressz alakul. Ez az állapot a másodlagos traumatizáció tüneteit

mutatja, ami ha hosszabb időn keresztül fennmarad, érzelmi kimerüléshez vezet (9. ábra pirossal jelölt terület)

- 3.2. Amennyiben a pácienssel való kapcsolatban megjelenő érzéseket sikerül szabályozni, a segítő képessé válik a *nézőpontváltásra*, és meg tud jelenni az empátiás törődés. Ezek a folyamatok pedig kedvezően hatnak mind a személyes hatékonyságérzésre, mind pedig a deperszonalizációra (9. ábra zölddel jelölt terület)



9. ábra: Saját hipotetikus modell a második vizsgálathoz

3.2.2. Módszertan

3.2.2.1. Mintavétel és minta bemutatása

Feltáró/leíró jellegű keresztmetszeti vizsgálatunkba (Fülöp, 2013) ápolókat, asszisztenseket, segédápolókat és mentőtiszteket vontunk be, Magyarország vidéki és budapesti kórházaiból. A 330 kérdőívet ápolóknak, mentőtiszteknek tartott képzéseken, valamint budapesti, mezőtúri, gyulai és békéscsabai kórházakban dolgozó ápolóknak osztottuk ki. Ebben a vizsgálatban a hiányos kitöltések miatt értékelhetetlen kérdőíveket kiszűrve összesen 244 vizsgálati személy vett részt. A felmérés tájékozott beleegyezésen alapult, a résztvevőket szóban és írásban is tájékoztattuk a vizsgálat céljáról, menetéről, időtartamáról. A vizsgálat önkéntes, anonim volt,

anyagi térítéssel nem járt. Mintánkban az alábbi szociodemográfiai tényezőket mértük fel: kor, családi állapot, gyerekszám, egészségügyi munkatapasztalat, iskolai végzettség, beosztás, másodállás. A résztvevők 33 %-a volt férfi, 67%-a nő. A minta jellemzően 30-as évei végén, illetve 40-es éveiben járó felnőttekből állt ($M = 38,04$; $SD = 9,51$). A megkérdezettek 65,7 %-a él házastársi vagy élettársi kapcsolatban, 34,3% nem él párkapcsolatban. Átlagosan egy gyermek a jellemző ($M = 1,27$; $SD = 1,09$). A vizsgálati személyek 61,6 %-nak nincs a főmunkahelyén kívül egyéb munkája, 38,4%-nak pedig van vagy az egészségügyben vagy azon kívüli másodállása. Átlagosan 15,56 év ($SD = 10,65$) munkatapasztalattal rendelkeznek a kitöltők.

3.2.2.2. MÉRŐESZKÖZÖK

Csak azt a kérdőívet mutatom be részletesen, amelyiket az első vizsgálatban nem használtuk.

Az érzelemszabályozási nehézségek feltérképezésére *Érzelemszabályozási Nehézségek Skálát* (Difficulties in Emotional Regulation, DERS Scale, Gratz és Roemer, 2004; Kökönyei, 2008) használtuk. Harminchat tétele hatfaktoros struktúrába rendeződik. Ezek: (1) Érzelmű reakciók elfogadhatatlansága; (2) Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában; (3) Impulzuskontroll nehézségek; (4) Érzelmű tudatosság hiánya; (5) Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés; (6) Érzelmű tisztaság hiánya. A résztvevők egy 5-fokozatú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem jellemző rám, 5 = nagyon jellemző rám) jelzik, hogy az adott állítást mennyire találják jellemzőnek magukra.

A kérdőív reliabilitási és validitási mutatóit amerikai egyetemi hallgatói mintán tesztelték ($N=367$; átlagéletkor: 23,10, $SD = 5,67$). Minden alskála külön is megfelelő reliabilitást mutatott (Cronbach $\alpha >0,80$) (Gratz & Roemer, 2004). A kérdőív magyar adaptálása is megtörtént (Kökönyei, 2008), mely megerősítette a hatfaktoros struktúrát, de az amerikai vizsgálathoz hasonlóan azt tapasztalta, hogy az *Érzelmű tudatosság hiánya* alskála (DERS 4) a többi faktortól független. Ezért a negyedik alskálát (*Érzelmű tudatosság hiánya*) kihagytuk az elemzésekből. Vizsgálatunkban a kérdőív alskáláinak belső konzisztenciája megfelelő volt (Cronbach α : DERS1: 0,84; DERS2: 0,812; DERS3: 0,861; DERS4: 0,675; DERS5: 0,715; DERS6:0,738)

Az *Interperszonális Reaktivitás Index* (Davis, 1983; Kulcsár, 1998) 28 állítást tartalmaz, mely négy alskálára bontható (fantázia, perspektíva-felvétel, empátias törődés és személyes distressz). Vizsgálatunkban a kérdőív alskáláinak belső konzisztenciája megfelelő volt

(Cronbach α : Fantázia sk.: 0,795; Perspektíva váltás sk.: 0,697; Empátiás törődés sk.: 0,64; Empátiás distressz sk.: 0,726)

A *másodlagos traumatizáció* mérésére használtuk a *Másodlagos Traumatizációs Stressz Skálát* (*Secondary Traumatic Stress Scale-STSS*) (Bride, 2004). A kérdőív 17 tételből áll, mely a gondolat betöréseket, elkerülés jelentkezését, és arousal tüneteket méri. Vizsgálatunkban a kérdőív belső konzisztenciája megfelelő volt (Cronbach α :0,791)

A *Maslach Kiegészi Leltár* (Maslach & Jackson, 1981; Ádám & Mészáros 2012) a kiégést három dimenzióban méri: érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés. Vizsgálatunkban a kérdőív alskáláinak belső konzisztenciája megfelelő volt (Cronbach α : Emocionális kimerülés: 0,848; Deperszonalizáció: 0,68; Személyes hatékonyság: 0,685)

Mindezek mellett az elmúlt fél évben *tapasztalt testi tünetek előfordulásáról* is kérdeztük a vizsgálati személyeket (fejfájás, hát/derékfájás, szapora/szabálytalan szívdobogás, alvásproblémák, gyomorproblémák, hasmenés, fokozott fáradtságérzés, egyéb). A résztvevők egy 4-fokozatú Likert-skálán (0 = soha, 3 = gyakran) jelzik, hogy az adott tünetet milyen gyakorisággal tapasztalta az elmúlt fél évben.

3.2.2.3. Statisztikai eljárások

Az első pontban felsorolt kérdések kapcsán vizsgált csoportközi különbségeket a parametrikus próbák feltételeinek (főleg a normalitás) teljesülése esetén t-próba segítségével vizsgáltuk, ellenkező esetben pedig a Mann-Whitney próbát használtuk. A második pontban feltételezett változók közötti együttjárások vizsgálatára korrelációs együtthatókat számoltunk, a parametrikus próbák feltételeinek teljesülésének függvényében a Pearson vagy a Spearman korrelációs együtthatót számoltuk ki. A kiégés komponenseinek mintázatához a kutatásban alkalmazott kérdőívek (illetve azok alskáláinak) összpontszámait használva faktoranalízist végeztünk. Mivel azt feltételeztük, hogy a háttérben lévő faktorok nem függetlenek egymástól, ezért a latens faktorok közötti korrelációt megengedő Oblimin forgatást használtunk a végső factorsúlyok megállapításához. Végezetül, a változóink közötti összefüggések, oki viszonyok megállapításához útelemzést alkalmaztunk. A modelleket az Mplus nevű programban (Muthén & Muthén, 1998-2010) teszteltük. Mivel egyes manifeszt változóink esetében feltételeztük a normalitástól való eltérést, ezért a modell megalkotása során a robusztus MLR estimator-t (robust maximum likelihood estimator) alkalmaztuk.

3.2.3. Eredmények

3.2.3.1. A felhasznált kérdőívek leíró statisztikái

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Ders1 - Elfogadás	244	6	28	14,01	5,35
Ders2 - Viselkedés	244	5	24	10,81	4,00
Ders3- Impulzus	244	6	25	12,66	3,62
Ders4- Tudatosság	244	6	29	14,43	3,82
Ders5- Stratégiák	244	8	34	16,12	5,65
Ders6- Tisztaság	244	5	19	8,62	3,01
IRI nézőpont	244	5	28	17,68	4,34
IRI empátia	244	5	28	18,11	4,34
IRI distressz	244	0	23	10,71	4,99
IRI fantázia	244	1	28	14,21	5,88
STSS gondolat	244	5	19	9,69	3,05
STSS elkerülés	244	7	27	13,20	4,07
STSS arousal	244	5	19	10,00	3,43
STSS összpont	244	17	65	32,89	9,34
MBI emocionális	244	0	38	15,15	8,66
MBI depersz.	244	0	24	5,82	4,79
MBI szem. hat.	244	1	37	14,27	5,79

10. táblázat: Második vizsgálatban alkalmazott kérdőívek és alskáláik átlaga, szórása.

3.2.3.2. Szociodemográfiai adatok hatása

Nem

A nemi különbségek tekintetében a nők szignifikánsan magasabb pontszámot értek el valamennyi empátia alskálán (11. táblázat) Szignifikáns nemi különbség található a *szomatikus tünetek* megléte között is, a nők több szomatikus tünetről számolnak be.

A kiegészítés *emocionális kimerülés* alskáláján a nők szignifikánsan magasabb pontszámot mutatnak, mint a férfiak, viszont a *deperszonalizáció* és *személyes hatékonyság csökkenése* alskálákon a férfiak értek el szignifikánsan magasabb értéket (11.-12. táblázat).

Szignifikáns eltérést mutat a másodlagos traumatizáció összpontszáma, valamint az alskálák is, a nők mutatnak mindegyiken magasabb értéket (11., 13. táblázat).

Az érzelemszabályozási zavarok közül, azonban csak az *Érzelmi reakciók elfogadhatatlanságában* mutatkozik szignifikáns különbség, szintén a nők pontszáma magasabb (14. táblázat).. (1.1., 1.2. hipotézis tesztelése)

		N	átlag	szórás	t	sig.
IRI perspektiva	férfi	80	15,88	4	-4,838	<0,001
	nő	164	18,57	4		
IRI empatiás tör.	férfi	80	15,75	4,2	-6,271	<0,001
	nő	164	19,27	3,93		
IRI distressz	férfi	80	8,09	3,81	-6,749	<0,001
	nő	164	11,99	5,01		
IRI fantázia	férfi	80	12,28	5,45	-3,781	<0,001
	nő	164	15,16	5,87		
MBI érzelmi kimer.	férfi	80	13,09	8,46	-2,642	<0,05
	nő	164	16,15	8,6		
STSS össz.pont	férfi	80	30,11	9,1	-3,325	=0,001
	nő	164	34,25	9,18		

11. táblázat: Szignifikáns nemi különbségek sz alkalmazott kérdőívekben (t-próba)

		N	Z	U	Sig.	Átlag	Szórás
MBI depersz.	férfi	80	-3,85	4575	<0,001	7,59	5,38
	nő	164				4,96	4,23
MBI szem.hat.csökk.	férfi	80	-3,27	4868,5	<0,001	16,08	6,18
	nő	164				13,39	5,39

12. táblázat: Szignifikáns nemi különbségek a Maslach Kiegészítő Leltár alszálaiban (Mann-Whitney próba)

		N	Z	U	Sig.	M	SD
STSS gond.betörés	férfi	80	-5,06	3954,0	<0,001	8,3	2,6
	nő	164				10,36	3,04
STSS elkerülés	férfi	80	-2,22	5416,5	<0,05	12,49	4,22
	nő	164				13,56	3,97
STSS arousal tünetek	férfi	80	-2,26	5395,0	<0,05	9,33	3,59
	nő	164				10,34	3,32
Szom. tünetek	férfi	80	-4,824	4042	<0,001	7,93	5,55
	nő	163				10,57	4,29

13. táblázat: Szignifikáns nemi különbségek a Másodlagos Traumatizációs Stressz Skála alszálaiban (Mann-Whitney próba)

		N	Z	U	Sig.	M	SD
DERS1	férfi	80	-2,37	5337,0	<0,05	12,89	5,09
	nő	164				14,56	5,41
DERS2	férfi	80	-0,76	6170,5	0,450	10,46	3,8
	nő	164				10,98	4,1
DERS3	férfi	80	-0,2	6459,0	,844	12,83	3,8
	nő	164				12,59	3,54
DERS4	férfi	80	-1,01	6039,0	0,312	14,96	4,16
	nő	164				14,18	3,63
DERS5	férfi	80	-1,43	5821,0	0,153	15,44	5,5
	nő	164				16,46	5,71
DERS6	férfi	80	-1,224	5931,0	0,221	8,96	3,16
	nő	164				8,45	2,93

14. táblázat: Nemi különbségek az Érzelmszabályozási Nehézségek Skála alskáláiban (Mann-Whitney próba)

Munkatapasztalat

A válaszadók átlagosan 15,56 éve dolgoznak az egészségügyben ($SD = 10,651$). Vizsgáltuk, hogy az egészségügyben eltöltött idő milyen mértékben befolyásolja az általunk vizsgált változókat. Szignifikáns kapcsolatot mutat az egészségügyben eltöltött idő a *másodlagos traumatizációval* (*STSS gondolat betörés*: $r = 0,283$, $p < 0,001$; *STSS elkerülés*: $r = 0,16$, $p < 0,001$; *STSS arousal*: $r = 0,159$, $p < 0,05$; *STSS összpont*: $r = 0,218$, $p < 0,001$), valamint az *érzelmszabályozás első alskálájával* (*DERS1- Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága*: $r = 0,166$, $p < 0,001$). Tehát a hosszabb ideje az egészségügyben dolgozók szignifikánsan több másodlagos traumatizációra utaló tünetet mutatnak, több nehézségük van az érzelmszabályozásban. A régebben az egészségügyben dolgozók azonban jobban képesek a *perspektíva váltásra* (*IRI perspektíva-váltás*: $r = 0,156$, $p < 0,05$), magasabb szintű *empátiás törődéssel* jellemezhetőek (*IRI empátiás törődés*: $r = 0,303$, $p < 0,001$), és kevésbé érzik úgy, hogy *személyes hatékonyságuk csökkent* (*MBI személyes hatékonyság csökkenése*: $r = -0,133$, $p < 0,05$). A munkatapasztalat és a fentiekben részletezett változók közti kapcsolat bár szignifikáns, de kis korrelációk, ami azt jelenti, hogy a vizsgált tényezők alakulásában valószínűleg számos más tényező is szerepet játszik.

Beosztás

Összehasonlítottuk a betegágy mellett dolgozó ápolókat ($N = 92$), a mentőtisztként ($N = 39$) dolgozókkal. A többi vizsgálati személy az asszisztens ($N = 23$), főnővér ($N = 22$) vagy egyéb szakdolgozó ($N = 65$) kategóriába került, őket ebbe az összehasonlításba nem vontuk

be. Szignifikáns eltérés mutatkozott az összes empátia alskálában, a kiegészítés *Érzelmi kimerülés*, és *Deperszonalizáció* alskálájában, az érzelmi szabályozás *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága* alskálában, a *másodlagos traumatizáció* pontszámokban, valamint a *szomatikus tünetekben* is. Mindegyik alskálában az ápolók érték el magasabb átlagot. (15-16. táblázat)

	Beosztás	N	átlag	szórás	t	sig.
IRI perspektiva	ápoló	92	18,58	4,154	3,627	<0,001
	mentőtiszt	39	15,64	4,422		
IRI empatiás tör.	ápoló	92	19,34	4,146	5,517	<0,001
	mentőtiszt	39	14,92	4,282		
IRI distressz	ápoló	92	11,66	4,795	4,793	<0,001
	mentőtiszt	39	7,54	3,712		
IRI fantázia	ápoló	92	15,68	6,015	2,901	<0,05
	mentőtiszt	39	12,51	4,952		
MBI érzelmi kimer.	ápoló	92	16,92	8,582	3,441	=0,001
	mentőtiszt	39	11,54	7,167		
STSS össz.pont	ápoló	92	34,49	8,776	3,877	<0,001
	mentőtiszt	39	28,44	6,496		

15. táblázat: Ápolók és mentőtisztek alkalmazott kérdőívekben mutatkozott szignifikáns eltérései (t-próba)

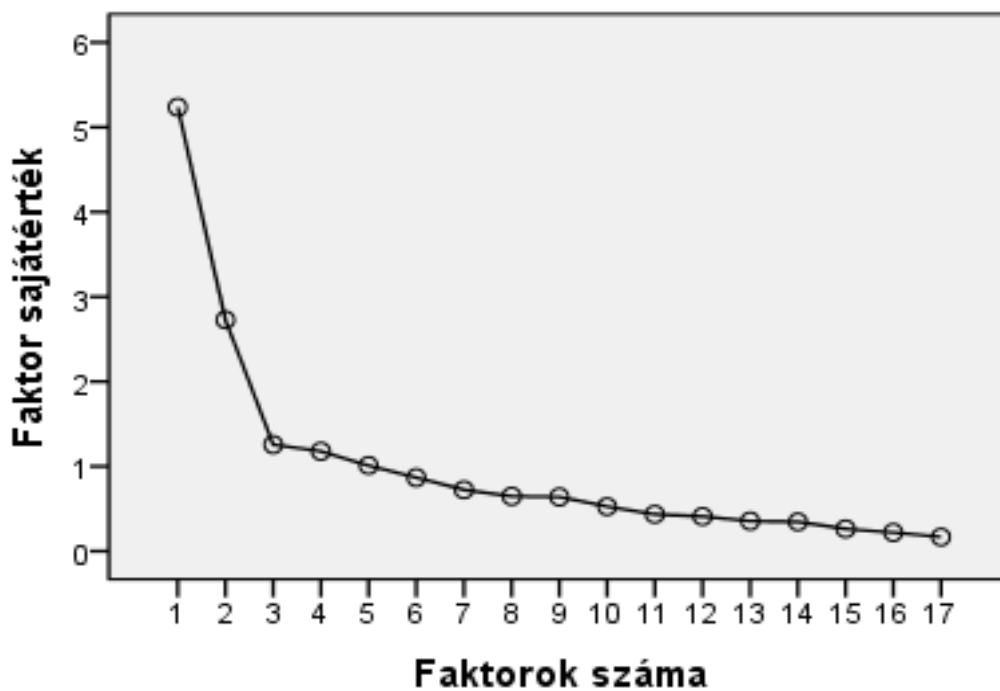
	Beosztás	N	Z	U	Sig.	átlag	szórás
STSS gond.betörés	ápoló	92	-4,61	895	,000	10,37	2,816
	mentőtiszt	39				7,85	2,046
STSS elkerülés	ápoló	92	-2,6	1294	,009	13,65	3,79
	mentőtiszt	39				11,69	3,221
STSS arousal tünetek	ápoló	92	-2,4	1335	,016	10,47	3,437
	mentőtiszt	39				8,9	3,218
szomatikus tünetek	ápoló	92	-4,23	967,5	,000	10,89	4,171
	mentőtiszt	39				7,23	3,93
MBI depersz.	ápoló	92	-2,45	1323,5	,014	5,52	4,503
	mentőtiszt	39				8,21	5,791
DERS 1	ápoló	92	-1,98	1417,5	,048	14,51	5,662
	mentőtiszt	39				12,41	5,030

16. táblázat: Ápolók és mentőtisztek alkalmazott kérdőívekben mutatkozott szignifikáns eltérései (Mann-Whitney próba)

3.2.3.3. Másodlagos traumatizáció, kiegészés, empátia összefüggései az érzelemszabályozási zavarokkal

Az első vizsgálat eredményei alapján úgy gondoltuk, hogy a vizsgált változók számos összefüggést mutatnak. Ezt az első vizsgálatban elvégzett korrelációk megismétlésével igazoltuk. A jobb átláthatóság kedvéért a korrelációk eredményeit az 10. mellékletben közöljük, alább pedig rátérünk a faktoranalízis eredményeire, mely a második kérdéscsoportban megfogalmazott hipotézisekre ad választ.

A faktorstruktúra feltárásához a principal axis factoring módszert használtuk. A scree plot tanulmányozása után (10. ábra) egy háromfaktoros megoldást választottunk. A Kaiser-Meyer-Olkin teszt ($KMO = 0,821$) és a Bartlett –féle szfericitás teszt ($\chi^2 = 1650,28$; $p < .001$) eredménye arra utal, hogy az adatok megfelelőek faktoranalízis elvégzésére. Mivel elvárásaink szerint a három faktor korrelálni fog, ezért az ún. direct oblimin rotációs eljárást használtuk ($\delta = 0$), mely nem tekinti a faktorokat korrelálatlannak. Így 3 faktor körvonalazódott (17. táblázat). Az első faktort *Kiegészés, kimerülésnek* neveztük el. Ide tartozik a Maslach kérdőív *érzelmi kimerülés* alszkálája, a *szomatikus tüneteket* mérő skála valamint a *másodlagos traumatizáció mindhárom alszkálája*. A második faktor neve *Reaktív/kognitív empátia* és a következő itemek töltenek rá: az *IRI empátiás törődés* és *perspektívaváltás* alszkálája valamint a Maslach kérdőív *deperszonalizáció* és *személyes hatékonyság csökkenése* alszkálája, a két utóbbi negatív faktorsúllyal. Végül pedig a harmadik faktort *Érzelmi átterjedés/érzelemszabályozási nehézségeknek* neveztük el. Ide tartozik az *IRI érzelmi distressz* alszkálája, *érzelemszabályozási nehézségek kérdőív 1,2,3 és 5.* alszkálája (Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága, Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában, Impulzuskontroll nehézségek, Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés). Az első (*Kiegészés, kimerülés*) és a harmadik faktor (*Érzelmi átterjedés/érzelemszabályozási nehézségek*) között közepes nagyságú korreláció mutatkozik (0,55), míg kapcsolatuk a második faktorialtal (első és második faktor közti korreláció értéke: 0,14; második és harmadik faktor közti korreláció értéke: -0,14)



10. ábra: Scree Plot a faktorok számának megállapításához

	Faktorok		
	Kiegész/ Kimerülés	Reaktív/ kognitív empátia	Érzelmi áttérjedés
DERS1- Elfogadás hiánya	,152	,144	,555
DERS2 - Célok	-,047	-,092	,787
DERS3 - Impulzus	,021	-,178	,671
DERS5 - Stratégiák	,075	,060	,848
DERS6 – Érz. Tisztaság	,223	-,168	,343
STSS gondolat betörés	,666	,308	-,002
STSS elkerülés	,960	-,097	-,113
STSS arousal tünetek	,767	,050	,063
IRI perspektiva váltás	,105	,478	-,306
IRI empátiás törődés	,092	,804	,121
IRI empátiás distressz	,181	,286	,457
IRI fantázia	,083	,262	,151
MBI emocionális kimer.	,586	-,159	,151
MBI deperszonalizáció	,354	-,638	,057
MBI szem.hat.	-,008	-,428	,263
szomatizációs tünetek	,377	,038	,119

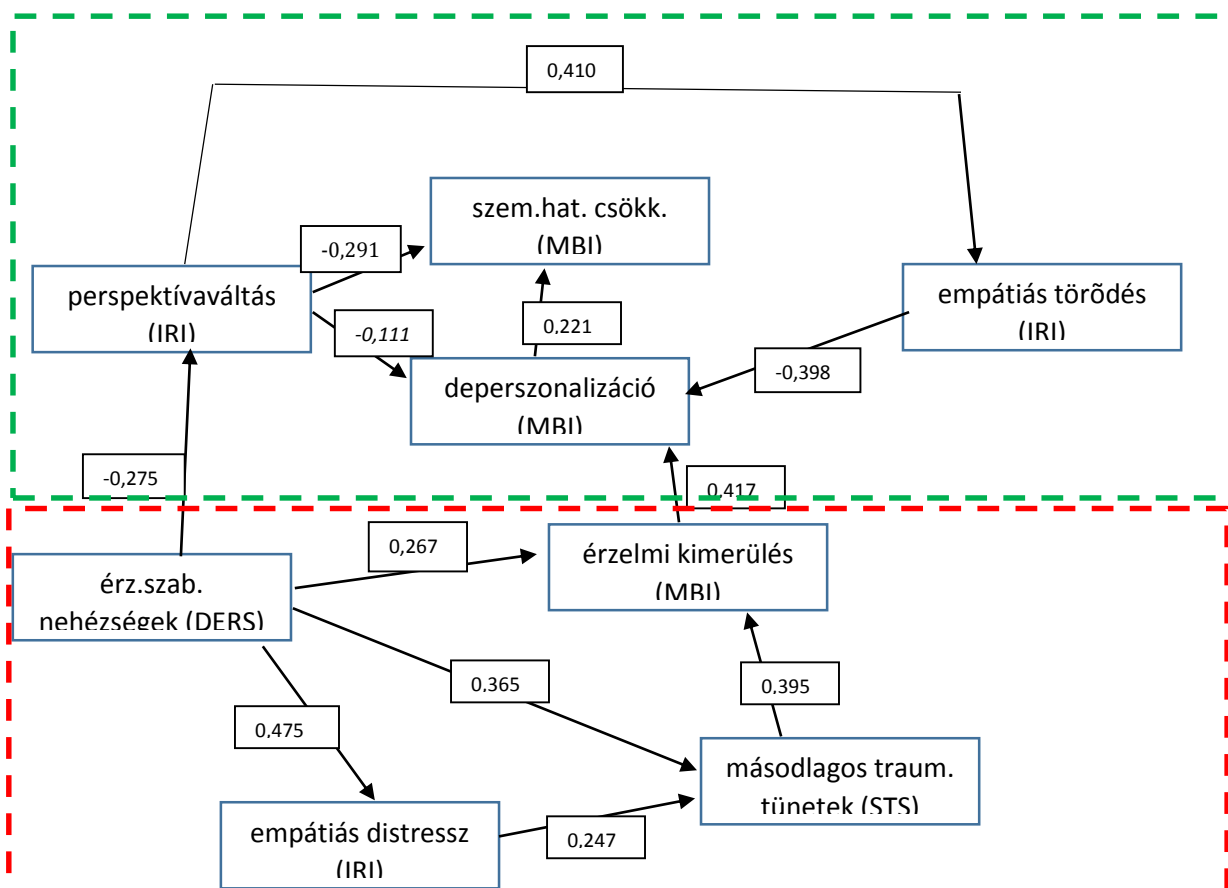
17. táblázat: Második vizsgálat feltáró faktoranalízisének eredménye

A faktoranalízis megerősítette a változók között feltételezett együttjárásokat, kíváncsiak voltunk azonban az összefüggés irányára. Az parallel és reaktív komponensek közötti kapcsolódás vizsgálatára, annak igazolására, hogy leíró hipotetikus modellünk (9. ábra) megegyezik-e az adatok mintázatával, útelemzést végeztünk.

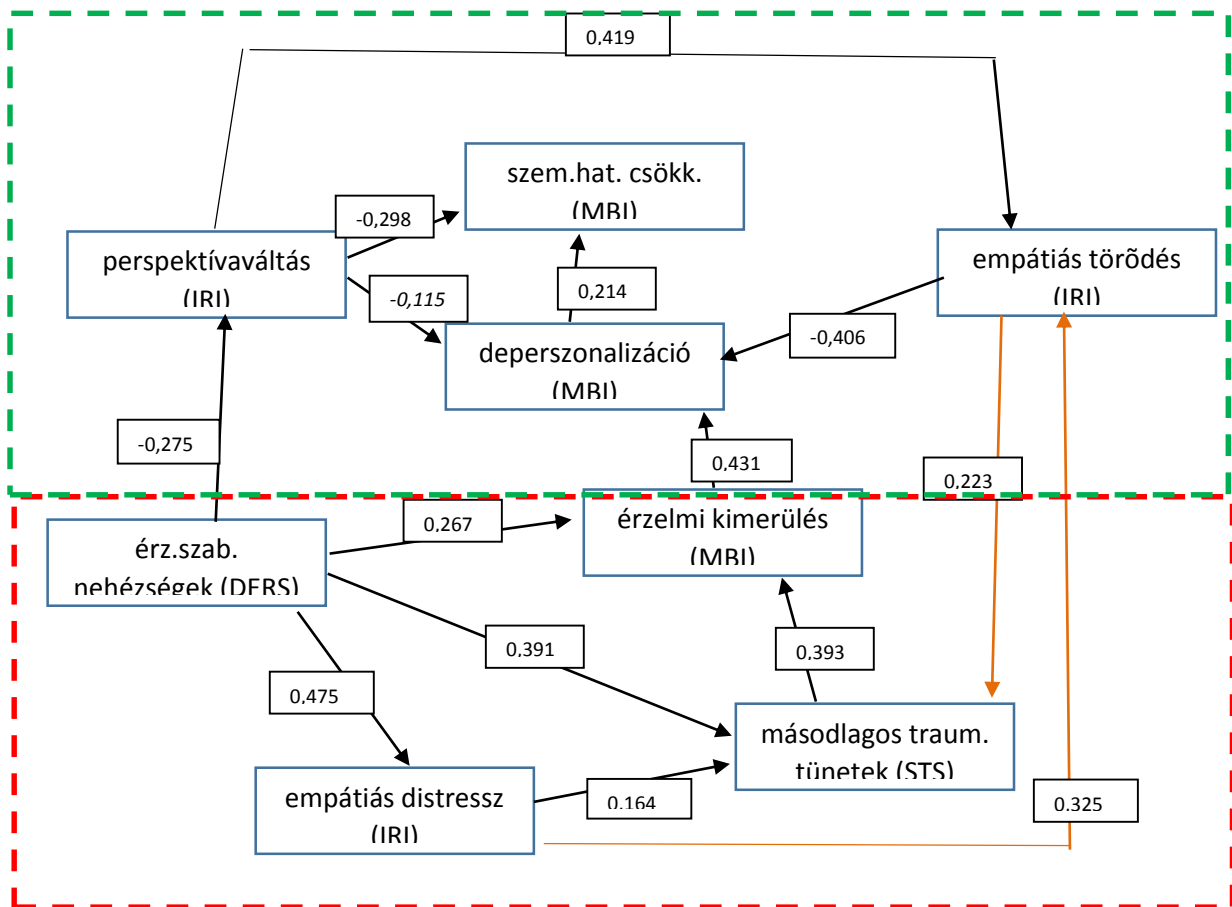
A harmadik kérdéskörben megfogalmazott hipotéziseinknek megfelelően azt feltételeztük, hogy az érzelemszabályozás és a kiégés közti kapcsolatot az érzelmi átterjedés következtében kialakult érzelmi distressz és a másodlagos traumatizáció közvetíti (9. ábra pirossal jelölt terület). Továbbá feltérképeztük, hogy a fenti folyamatokat hogyan befolyásolják az általunk Reaktív/kognitív empátiának nevezett faktor elemei, ezek megfelelnek-e a bevezetőben felvázolt hipotetikus modell másik részének (9. ábra zölddel jelölt terület). Eszerint a perspektívaváltás és empátiás törődés a személyes hatékonyságérzéssel és a deperszonalizációval van szorosabb kapcsolatban, a perspektívaváltást feltételeztük kapcsolódási pontnak. Elképzelésünk szerint az érzelemszabályozási zavarok és a perspektívaváltásra való képesség között fordított összefüggés van, míg a perspektívaváltás segíti az empátiás törődés megjelenését, valamint a személyes hatékonyságérzés növekedéséhez, deperszonalizáció csökkenéséhez vezet. Azt vizsgáltuk tehát, hogy a mért változók hogyan illeszthetők egy közös modellbe, melynek kiindulópontja az érzelemszabályozási kapacitás. Feltételezésünk szerint az érzelmi átterjedés (parallel empátia) és a reaktív empátia elkülönül, és más folyamatokkal van szorosabb összefüggésben.

A modell illeszkedése nem volt megfelelő (11. ábra) ($\chi^2(16) = 79,52$, $p < ,001$; $\chi/df = 4,97$; $RMSEA = 0,13$, $RMSEA - 90\% CI: [0,100-0,156]$; $SRMR = 0,097$), ezért a modifikációs indexek (12. melléklet) megtekintése után két lépésben két új kapcsolatot építettünk be a modellbe. Az első hatás, ami javította a modell illeszkedését, az empátiás distressznek az empátiás törődésre gyakorolt hatása. Ez elméletileg megindokolható, mert az érzelmi distressz okozta tehetetlenséggel való megküzdés fokozhatja a másik felé irányuló törődő magatartást. A második illeszkedést javító hatás az empátiás törődésnek a hatása a másodlagos traumatizációra, ami szintén igazolható elméletileg, hiszen ha az empátiás törődés nem társul megfelelő érzelemszabályozási stratégiákkal, tovább fokozza a kimerülést. A végső modell, melyben ez a két új hatás is be van építve, az 12. ábrán látható. A modell illeszkedése megfelelő ($\chi^2(14) = 33,47$, $p = ,002$; $\chi/df = 2,39$; $RMSEA = 0,075$, $RMSEA - 90\% CI: [0,043-0,109]$; $CFI = 0,958$, $SRMR = 0,046$).

A 12. ábrán látható útvonalelemzés alapján látható, hogy a parallel empátia megjelenik a modellben (pirossal jelölt terület), eszerint az érzelemszabályozási nehézségek közvetlen, és közvetett hatást is gyakorolnak az érzelmi kimerülésre. A közvetett út szerint, az érzelemszabályozási nehézségek empátiás distresszhez vezetnek, ami a másodlagos traumatizáció tüneteinek keresztül érzelmi kimerülést okoz. A további komponenseket tekintve az érzelemszabályozási nehézségek szignifikáns negatív hatással vannak a perspektívaváltásra. A perspektívaváltásra való képesség azonban az empátiás törődés fontos kiindulópontjának látszik, továbbá mind a deperszonalizáció (bár ebben az esetben a hatás csak tendenciaszerű), mind pedig a személyes hatékonyság csökkenése szempontjából preventív jellegű. Az empátiás törődés azonban csökkenti a deperszonalizációt. Az empátiás distressz negatív érzelmi mentén jelentkező empátiás törődés tovább súlyosbíthatja a másodlagos traumatizációval összefüggő tüneteket. Úgy tűnik tehát, hogy az egyesített modellben két fontos (kiindulópont) és egymásra is ható tényező az érzelemszabályozási nehézségek és a perspektívaváltásra való képesség.



11. ábra: Első útvonalelemzés: Vizsgált változók összefüggései (dőlt betűvel jelzett koefficiens: $0,05 < p < 0,1$, a többi esetben $p < 0,05$). A zöld négyzettel jelölt területen a reaktív, míg a pirossal jelölt területen az parallel empátia konstruktumai találhatóak.



12. ábra: Módosított útvonalelemzés (Dólt betűvel jelzett koefficiens: $0,05 < p < 0,1$, a többi esetben $p < 0,05$) (a narancssárga nyilak a modell jobb illeszkedését segítő új kapcsolatok)

3.2.4. Megbeszélés

Első kérdésfelvetésünk a demográfiai változók hatására irányult. Eredményeink alapján megállapítható, hogy az érzelmi kimerülésben *nemi különbség* tapasztalható (1.1. hipotézis). Eredményeink szerint a vizsgált mintában a nők a MBI érzelmi kimerülés alszkáláján mutatott átlaga szignifikánsan magasabb, mint a mintában részt vevő férfiaké. Korábbi nemzetközi vizsgálatok nem mutattak konzisztens nemi eltérést emocionális kimerülés tekintetében (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Eredményünk azonban összhangban van a már említett holland longitudinális vizsgálattal (Houkes et al., 2011), ahol házi orvosok kiégettségét vizsgálták, és a kiégés folyamata nemi különbségeket mutatott. Eszerint a nőknél először jelentkezik az emocionális kimerülés és ezt követi a deperszonalizáció, míg a férfiaknál a deperszonalizáció az elsődlegesen megjelenő fázis, ezt követi az emocionális kimerülés. Ezt a mintázatot támasztja alá az a további eredményünk is, miszerint a vizsgált mintában a férfiak

az MBI deperszonalizációt mérő alskáláján szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a nők (1.2. hipotézis). A deperszonalizációban mutatkozó különbséget más nemzetközi vizsgálatok is igazolják (Ogus, Greenglass, & Burke, 1990; Zani & Pietrantonio, 2001), valamint saját pszichiáter rezidensek körében végzett vizsgálatunkban is megjelent ez az eltérés (Fülöp, Devecsery, & Csabai, 2012; Fülöp, Devecsery, Hausz, Kovács, & Csabai, 2011).

Összességében tehát vizsgálatunkban a nőkre inkább a kiégés érzelmi kimerülés komponense jellemző, míg a férfiaknál a deperszonalizáció tűnik gyakoribbnak. Az első vizsgálatban kapott eredményeinkhez képest eltérés mutatkozik az empátia skálákban. Ebben a vizsgálatunkban a nők valamennyi empátia skálán magasabb pontszámot értek el, mint a férfiak. Ez az eredmény összhangban van több más, az empátiában nemi eltérést kimutató vizsgálattal (Davis, 1983; Hojat et al., 2002; van Zanten, Boulet, Norcini, & McKinley, 2005). Ezek a vizsgálatok is felhívják azonban a figyelmet arra, hogy az eredmények értelmezésekor óvatosnak kell lennünk, hiszen könnyen lehet, hogy a válaszadókat a nemi hovatartozással asszociálódó elvárás jellemzők orientálták a kérdőív kitöltésekor.

A *munkatapasztalat* hatással van az érzelemszabályozási zavarokra, valamint a másodlagos traumatizáció tüneteire. A régebben az egészségügyben dolgozók az érzelemszabályozási zavarok közül az *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága* alskálában mutatnak szignifikánsan magasabb értéket. Az érzelemszabályozási zavarok közül ez az alskála mutat leginkább rokonságot az ún. érzelmi munkával, mely a munkahelyi érzelemszabályozásra irányuló folyamatra vonatkozik. A segítő foglalkozásban ez leginkább a segítőben megjelenő negatív érzésekre vonatkozhat, hiszen a gyógyító foglalkozások esetében az „előírt” érzések a megértés, empátia, törődés. Az *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága* alskála jelentése is a negatív érzésekre vonatkozik, miszerint a megélt negatív érzelmekre, intenzív negatív érzésekkel reagál a személy (Gratz & Roemer, 2004). Eredményeink tehát azt mutatják, hosszabb ideje az egészségügyben dolgozóknál nehezebb a negatív érzésekkel való megküzdés. Az érzelmi munka testi és mentális egészségre vonatkozó negatív hatásával sok kutatás foglalkozik (Zapf et al., 2001; Brotheridge & Grandey, 2001; Zammuner et al., 2003) erre utal az a saját eredményünk is miszerint a régebben a segítő szakmában dolgozók több másodlagos traumatizációra utaló tünetet mutatnak. Ezzel szemben a régebben az egészségügyben dolgozók jobban képesek a perspektíva váltásra, nagyobb mértékű empátiás törődéssel jellemezhetőek, és kevésbé érzik úgy, hogy személyes hatékonyságuk csökkent. Így tehát az a hipotézisünk, miszerint a munkatapasztalat nincs hatással a kiégés alakulására csak részben igazolódott,

hiszen a kiégés alszkálái közül csak a személyes hatékonyság csökkenésének érzésére van hatással a munkatapasztalat (1.3. hipotézis)

A *beosztásra* vonatkozó hipotézisünk azt feltételezte, hogy az ápolók és mentőtisztek kiégés szempontjából eltérő mintázatot mutatnak. A vizsgált mintában kapott eredményeink ezt a hipotézisünket igazolták, hiszen az emocionális kimerülés az ápolók csoportjában szignifikánsan magasabb volt, míg a deperszonalizáció a mentőtisztek esetében mutat szignifikánsan magasabb értéket (1.4. hipotézis). Ezek az eredmények értelmezhetőek úgy, hogy az ápoló-páciens kapcsolatban feltételezhetően nagyobb mértékű az érzelmi igénybevétel, hiszen hosszabb távú kapcsolat alakul ki, mint a mentőtisztek esetében, ahol egy akut helyzetben, jóval rövidebb ideig vannak kapcsolatban a betegekkel. Erre utalnak az empátia skálákban mutatkozó szignifikáns különbségek is, hiszen az ápolók mindegyikben magasabb átlagot mutatnak, mint a mentőtisztek. Úgy tűnik tehát, hogy a munka jellegéből fakadóan az ápolók nagyobb érzelmi megterhelésnek vannak kitéve, mely másodlagos traumatizáció, és szomatikus tünetek formájában szignifikánsan nagyobb mértékben jellemzi őket, mint a mentőtiszteket, akik távolságtartással igyekeznek védekezni az érzelmi megterhelés ellen.

Második kérdéskörünkben a másodlagos traumatizáció és a kiégés összefüggéseit vizsgáltuk az empátia különböző megjelenési formáival, valamint az érzelemszabályozással. A faktoranalízisben kapott eredmények alapján megerősítést nyert az a feltevésünk, mely szerint az érzelmi distressz és az érzelemszabályozási nehézségek egy faktorba sorolódnak (2.1. hipotézis). Ez az eredmény összhangban van a szakirodalomban érzelmi átterjedésként leírt jelenséggel, mely érzelemszabályozási zavarok talaján alakul ki. Erre a folyamatra vonatkozik a parallel empátia, túlzott bevonódás, illetve szinkronjelenség megnevezés is (Staub, 1987; Davis, 1996; Decety & Jackson, 2004). Továbbá eredményeink szerint a kiégés érzelmi kimerülés komponense a másodlagos traumatizációval és szomatikus tünetekkel szorosan együtt járó jelenségek. A faktorok közti összefüggés vizsgálata azt mutatja, hogy az érzelemszabályozási zavar talaján kialakult distressz állapota (*Érzelmi átterjedés*) valamint az érzelmi kimerülés, amely a másodlagos traumatizáció és egyéb szomatikus tünetekkel (*Kiégés/kimerülés*) jár együtt, összefüggő jelenségek.

Ahogy Decety (Decety & Jackson, 2004) arra rámutat, különbséget kell tennünk affektív empátia (empátiás arousal) és kognitív empátia (amelyben a perspektívaváltás a fő szerep) között. Eredményeinkben is elkülönülni látszik ez a két faktor. Hiszen ahogy azt 2.3. hipotézisünkben feltételeztük, egy faktorba sorolódik a perspektívaváltás, empátiás törődés, mely tényezők mellett negatív faktorsúllyal jelenik meg ugyanebben a faktorban a kiégés

deperszonalizáció komponense, illetve a személyes hatékonyságérzés csökkenése. Ami azt jelenti, hogy az empátiás törődés, kiegészülve az empátia kognitív elemének tartott perspektívaváltással, mérsékli a deperszonalizációt és a személyes hatékonyságérzés csökkenését (ezt a faktort *Reaktív/kognitív empátiának* neveztük el).

A *harmadik kérdéskörben* felvázolt modellnek megfelelően eredményeink szerint az érzelemszabályozási nehézségek, a fokozott érzelmi megterhelések mentén olyan krónikus stressz állapotot eredményeznek, melyek tüneti szinten a másodlagos traumatizáció tüneteiben érhetők tetten és érzelmi kimerülést eredményeznek. Tehát eredményeink szerint az érzelemszabályozási zavarok és kiégés emocionális kimerülés komponense közötti folyamatok egy részét az érzelmi distresszen keresztül a másodlagos traumatizáció közvetíti, illetve az érzelemszabályozási zavarok közvetlenül is okozhatnak érzelmi kimerülést (3.1. hipotézis). Mindez összecseng azokkal az elképzelésekkel melyek szerint, ha a distresszt átélő pácienssel való interakcióban létrejövő érzelmi overarousalt nem sikerül szabályozni, az empátiás distresszhez, majd érzelmi kimerüléshez vezet (Hatfield, Rapson, & Le, 2011). Az érzelemszabályozási nehézségek azonban nem csak az érzelmi megterhelődésre vannak hatással, hanem megnehezítik a perspektívaváltást is (Gleichgerrcht & Decety, 2012). A perspektívaváltás fokozza az empátiás törődés kialakulását, valamint a személyes hatékonyságérzés növekedéséhez, deperszonalizáció csökkenéséhez vezet (3.2. hipotézis). A perspektívaváltás, mint kognitív funkció fontosságát az empátia alakulásában több kutató kiemeli (Decety & Jackson, 2004).

Az útelemzésnél láthatunk egy olyan útvonalat, mely szerint az érzelmi distressz empátiás törődéshez vezet, mely empátiás törődés növeli a másodlagos traumatizációhoz kapcsolódó tünetek megjelenését. Az eredmény értelmezése szerint az érzelmi distressz okozta tehetetlenséggel való megküzdés fokozhatja a másik felé irányuló törődő magatartást, ez azonban megfelelő érzelemszabályozási stratégiák híján tovább fokozza a kimerülést. Ha azonban az empátiás törődés a perspektívaváltás talaján alakul ki, akkor csökkenti a deperszonalizációt és ily módon növekszik a személyes hatékonyságérzés.

Összességében a második vizsgálatunk alapján elmondható, hogy az empátia kognitív és affektív felosztása megjelenik eredményeinkben, jól mutatva, hogy mintánkban ezek a folyamatok a kiégés más-más komponenseivel vannak összefüggésben. Az emocionális kimerülés az érzelemszabályozási zavarokkal és empátiás distresszel mutat szoros kapcsolatot. Az emocionális kimerülés és másodlagos traumatizáció egymással szorosan összefüggő

fogalmaknak látszanak. Ez a folyamat jól kapcsolódik a szakirodalomban parallel empátiaként leírt jelenséghez.

A kiégés másik két komponense, a deperszonalizáció és személyes hatékonyságérzés azonban az empátia kognitív (perspektívaváltás) és viselkedéses (empátiás törődés) elemeivel mutat összefüggést.

3.3. Harmadik vizsgálat

3.3.1. A vizsgálat célja és hipotézisei

3.3.1.1. A vizsgálat célja

Második vizsgálatunkban körvonalazódott az érzelmszabályozási nehézségek és az érzelmi distressz, illetve az emocionális kimerülés közti kapcsolat. Továbbá az empátia különböző formáinak struktúrájáról, ezeknek a kiégés különböző komponenseivel, másodlagos traumatizációval való lehetséges kapcsolatáról is képet kaptunk.

Harmadik vizsgálatunkban ezen összefüggéseket nagyobb mintán szeretnénk volna tesztelni, valamint egyéb változók módosító hatását elemezni. Ebben a vizsgálatban az egészségügyi dolgozók nagyobb mintáján kívül még több terület bevonásával igyekeztünk a segítő szakma heterogenitását biztosítani. Mintánkban orvosokat, ápolókat, mentőtiszteket vontunk be.

A társas támogatás szerepe a stressz kezelésben, illetve a kiégés prevencióban is jól ismert (Ray & Miller, 1991; Jacobs & Dodd, 2003; Greenglass, Burke, & Konarski, 1997; Hegedűs, 2008; Kállai, 2007; Pikó, 2001; Pines, 1981), ezért úgy gondoltuk, hogy az előző vizsgálatban körvonalazódó folyamatba igyekszünk ezt az összefüggést beilleszteni. Sok kutatás kiemeli a munkahelyi társas támogatás fontosságát (Russel, Altmeier, & VanVelzen, 1987; Brown, Prashanthan, & Abbott, 2003). Emellett az észlelt stressz mediáló szerepére is hipotéziseket állítottunk fel. Ezt azért tartottuk fontosnak, mert elképzelésünk szerint – a krónikus stresszmodellnek megfelelően (Selye, 1976) – a hosszú ideig fennálló készenléti állapot egy olyan distressz állapotot okoz, mely érzelmi kimerüléshez vezet, ami másodlagos traumatizáció tüneti képében jelentkezik (Stauder & Konkoly Thege, 2006).

3.3.1.2. Kérdések és hipotézisek

Az előző vizsgálatunkban megjelenő demográfiai összefüggéseket ebben a vizsgálatban is vizsgáltuk, valamint mind a második vizsgálatban kapott faktorokat, mind pedig az útvonalelemzés adta modellt teszteltük ezen az adatbázison is. Mindezek mellett az alábbi új hipotéziseket vizsgáltuk:

1. Az észlelt stressz szerepe
 - 1.1. Az észlelt stressz szoros együttjárást mutat az empátiás distresszel, illetve az érzelmi kimerüléssel.
2. A társas támogatás szerepe
 - 2.1. A társas támogatás csökkenti a kiégés érzelmi kimerülés komponensét (Greenglass, Burke, & Konarski, 1997; Hegedűs, 2008).
 - 2.2. A munkatársaktól észlelt társas támogatásnak nagyobb hatása van a kiégés alakulására, mint az általában mért társas támogatásnak (Russel, Altmeier, & VanVelzen, 1987; Brown, Prashanthan, & Abbott, 2003).
 - 2.3. A társas támogatás hatással van az észlelt stresszre: minél nagyobb mértékű társas támogatást tapasztal a személy, annál kisebb az észlelt stressz (Kállai, 2007).
3. Feltételezésünk szerint az orvosoknál az érzelemszabályozási zavarok, valamint az érzelmi kimerülés kisebb mértékű, mint az ápolóknál, hiszen az ápolók több időt töltenek a betegekkel, ez az idő nem szabályozható olyan módon, ahogy az orvosok esetében.
4. A korábbi modell kiegészítése:
 - 4.1 A társas támogatás az érzelemszabályozási zavarok okozta érzelmi distresszre illetve észlelt stresszre lehet hatással.
 - 4.2 Azt feltételeztük, hogy az érzelemszabályozási zavarok és az érzelmi distressz közti kapcsolatot az észlelt stressz közvetíti.

3.3.2. Módszertan

3.3.2.1. Mintavétel és minta bemutatása

A mintánk egy része azokból az egészségügyi dolgozókból állt, akik részt vettek a TÁMOP-6.1.2-11/1-2012-1003 projekt (Lelki egészség megőrzésére irányuló, stresszkezelő és életvezetési kompetenciafejlesztő programok segítőfoglalkozásúak számára a Dél-alföldi régióban) támogató csoportjain. A csoportfolyamat megkezdése előtt kértük a csoportok tagjaitól a kérdőívek kitöltését. A felmérés tájékozott beleegyezésen alapult, a résztvevőket

szóban és írásban is tájékoztattuk a vizsgálat céljáról, menetéről, időtartamáról. A vizsgálat önkéntes, anonim volt, anyagi térítéssel nem járt. Mintánkban az alábbi szociodemográfiai tényezőket mértük fel: kor, családi állapot, gyerekszám, egészségügyi munkatapasztalat, iskolai végzettség, beosztás.

A mintában részt vevő orvosok egy része (70 fő) pedig Dél Alföldi kórházakban dolgozó szakemberek volt. Esetükben is a vizsgálatban való részvétel tájékozott beleegyezésen alapult, a résztvevőket szóban és írásban is tájékoztattuk a vizsgálat céljáról, menetéről, időtartamáról. A vizsgálat önkéntes és anonim volt, anyagi térítéssel nem járt.

360 kérdőívet osztottunk ki, és kiszűrve a hiányos kérdőíveket, a vizsgálatban összesen 327 fő vett részt. Foglalkozás szerint négy kategóriába sorolhatóak a vizsgálati személyek: ápolók ($N = 164$), orvosok ($N = 85$), mentőtisztek ($N = 38$) és egyéb kategória ($N = 39$), ahova asszisztenseket, szülésznőket, védőnőket soroltuk. A résztvevők 63 %-a nő ($N = 207$), 36%-a férfi ($N = 117$) volt. Az átlagéletkor 39,42 év ($SD = 10,5$). Jellemzően egy gyermeke van a megkérdezetteknek ($M = 1,36$; $SD = 1,05$). Átlagosan 16 éves munkatapasztalattal rendelkeznek a kitöltők ($M = 15,95$; $SD = 11,09$).

3.3.2.2. MÉRŐESZKÖZÖK

Az alkalmazott kérdőívek nagy része megegyezett a 2. vizsgálatban használtakkal:

- *Érzelemszabályozási Nehézségek Skála* (Difficulties in Emotional Regulation, DERS Scale, Gratz & Roemer, 2004; Kökönyei, 2008) (Cronbach α : DERS1: 0,847; DERS2: 0,717; DERS3: 0,799; DERS4: 0,665; DERS5: 0,868; DERS6:0,776),
- *Interperszonális Reaktivitás Index* (Interpersonal Reactivity Index-IRI; Davis, 1983; Kulcsár, 1998) (Cronbach α : Fantázia sk.: 0,767; Perspektíva váltás sk.: 0,638; Empátiás törődés sk.: 0,601; Empátiás distressz sk.: 0,795),
- *Másodlagos Traumatizációs Stressz Skála* (Secondary Traumatic Stress Scale, STSS) (Bride, 2004) (Cronbach α : össz.pont:0,918; elkerülés: 0,813; gondolat betörés: 0,771; arousal tünetek: 0,821),
- *Maslach Kiegészi Leltár* (MBI) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Ádám & Mészáros, 2012) (Cronbach α : Emocionális kimerülés: 0,876; Deperszonalizáció: 0,751; Személyes hatékonyság: 0,729),

- Az elmúlt fél évben tapasztalt testi tünetek előfordulása (fejfájás, hát/derékfájás, szapora/szabálytalan szívdobogás, alvásproblémák, gyomorproblémák, hasmenés, fokozott fáradtságérzés, egyéb).
- Ezekon kívül az aktuális stressz állapot felmérésére az *Észlelt Stressz Kérdőív* (Stauder, & Konkoly Thege, 2006) 14 tétéles változatát használtuk (Cronbach α :0,601),
- A társas támogatás mértékének megállapítására a *Társas Támogatás Kérdőívet* (Caldwell, Pearson, & Chin,1987; Rózsa et al., 2003) (Cronbach α : 0,853).

Az *Észlelt Stressz Kérdőívnek* három változata ismert, 4, 10 és 14 tétéles. Jelen vizsgálatunkban a 14 tétéles változatot alkalmaztuk. A kérdőív a krónikus stressz, mint rizikófaktor mérésére alkalmas. A kérdések arra vonatkoznak, hogy a kitöltő a különböző, stresszel kapcsolatos gondolatokat, érzéseket az elmúlt hónapban milyen gyakran tapasztalta. Ezt egy ötfokú Likert-típusú skálán kell jelölni, ahol 0=soha, 1=szinte soha, 2=néha, 3=elég gyakran, 4=nagyon gyakran. Az értékeléskor 7 tételt fordítottan kell értelmezni (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13).

A *Társas Támogatás Kérdőív* 14 tételből áll, melyek arra kérdezik rá, hogy nehéz élethelyzetben mennyire számíthat a személy társas támogatásra. A válaszokat négyfokú Likert-típusú skálán kell jelölni, ahol 0=egyáltalán nem, 1=keveset, 2=átlagosan, 3=nagyon. A társas kapcsolati háló általában fontos szereplőire kérdez rá: a szülőktől, házastárstól, gyermektől, rokonoktól, barátoktól, munkatársaktól, segítő foglalkozásúaktól, egyesületektől, egyháztól kapható támogatásokra. A kérdőív két mutató figyelembe vételére alkalmas: a társas kapcsolati háló kiterjedtsége, valamint a kapcsolatok erőssége. Jelen vizsgálatban a kapcsolatok erősségét vettük figyelembe.

3.3.2.3. Statisztikai eljárások

A kutatásban vizsgált változók normalitásvizsgálatát elvégeztük (9. melléklet), ezek eredményeit figyelembe véve választottuk ki a megfelelő statisztikai próbát.

A demográfiai és egyéb csoportközi különbségeket két összehasonlítható csoport esetében t-próbával illetve annak nemparametrikus megfelelőjével, a Mann-Whitney teszttel vizsgáltuk. Három vagy annál több összehasonlítható csoport esetén ANOVA-t alkalmaztunk. Ha nem teljesültek a parametrikus próbák feltételei, akkor az ANOVA-t robusztus bootstrap módszerrel végeztük. A vizsgált változók közötti együttjárások vizsgálatára korrelációs együtthatókat számoltunk, a parametrikus próbák feltételeinek teljesülésének függvényében a Pearson vagy a Spearman korrelációs együtthatót számoltuk ki. A vizsgált változók együttjárás mintázatának vizsgálatához a kutatásban alkalmazott kérdőívek (illetve azok alszámlái) összpontszámait

használva faktoranalízist végeztünk. Mivel azt feltételeztük, hogy a háttérben lévő faktorok nem függetlenek egymástól, ezért a latens faktorok közötti korrelációt megengedő Oblimin forgatást használtunk a végső faktorsúlyok megállapításához. A modelleket az Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010) nevű programban teszteltük. Mivel egyes manifeszt változóink esetében feltételeztük a normalitástól való eltérést, ezért a modell megalkotása során a robusztus MLR estimator-t (robust maximum likelihood estimator) alkalmaztuk.

3.3.3. Eredmények

3.3.3.1. A felhasznált kérdőívek leíró statisztikái

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Ders1 - Elfogadás	327	6	28	14,24	4,84
Ders2 - Viselkedés	327	5	22	12,13	3,56
Ders3- Impulzus	327	6	25	12,73	4,25
Ders4- Tudatosság	327	11	30	21,09	3,56
Ders5- Stratégiák	327	8	34	17,82	5,95
Ders6- Tisztaság	327	8	24	13,42	2,24
Ders összpont	327	18	73	41,05	11,49
IRI nézőpont	327	6	27	17,22	3,87
IRI empátia	327	6	28	17,85	4,051
IRI distressz	327	0	27	11,67	4,59
IRI fantázia	327	1	28	14,73	5,68
STSS gondolat	327	5	22	10,25	3,56
STSS elkerülés	327	5	24	10,29	3,51
STSS arousal	327	5	21	10,53	3,74
STSS összpont	327	15	67	31,08	9,82
MBI emocionális	327	0	43	19,63	9,43
MBI depersz.	327	0	23	7,48	5,04
MBI szem. hat.	327	0	34	15,61	5,84
Észlelt stressz	327	22	58	38,20	6,79
Társas tám.	326	8	52	26,85	7,18

18. táblázat: A harmadik vizsgálatban alkalmazott kérdőívek és alszálaik átlaga, szórása.

3.3.3.2. Szociodemográfiai adatok hatása

Nem

Szignifikáns nemi eltérés mutatkozik az empátia összetevői között. Az *empátias törődésben*, *érzelmi distresszben*, valamint a *fantázia skálában* a nők mutattak magasabb pontszámot (19. táblázat). A kiegész tekintetében a férfiakra szignifikánsan nagyobb arányban jellemző a *deperszonalizáció* ($U = 8769,5$; $Z = -4,133$; $p < 0,05$). Az érzelemszabályozási folyamatok

elemei közül az *Érzelmi tudatosság hiánya* skálán van szignifikáns különbség. A nők mind az *észlelt stressz* mint pedig a *szomatikus tünetek* ($U = 7606,5$; $Z = -5,576$; $p < 0,001$) szempontjából szignifikánsan magasabb értéket mutatnak.

	Nem	Átlag	szórás	t	p
IRI emp.tör.	nő	18,58	4,18	4,27	<,001
	férfi	16,62	3,52		
IRI distressz	nő	12,5	4,45	4,72	<,001
	férfi	10,08	4,4		
IRI fantázia	nő	15,74	5,82	4,35	<,001
	férfi	12,95	5,02		
DERS 4	nő	21,56	3,46	3,296	<,001
	férfi	20,22	3,64		
Észlelt stressz	nő	38,92	6,96	2,595	<,05
	férfi	36,9	6,35		

19. táblázat: Szignifikáns nemi különbségek

Foglalkozás

A foglalkozások szerint a mintát három fő csoportba osztottuk: ápolók/mentőtisztek/orvosok. Az empátia összetevői közül az *empátiás distressz* ($F(2,284) = 3,92$, $p < 0,001$), és a *fantázia skálán* ($F(2,284) = 4,28$, $p < 0,05$) szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a mentőtisztek mind az orvosoknál, mind pedig az ápolóknál (Games Howel $p < 0,05$). Sem a kiegészítés, sem a másodlagos traumatizáció szempontjából nincs szignifikáns eltérés a három vizsgált csoport között. Az érzelemszabályozási zavarokat mérő kérdőíven négy alskálában (DERS 1,2,3,5) és az összpontszámokban van szignifikáns eltérés (DERS 1: $F(2,284) = 3,92$, $p \leq 0,05$; DERS 2: $F(2,284) = 13,28$, $p \leq 0,05$; DERS 3: $F(2,284) = 13,69$, $p \leq 0,05$; DERS 5: $F(2,284) = 5,69$, $p \leq 0,05$; DERS össz $F(2,284) = 6,94$, $p \leq 0,05$). A *célvezérelt viselkedés fenntartásának nehézségei* (DERS 2) alskála kivételével, a többi alskálában a mentőtisztek az orvosoknál és ápolóknál szignifikánsan alacsonyabb pontszámot mutatnak az DERS alskálákon (Games Howel $p < 0,05$). A DERS 2 alskála esetében csak a mentőtisztek és orvosok között mutatkozik ez a különbség (Games Howel $p < 0,05$). A szomatikus tünetekben ($F(2,284) = 9,76$, $p < 0,05$) a mentőtisztek szignifikánsan kevesebb szomatikus tünetet jeleztek, a másik két foglalkozási csoportnál (Games Howel $p < 0,05$). A társas támogatásban ($F(2,283) = 4,87$, $p < 0,05$) szignifikánsan több észlelt társas támogatást tapasztalnak a mentőtisztek (Games Howel $p < 0,05$).

3.3.3.3. Észlelt stressz és társas támogatás összefüggései a vizsgált változókkal

Az első és második vizsgálatban is mért változók összefüggéseire vonatkozó korrelációk a 11. mellékletben találhatóak, a továbbiakban csak az új változók (észlelt stressz és társas támogatás) összefüggését vizsgálom a korábbi változókkal.

Eredményeink alapján *az észlelt stressz együtt jár az empátias distresszel, a másodlagos traumatizáció, és a kiégés mindegyik összetevőjével, valamint több szomatikus tünettől, míg fordított összefüggést mutat a perspektívaváltásra való képességgel, és a társas támogatással.*

	IRI perspektíva v.	IRI emp. törődés	IRI distressz	IRI fantázia
észlelt stressz	-0,132 [*]	0,048	0,432 ^{**}	0,105

*p < 0,05; **p < 0,01

20. táblázat: Észlelt stressz és Interperszonális Reaktivitás Index alszállainak összefüggései

	MBI szem.hat.	MBI depersz.	MBI emoc. kimer.	szomatikus tünetek
észlelt stressz	0,259 ^{**}	0,373 ^{**}	0,559 ^{**}	0,367 ^{**}

*p < 0,05; **p < 0,01

21. táblázat: Észlelt stressz és Maslach Kiégés Leltár alszállainak összefüggései

	társas tám. szük	társas tám. bő	társas tám. barát mts	társas tám összpont
észlelt stressz	-0,275 ^{**}	-0,307 [*]	-0,134 [*]	-0,127 [*]

*p < 0,05; **p < 0,01

22. táblázat: Észlelt stressz és Társas támogatás összefüggései

	STSS elkerülés	STSS gond.betör.	STSS arousal	STSS összpont.
észlelt stressz	0,487 ^{**}	0,367 ^{**}	0,473 ^{**}	0,497 ^{**}

*p < 0,05; **p < 0,01

23. táblázat: Észlelt stressz és Másodlagos traumatizáció összefüggései

A társas támogatás szignifikáns fordított összefüggést mutat a kiégés személyes hatékonyság csökkenése és emocionális kimerülés komponensével (24. táblázat). Ha a társas támogatást a barátoktól, munkatársaktól kapott támogatásra szűkítjük, akkor a kiégés mindhárom komponensével szignifikáns fordított összefüggés mutatkozik (25. táblázat). A társas

támogatás skála szűkítését azért láttuk indokoltnak, mert egyrészt, mint ahogy arról a bevezetőben is írtam a szakirodalom beszámol arról, hogy a munkatársaktól kapott támogatás erősebb hatású a kiegészre nézve, mint az egyéb társas támogatások, másrészt több, ezen kívüli kategóriában gyakori a hiányos kitöltés, ami valószínűleg annak is köszönhető, hogy olyan kategóriák is szerepelnek, mint például egyesülettől, egyházi közösségtől kapott támogatás. A társas támogatás és a másodlagos traumatizációval kapcsolatos tünetek között nem tapasztalható szignifikáns összefüggés (26. táblázat).

	MBI szem.hat.	MBI depersz.	MBI emoc. kimer.
társas támogatás	-0,18**	-0,05	-0,12*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

24. táblázat: Társas támogatás és a Maslach Kiegész Leltár alskáláinak összefüggése

	MBI szem.hat.	MBI depersz.	MBI emoc. kimer.
társas támogatás barát, mts.	-0,22**	-0,20**	-0,17**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

25. táblázat: Társas támogatás és a Maslach Kiegész Leltár összefüggései

	STSS elkerülés	STSS gond.betör.	STSS arousal	STSS összpont.
társas támogatás	-0,05	0,01	-0,06	-0,04

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

26. táblázat: Társas támogatás és a Másodlagos traumatizációs Skála komponensének összefüggései

Annak vizsgálatára, hogy a mért változók együttjárása hasonló mintázatot mutat-e, mint a második vizsgálatban, illetve, hogy az észlelt stressz és a társas támogatás (kapcsolatok erősségét jelző mutató) hogyan illeszkedik ebbe a struktúrába, feltáró faktoranalízist végeztünk (EFA). A Kaiser-Meyer-Olkin teszt ($KMO = 0,848$) és a Bartlett –féle szfericitás teszt ($\chi^2 = 2524,76$; $p < .001$) eredménye arra utal, hogy az adatok megfelelőek faktoranalízis elvégzésére. Mivel elvárásaink szerint a három faktor korrelálni fog, ezért az ún. direct oblimin rotációs eljárást használtuk ($delta = 0$), mely nem tekinti a faktorokat korrelálatlannak. A faktorstruktúra feltárásához a principal axis factoring módszert használtuk. Az így kapott összetétel megegyezik a második vizsgálat faktoraival (27. táblázat). Annyi eltérés mutatkozik csak, hogy a *Reaktív empátia* faktor mellett *Kiegész/kimerülés* faktorra is tölt a deperszonalizáció alskála, csak ebben a faktorban egyenes az összefüggés a faktor többi változójával. A személyes hatékonyság csökkenése skála szintén két faktoral is összefüggésbe hozható, a *Reaktív empátia* elemeivel fordított, míg az *Érzelmi átterjedéssel* pozitív összefüggést mutat. Továbbá, ahogy a

második vizsgálatban is, itt is a legerősebb korreláció a *Kiegészés/Kimerülés* és az *Érzelmi átterjedés* faktor között mutatkozik (0,55), kapcsolatuk a *Reaktív/kognitív faktorról* jóval gyengébb (első és második faktor közti korreláció értéke: 0,14; második és harmadik faktor közti korreláció értéke: -0,001).

	Faktorok		
	Kiegészés/ Kimerülés	Reaktív/ kognitív empátia	Érzelmi áatterjedés
DERS1-Elfogadás hiánya	-,168	,005	,623
DERS2 - Célok	-,011	,110	,797
DERS3 - Impulzus	-,120	-,121	,785
DERS5 - Stratégiák	-,045	-,010	,858
DERS6 – Érz. Tisztaság	-,200	-,172	,103
STSS gondolat betörés	-,746	,127	,027
STSS elkerülés	-,933	-,095	-,021
STSS arousal tünetek	-,838	,048	,014
IRI perspektiva váltás	-,029	,503	-,207
IRI empátiás törődés	,092	,727	,029
IRI empátiás distressz	-,152	,198	,537
IRI fantázia	-,070	,551	,228
MBI emocionális kimer.	-,474	-,136	,239
MBI deperszonalizáció	-,480	-,448	,053
MBI szem.hat. csökk.	,130	-,354	,416
szomatizációs tünetek	-,216	,152	,074

27. táblázat: Harmadik vizsgálat feltáró faktoranalízisének eredménye

Ha a faktoranalízist kibővítjük a két új változóval (észlelt stressz, társas támogatás), a 28. táblázatban látható, hogy az *észlelt stressz*, a *másodlagos traumatizáció* tüneteivel, *érzelmi kimerüléssel*, valamint *deperszonalizációval* (amely változó ebben a kibővített faktoranalízisben is tölt erre a faktorra is) van összefüggésben, tehát a *Kiegészés/Kimerülés* faktorba sorolható (a szomatizáció ebben az elemzésben egyik faktorba sem sorolható). Emellett magas faktorsúlyt mutat az *Érzelmi átterjedés* faktoron is (ez azonban nem meglepő, hiszen a két faktor közepesen erős összefüggést mutat). A másik új változó, a társas támogatás egyik faktorba sem tartozik. A további két faktorban nincs változás. A faktorok közötti

összefüggésben továbbra is a legerősebb összefüggés (-0,573⁸) az első és harmadik faktor között van, a második faktortal sokkal gyengébb összefüggést mutatnak (első és második faktor közti korreláció értéke: -0,163; második és harmadik faktor közti korreláció értéke: 0,021).

	Faktorok		
	Kiegész/ Kimerülés	Reaktív/ kognitív empátia	Érzelmi áttérjedés
DERS1- Elfogadás hiánya	-,161	,013	,620
DERS2 - Célok	-,003	,115	,795
DERS3 - Impulzus	-,108	-,113	,783
DERS5 - Stratégiák	-,029	-,004	,865
DERS6 – Érz. Tisztaság	-,184	-,174	,091
STSS gondolat betörés	-,739	,118	,012
STSS elkerülés	-,933	-,099	-,039
STSS arousal tünetek	-,847	,042	-,005
IRI perspektiva váltás	-,038	,494	-,216
IRI empátiás törődés	,068	,744	,036
IRI empátiás distressz	-,154	,210	,546
IRI fantázia	-,073	,539	,220
MBI emocionális kimer.	-,498	-,129	,236
MBI deperszonalizáció	-,486	-,444	,043
MBI szem.hat.csökk.	,134	-,342	,436
szomatizációs tünetek	-,240	,160	,078
eszl_stress	-,375	,050	,352
TarsasTamogatas	,037	,048	-,050

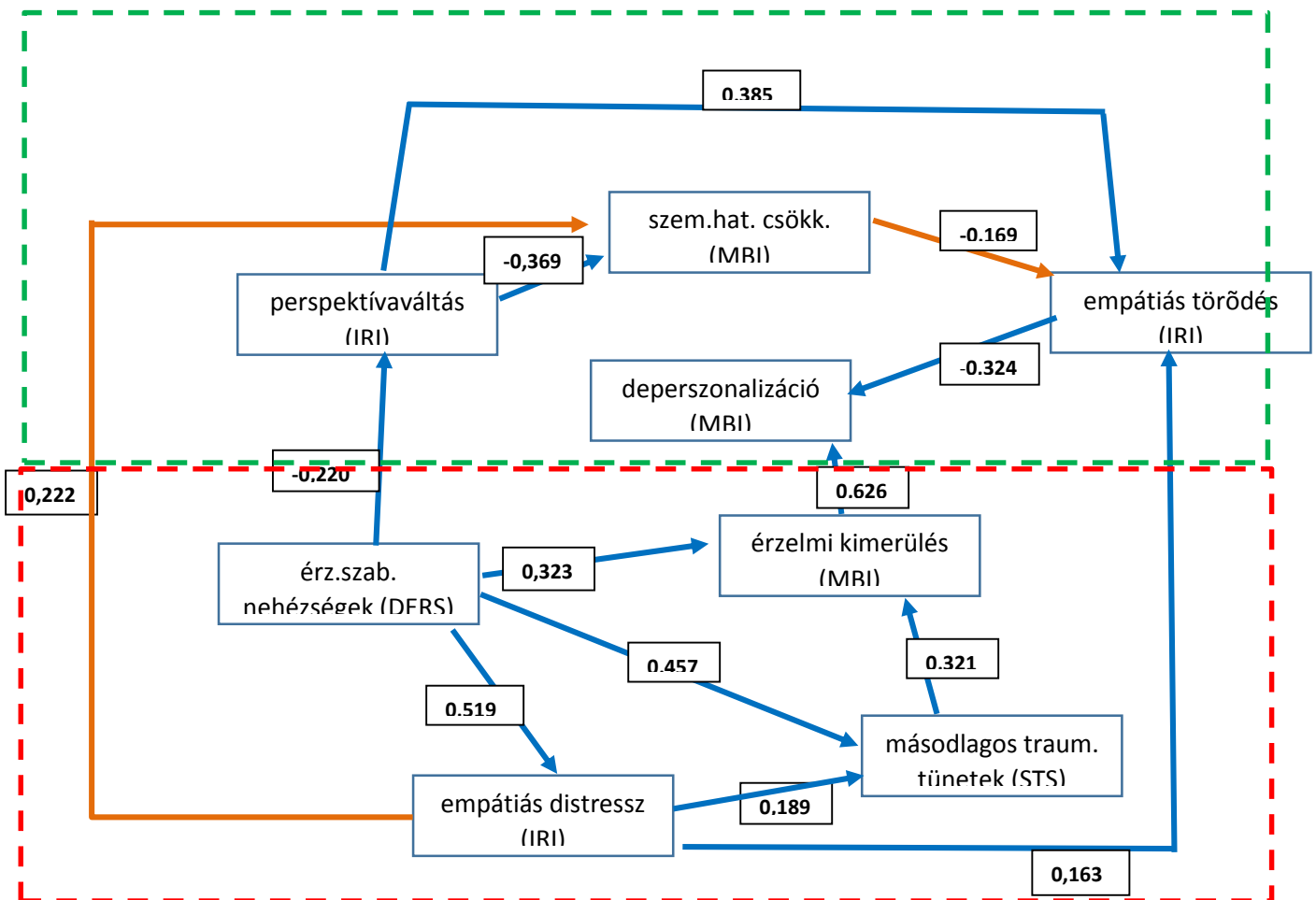
28. táblázat: Harmadik vizsgálat kibővített feltáró faktoranalízisének eredménye

A második és harmadik vizsgálatban elvégzett faktoranalízis alapján hasonló összefüggéseket mutatnak az adataink, ezért úgy gondoltuk, hogy a második vizsgálatban az útvonalelemzés során kapott modellt ebben a vizsgálatunkban is teszteljük. A modell illeszkedése nem volt megfelelő ($\chi^2(14) = 54,27, p < ,001; \chi^2/df = 3,87; RMSEA = 0,09, RMSEA - 90\% CI: [0,068-0,121]; SRMR = 0,054$), ezért a modifikációs indexek megtekintése után két új kapcsolatot építettünk be a modellbe (12. melléklet), mely kapcsolatok közül az egyik a személyes hatékonyság

⁸ Ennél az elemzésnél a faktorok kinyerése és rotálása után a Kiegész/kimerülés faktor fordított irányt nyert, ezért a rajta töltő itemek is negatív faktorsúlyt kaptak, ezért természetesen az Érzelmi áttérjedés faktortal való korrelációjának iránya is megváltozott.

csökkenése és az empátias törődés közti fordított kapcsolat. Ez a kapcsolat elméletileg is indokolható, hiszen a személyes hatékonyság csökkenése megnehezíti a páciensek felé irányuló empátias odafordulás megjelenését. A másik új kapcsolat az empátias distressz és a személyes hatékonyság csökkenése közti pozitív kapcsolódás, mely szintén indokolható, hiszen az empátias distressz egy olyan negatív tónusú érzelmi állapot, melyben a tehetetlenség központi elem, melynek megélése a személyes hatékonyság-érzés csökkenésében jelentkezik. Továbbá kivettük a modelltől a nem szignifikáns kapcsolatokat így alakult ki a 13. ábrán látható modell, melynek már megfelelőek az illeszkedési mutatói ($\chi^2(15) = 30,55, p < .001; \chi/df = 2,03; RMSEA = 0,056, RMSEA - 90\% CI: [0,027-0,085]; SRMR = 0,043$)

Noha a második vizsgálatban elemzett modellen kisebb módosításokat kellett végrehajtanunk, a főbb útvonalak változatlanok maradtak. Az érzelemszabályozási nehézségekből induló ún. parallel empátia folyamatai (13. ábra pirossal jelölt terület), illetve a perspektívaváltás, empátias törődés preventív folyamatai ugyanúgy megjelennek ebben a modellben is (13. ábra zölddel jelölt terület).

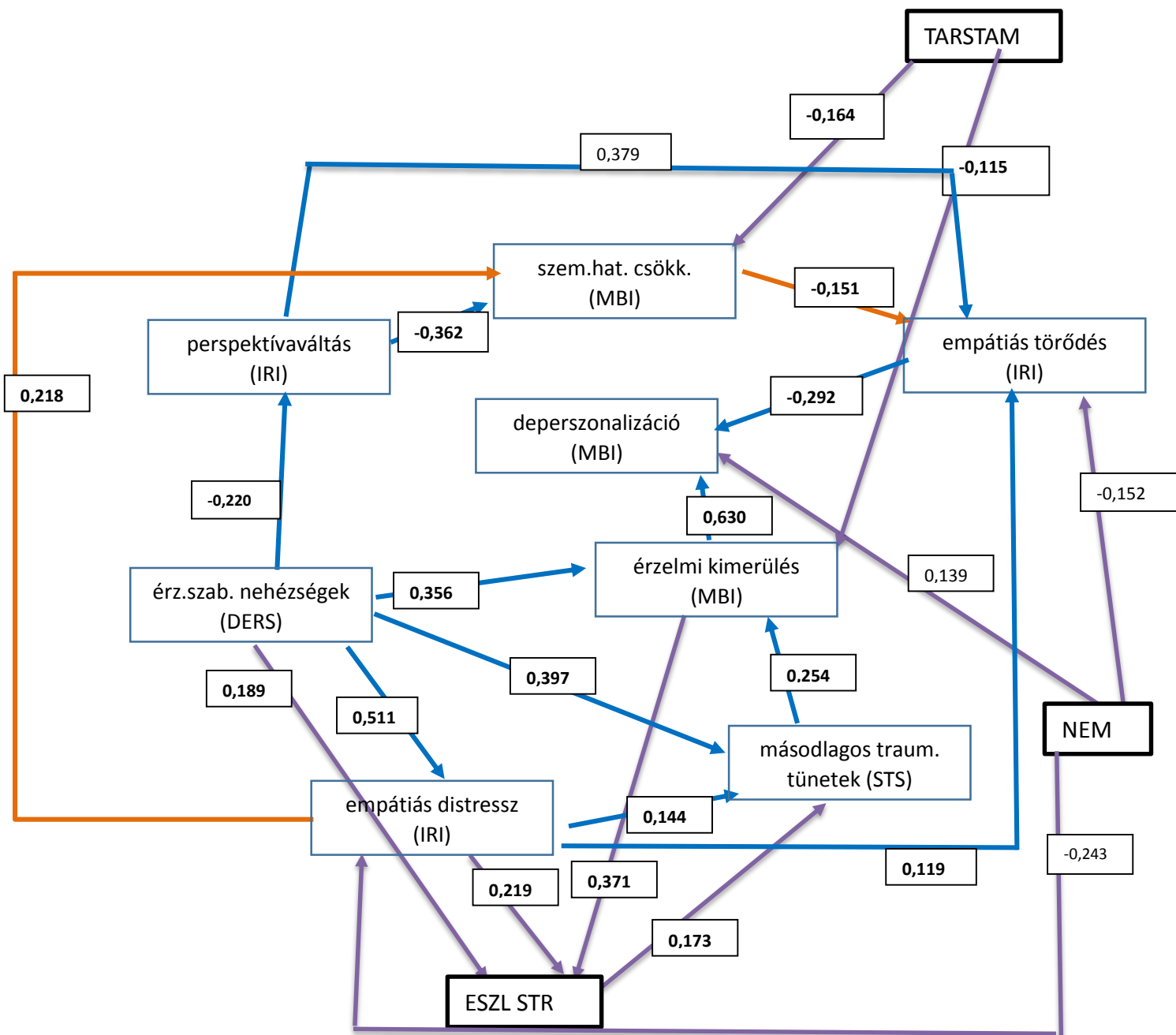


13. ábra: Harmadik vizsgálat első útvonalelemzése (a második vizsgálatban nem szereplő, új kapcsolatokat narancssárga nyilak jelölik)

Következő lépésként a fenti modellbe szeretnénk volna illeszteni a két új változót, a társas támogatást, valamint az észlelt stresszt. Szakirodalmi adatok (Hegedűs, 2008; Kállai, 2007; Pikó, 2001; Pines, 1981) figyelembe vételével, elképzelésünk szerint a *társas támogatás* legerősebb preventív hatást az *érzelmi kimerülésre* és a *személyes hatékonyság csökkenésére* gyakorol. A másik új változó az *észlelt stressz* volt, amit mediáló változónak gondoltunk az *empátiás distressz* és *másodlagos traumatizáció* között, és amire az *érzelmi kimerülés* további negatív hatást gyakorol, így egy olyan circulus vitiosus alakul ki, amelyben az érzelemszabályozási zavarok talaján kialakuló negatív érzelmi állapot fenntartja önmagát.

Továbbá ebbe az új modellbe beillesztettük a nemet is, mint változót, tekintve, hogy sok szignifikáns nemi különbséget mutatnak a mért változók. Elképzelésünk szerint a nem legerőteljesebb hatást a *deperszonalizációra*, az *empátiás distresszre* és az *empátiás törődésre* gyakorolja.

A kapott modell igazolja a fenti elképzeléseinket (14. ábra) az illeszkedési mutatók megfelelőek ($\chi^2(16) = 66,73, p < 0,001; \chi/df = 2,22; RMSEA = 0,061, RMSEA - 90\% CI: [0,041-0,081]; SRMR = 0,046$). Eszerint az ún. parallel empátia, melynek kiindulópontja az *érzelemszabályozási zavarok*, ami *érzelmi distresszhez* vezet, és hosszú távon megnövekedett *észlelt stressz* szintet okoz. Ez tüneti szinten *másodlagos traumatizáció* kapcsán leírt tünetek okoz, és *érzelmi kimerüléshez* vezet, amely azonban tartósan fenntartja a megemelkedett stressz szintet. Az *érzelmi kimerülésre* azonban kedvező hatással lehet a *társas támogatás*. Az *érzelmi kimerüléssel* való megküzdés része lehet a páciensekkel való kapcsolatban a távolítás, *deperszonalizáció*, mely megküzdési forma eredményeink szerint gyakoribb férfi segítőknl. Az *empátiás distresszre* (mely eredményeink szerint nőknél nagyobb eséllyel jelenik meg) való válaszként is megjelenhet az *empátiás törődés*, mely szintén nagyobb mértékben jellemző nőknél. Emellett az *empátiás distressz* a *személyes hatékonyság csökkenéséhez* vezethet. A *perspektívaváltásra* való képesség egyrészt növeli a *személyes hatékonyságot*, ami valószínűbbé teszi az *empátiás odafordulást*. Másfelől a *személyes hatékonyságérzésre* a *társas támogatás* is kedvező hatással van. Az *empátiás törődés*, melyet a *perspektívaváltás* közvetlenül is támogat, a *deperszonalizáció* kialakulása szempontjából preventív hatásúnak tűnik eredményeink alapján.



14. ábra: Harmadik vizsgálat második, bővített útvonalelemzése (a második vizsgálatban nem szereplő, új kapcsolatokat narancssárga nyilak, az új változók kapcsolatait lila nyilak jelölik)

3.3.4. Megbeszélés

A második vizsgálatunkban tapasztalt nemi különbségek egy része harmadik vizsgálatunkban is megjelent (ebben a vizsgálatban a *perspektíva*váltásban nem mutatkozott nemi különbség, a többi empátia skálában igen; a kiégés tekintetében csak a *deperszonalizáció* jellemzőbb a férfiakra; a *másodlagos traumatizáció* tekintetében nem volt nemi különbség; ebben a mintában is a nők mutatnak több *szomatikus tünetet*). Az újonnan bevezetett változóknak is mutatkoznak nemi különbségek: eszerint a nők nagyobb fokú észlelt stresszről számolnak be. Stauder és Konkoly Thege (2006) Észlelt Stressz kérdőív validáló tanulmányában férfiak és nők átlagértékei jóval alacsonyabbak az általunk kapott átlagoknál, mind a férfiak, mind pedig a nők esetében (Stauder & Konkoly Thege 2006: nők: $26,5 \pm 8,5$ / saját eredmények: nők: $38,9 \pm 6,9$, $t = -8.17$, $p < .001$; férfiak: $26 \pm 9,5$ / saját eredmények: férfiak: $36,89 \pm 3,4$, $t = -14.62$, $p < .001$). A vizsgált minta észlelt stressz-szintje szignifikánsan magasabb, ami véleményünk szerint azzal magyarázható, hogy a vizsgálati személyek mindegyike az egészségügyben dolgozik, ahol a kiszámíthatóság alacsony szintje, továbbá az érzelmi és fizikai megterhelés magas szintje jellemző.

Az *észlelt stressz* mérésének bevezetését a vizsgálatunkba az indokolta, hogy a második vizsgálatban felállított modellünk alapján úgy véltük, hogy az *érzelemszabályozási nehézségek* talaján kialakuló *empátias distressz* egy olyan krónikus stresszállapotot hoz létre, melynek hosszabb távú következménye az *érzelmi kimerülés*. Az *Észlelt Stressz Kérdőívet* külföldön és Magyarországon is széles körben a krónikus stressz, mint rizikófaktor szűrésére alkalmazzák (Stauder & Konkoly Thege, 2006). A fentiek fényében, miszerint az általunk megkérdezett egészségügyi dolgozók észlelt stressz értéke a magyar átlagot messze meghaladó, ez arra enged következtetni, hogy vizsgált mintánknál a krónikus stressz, mint veszélyeztető tényező van jelen.

A vizsgált változók közötti összefüggések nagyon hasonlóak, mint amit a második vizsgálatban tapasztaltunk, amit az elvégzett faktoranalízis nagy részben igazol. A második vizsgálatban *Kiégés/kimerülésnek* nevezett faktor, amelyben a *másodlagos traumatizáció* tünetei, az *emocionális kimerülés* és a *szomatikus tünetek* szerepeltek, ebben a vizsgálatban is egy faktorba tartoznak, annyi különbséggel, hogy bár a *deperszonalizáció* két faktorban is magas factorsúllyal jelenik meg, ebben a faktorban mutatja a legmagasabb értéket. Értelmezésünk szerint a fokozott érzelmi megterheléssel szembeni megküzdési próbálkozás lehet a páciensekkel szembeni távolságtartó attitűd. A második vizsgálatban az *Érzelmi átterjedésnek* /*érzelemszabályozási nehézségeknek* nevezett faktor, melybe az *érzelemszabályozási*

nehézségeket mérő alskálák, valamint a *empátiás distressz* tartozott, szintén megjelenik ebben a vizsgálatban is, kiegészülve a *személyes hatékonyság csökkenésével*, ami szintén elméletileg is összefügg a az érzelmi átterjedésként összefoglalt nehézséggel, hiszen a negatív érzések kezelésének nehézsége, illetve negatív tónusú érzelmi állapot megnehezíti a személyes hatékonyság megélését. Ahogy a második vizsgálatban, úgy ebben is összefüggést mutat a fenti két faktor. Az előző vizsgálatban *Reaktív/kognitív empátiának* nevezett faktor, itt is tartalmazza a *perspektívaáttáást*, *empátiás törődést*, kiegészülve a *fantázia* skálával. Bár mind a *személyes hatékonyság csökkenése*, mind pedig a *deperszonalizáció* magas negatív előjelű factorsúlyt mutat ebben a faktorban (mint ahogy a második vizsgálatban ezek a változók egyértelműen ebbe a faktorba voltak sorolhatóak), de mivel más faktorokban mutatnak magasabb értéket, ezért a harmadik vizsgálatban nem ebbe a faktorba soroltuk őket. Tehát tapasztalható némi átrendeződés a faktorstruktúrában, de azokat az elnevezéseket illetve elméleti feltevést, amely a második vizsgálatban körvonalazódott, ezek a kisebb változások nem érintik. Tehát továbbra is úgy tűnik, hogy az *érzelemszabályozási zavarok* összefüggnek az *empátiás distressz* érzéssel. A kiégés, kimerülés egy *másodlagos traumatizáció* tüneteire emlékeztető állapottal jár együtt, ami szomatikus tünetekben is megnyilvánulhat. Ez ellen a páciens érzelmi eltávolításával, tárgyiasításával védekezhet a segítő. Mindemellett a *perspektívaáttáás* segíti az *empátiás törődés* megjelenését.

Kiegészítve a faktoranalízist a *társas támogatással* és az *észlelt stresszel*, azt láthatjuk, hogy az észlelt stressz, a *Kiégés/kimerülésnek* nevezett faktorba került, de magas factorsúlyt mutat az *Érzelmi átterjedés* faktoron is. Ez azonban magyarázhatóvá válik atekintetben, hogy ez a két faktor összefügg, tehát a krónikus stresszállapot mindkettőben lényeges elem.

A társas támogatás nem tartozik egyik faktorba sem, amit azzal magyaráztunk, hogy a skála nagyon sokféle társas támogatás mérésére vonatkozik. Érdeemes azonban a korrelációk eredményét figyelembe venni. A *társas támogatás* és a kiégés *érzelmi kimerülés* és *személyes hatékonyság csökkenése* komponense szignifikáns fordított összefüggést mutat.

Ha a *társas támogatást* szűkítjük a barátoktól, munkatársaktól kapott társas támogatásra, akkor ez az összefüggés még szorosabb, illetve ebben az esetben a kiégés mindhárom faktorával szoros fordított együttjárást mutat. Ez az összefüggés tehát egybecseng azokkal a vizsgálatokkal, melyek szerint a munkahelyi támogatás növeli a munkával való elégedettség mértékét, illetve csökkenti a kiégés előfordulásának valószínűségét). Több vizsgálat eredménye is azt mutatja, hogy a kiégés megelőzése szempontjából nagyobb a hatása a munkahelyről

származó társas támogatásnak, mint a családi támogatásnak (Russel, Altmeier, & VanVelzen, 1987; Brown, Prashanthan, & Abbott, 2003).

Ahogy azt feltételeztük, eredményeink szerint a *társas támogatás* növekedésével csökken az *észlelt stressz*, mely összefüggés szintén összecseng a társas támogatás és a megélt stressz már sokat kutatott eredményeivel (Park, Wilson, & Lee, 2004; Kopp & Skrabski, 1995).

A másik új változó az *észlelt stressz* szoros összefüggést mutat mind az *empátiás distresszel*, a *kiégés* mindhárom faktorával, a *másodlagos traumatizáció* tüneteivel, valamint a *szomatikus tünetek* megjelenésével. Az Észlelt Stressz Kérdőív hazai validáló tanulmánya (Stauder & Konkoly Thege, 2006) is rámutat az észlelt stressz testi és lelki (depresszióval, szorongással) tényezőkkel való együttjárására.

A foglalkozási csoportok közti különbség tekintetében a legnagyobb különbségek a mentőtisztek és az orvosok, ápolók között jelentkeznek. A legszembeötlőbb különbség az volt, hogy a mentőtisztek az *empátia skálákon* mind az orvosoknál, mind pedig az ápolóknál szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el. A *kiégés* illetve *másodlagos traumatizáció* tünetei tekintetében nem mutatkozik szignifikáns különbség a három foglalkozási csoport között. A *szomatikus tünetekben* és bizonyos *érzelemszabályozási problémákban*, illetve a *társas támogatásban* azonban igen. A mentőtisztek szignifikánsan kevesebb *szomatikus tünetről* számolnak be, náluk kevesebb *érzelemszabályozási nehézség* tapasztalható, valamint több *társas támogatást* tapasztalnak. Feltételezésünk szerint a fő különbség a három foglalkozási csoport között, ami hozzájárulhat a tapasztalt különbségekhez, hogy a mentőtisztek vannak a legrövidebb ideig kapcsolatban a páciensekkel, így feltételezhetően kevésbé vonódnak be érzelmileg. Mivel a pácienssel töltött idő rövidebb, ezért az empátiás odafordulás hiányának a páciens együttműködésére gyakorolt hatása nem olyan hosszú távú – legalábbis a segítő vonatkozásában – mint az ápolóknál illetve orvosoknál.

A második vizsgálatban alkotott modell kis változtatásokkal reprodukálható volt a harmadik vizsgálatban is. A *perspektívaváltás* és *deperszonalizáció* közötti közvetlen kapcsolat, valamint az *empátiás törődésből* a *másodlagos traumatizáció* felé mutató kapcsolat ebben a vizsgálatban nem mutatkozott szignifikánsnak, valamint a modell jobb illeszkedése érdekében két új útvonallal bővült a modell. Az egyik az *empátiás distressz* és a *személyes hatékonyság* közti összefüggés, a másik a *személyes hatékonyság csökkenése* és az *empátiás törődés* közti fordított összefüggés. Összességében azonban az *érzelmi szabályozási nehézségekből* kiinduló *érzelmi*

kimerüléshez vezető útvonal ebben a modellben is megmaradt. Valamint a *perspektíva*váltás és *empátiás törődés*, mint a *depersonalizációt* csökkentő és a *személyes hatékonyságot* növelő tényezők szintén a második vizsgálatban körvonalozott modellel megegyező hatásmechanizmusokat jeleznek.

Az új változókkal kiegészített modellünkben az *észlelt stresszt* úgy értelmeztük, mint a stresszhelyzetek megélésére vonatkozó szubjektív választ, illetve az ezekkel való megküzdési kapacitás hiányát. Az *észlelt stressz* megemelkedett szintje krónikus stresszt jelez a személy életében, ami a testi és lelki zavarok kockázatának előrejelzése lehet (Stauder & Konkoly Thege, 2006). Mivel második vizsgálatunkban azt feltételeztük, hogy az *érzelemszabályozási nehézségek* mentén kialakuló *érzelmi distressz* egyfajta krónikus stresszállapotként értelmezhető, szeretnénk volna ezt a folyamatot még jobban differenciálni. Kiegészített modellünk alapján láthatóvá vált, hogy az érzelmi megterhelést jelentő helyzetekre adott szubjektív értékelés, illetve megküzdési kapacitás fontos közvetítő elem. Egyrészt az *érzelemszabályozási nehézségek* közvetlenül és az *empátiás distresszen* keresztül is vezethetnek krónikus stresszállapothoz. Modellünk szerint mindkét út az *érzelmi kimerüléshez* vezet, ami azonban tovább növeli a megélt stresszt. Úgy tűnik, hogy az *érzelemszabályozási nehézségek* ezen ördögi kör mindegyik elemére közvetlenül is képesek hatást gyakorolni. Ezt a circulus vitiosus eredményeink szerint a *társas támogatás* az érzelmi kimerülés enyhítése mentén képes befolyásolni; a nők azonban hajlamosabbak az *empátiás distressz* megélésére. Az *empátiás distressz* és *empátiás törődés* közti pozitív összefüggés, véleményünk szerint arra utal, ahogy azt a második vizsgálatunkban is értelmeztük, hogy a kialakult distressz csökkentésére megjelenhet a másik felé irányuló törődő magatartás. Az *empátiás törődés* megjelenése felé vezető másik út azonban a *perspektíva*váltáson keresztül vezet, mely *empátiás törődés* csökkenti a *depersonalizáció* megjelenésének esélyét. A *perspektíva*váltás akadályai lehetnek az *érzelemszabályozási nehézségek*, a *perspektíva*váltás hiánya pedig *személyes hatékonyság csökkenéséhez* vezethet, mely csökkenti az *empátiás törődés* megjelenését. A modell ezen részén is jelentősnek mutatkozik a *társas támogatás*, ami kedvezően hat a *személyes hatékonyság* érzésének alakulására. Az *empátiás distressz* azonban csökkenti a *személyes hatékonyságérzést*.

A gyógyító-páciens kapcsolat érzelmileg telített légkörében a segítő mind a verbális, mind pedig nonverbális szinten számtalan hatást érzékel tudatosan és tudattalanul is. Sokszor a páciens tudattalan félelmei is megjelennek a beszélgetésben, interakcióban. Hedges (1992)

szerint a segítő feladata, hogy segítsen megfogalmazni a páciens ezen érzéseit. Ő ebben a folyamatban kiemelkedően fontosnak tartja a viszontátétel megfelelő feldolgozását, értelmezését. Hedges ezen elképzelése kapcsolható a pszichoanalízis projektív identifikáció fogalmához, mely szerint a páciens bizonyos tudattalan tartalmait a segítőre vetíti, ami a terapeutát is bemozdítja, melyben fontos a saját viszontátételek értelmezése mentén a páciens által rávetített tartalmak visszatükrözése (Halász 2010). Tehát ebben a folyamatban kiemelt fontosságú a pácienssel való interakcióban a saját érzések megtapasztalása illetve szabályozása. Reik (1949) leírása szerint az empátiás „megmerülést” leválásnak kell követnie, amely lehetővé teszi a segítő számára az értelmezést, illetve az empátiás törődés megjelenését. Ebben a folyamatban tehát ideális esetben a szelf és a másik felváltva kerül a figyelem középpontjába. Az empátiával kapcsolatos idegtudományi vizsgálatok is a fentiekhez nagyon hasonló folyamatokat írnak le, miszerint a segítő helyzetben a páciens negatív érzéseire rezonálunk, olyan automatikus reakciók formájában, melyeket empátiás szinkronjelenségekként is emleget a szakirodalom (Hatfield , Rapson, & Le, 2011). Eisenberg (2011) szerint a distresszt átélő másik érzelmi overarousalt hoz létre, melyet, ha sikerül szabályozni, akkor jelenik meg az empátiás törődés, ha a szabályozás sikertelen, akkor kialakul személyes distressz, mely egy szelf fókuszú averzív affektív reakció, ahol a cél a saját kellemetlen érzés csökkentése. Eisenberg mellett több kutató (Decety & Jackson, 2004; Preston & deWaal, 2002) is kiemeli a szabályozó folyamatok fontosságát az empátia alakulásában, amelyben fontos szerepet kap az irányított figyelmi kontroll, a gátló funkció illetve az információk integrálása. Decety és Jackson (2004) kiemelkedő fontosságúnak tartják a kognitív komponens megjelenését az empátiában, amely fő funkciója a perspektívaváltásra való képesség és a szelf és a másik érzéseinek megkülönböztetése. A saját vizsgálatunkban, a második illetve a harmadik vizsgálatban körvonalazódott modelljeink jól kapcsolhatóak fenti az elképzelésekhez, melyek szintén azt támasztják alá, hogy az érzelemszabályozás és a perspektívaváltás nagyon fontos elemei annak, hogy a distresszt átélő pácienssel való interakció milyen irányba alakul tovább. Az automatikusan megjelenő szinkronjelenségek megfelelő szabályozás hiányában krónikus stresszállapothoz vezetnek, és érzelmi kimerüléssel járnak, míg az érzelemszabályozás optimális működése mentén meg tud jelenni a perspektívaváltás, ami kedvez az empátiás törődés megjelenésének, illetve a személyes hatékonyságérzés növekedésének.

4. DISZKUSSZIÓ ÉS KONKLÚZIÓ

Miközben egyre több olyan vizsgálat lát napvilágot, melyek fontos bizonyítékai annak, hogy a gyógyító kapcsolatban mennyire fontos a segítő empátiás jelenléte, azzal kapcsolatban már sokkal kevesebb kutatást találunk, hogy a gyógyító hogyan képes erre a viszonyulásra. Azon külső akadályok (kiszámíthatatlanság, nem megfelelő munkahelyi környezet, túlzott kliensszám stb.) feltérképezésével, melyek megnehezítik a páciens-fókuszú kapcsolódást, szintén számos vizsgálat foglalkozik. Nem vitatva bizonyos külső, szituációs tényezők károsító hatását, úgy tűnik, hogy azzal jóval kevesebb kutatás foglalkozik, hogy vajon melyek azok az intrapszichés tényezők, melyek – akár a meglévő nehezítő szituációs tényezők mellett – veszélyeztetettebbé teszik a dolgozót az érzelmi kimerülésre, és mik azok képességek, melyek erősítésével a kiégés megelőzhető.

A kutatás tervezésében fontos *célom* volt, hogy képet kapjak azokról a belső folyamatokról, melyek megnehezítik, és amelyek megkönnyítik a distresszt átélő pácienssel töltött időt. Célom volt annak feltérképezése, hogy az empátia hogyan függ össze az érzelemszabályozási folyamatokkal és ezen keresztül a kiégés mely komponenseire gyakorol hatást. Azért tartom ezt fontosnak, mert mind a képzésben lévőknek, mind pedig a már gyógyításban dolgozóknak ezek ismeretében tudunk adekvát prevenciót és intervenciót tervezni.

Elméleti szempontból fontosnak tartom, hogy a kutatás fő fogalmai, az *empátia, kiégés, és másodlagos traumatizáció* körüli rengeteg, sokszor egymást átfedő koncepció és elnevezés mögötti folyamatokat, struktúrákat pontosabban lássam, hozzájárulhassak ezek tisztázásához.

Az *érzelemszabályozás* tekintetében a korábbi kutatások az érzelmi munka és kiégés kapcsolatára vonatkoztak. Feltételezésem szerint a segítő munkában nem csak a kifejezhető és megélt érzelmek közötti disszonancia jelent problémát (ami az érzelmi munkán belül is a legtöbbet vizsgált kérdés), hanem a megterhelő érzelmi helyzetek mentén jelentkező negatív érzések belső szabályozása, illetve, hogy ezek az érzések mennyire akadályozzák a páciens felé forduló figyelmet. Ezek a folyamatok, véleményem szerint sokkal inkább az implicit érzelemszabályozási folyamatokkal mutatnak összefüggést, ezért vizsgálatainkban ennek összefüggését vizsgáltuk az empátia különböző összetevőivel.

Az empirikus részben három vizsgálatot mutattam be, egyre heterogénebb gyógyítói mintával, melyek mindegyikében megjelenik az *empátia, a kiégés, valamint a másodlagos traumatizáció* vizsgálata, illetve a második vizsgálatról kezdődően az *érzelemszabályozás* is bekerül a vizsgált változók közé. Végül a harmadik vizsgálatban további változókat vezettünk be a korábbiak

mellett. Az észlelt stressz mérése a hazai és nemzetközi szakirodalomban is (Stauder & Konkoly Thege, 2006) a krónikus stressz, mint rizikófaktor szűrésére alkalmas, ezért ezen változó bevonásával a krónikus stressz szintjének érzelmi distresszel való kapcsolatára voltunk kíváncsiak. A társas támogatás mérését azért tartottuk fontosnak, mert, ahogy arra több kutatás (Ray & Miller, 1991; Jacobs & Dodd, 2003; Greenglass, Burke, & Konarski, 1997; Hegedűs, 2008; Kállai, 2007; Pikó, 2001; Pines, 1981) is felhívja a figyelmet, szerepe van a kiégés megelőzésében. Mint ahogy az empátiáról szóló fejezetben már szó volt róla, az implicit érzelemszabályozás az anyával való érzelmi kapcsolatban alakul, tehát a distressz szabályozása a korai időszakban külső személy által szabályozott módon fejlődik és alakul önszabályozási képességgé. Emellett azonban a társas támogatás későbbi életszakaszokban is a distresszel való megküzdés fontos eleme marad.

Az elméleti bevezetőben részletesen írtam az empátia fogalmának sok szempontú megközelítéséről. A különféle elméleti elképzelések között a fő eltérés abban ragadható meg, hogy a *kognitív* vagy az *affektív elemre* helyezik-e a fő hangsúlyt. A *kognitív empátiában* nagy szerepet tulajdonítanak a perspektívaváltásnak. Sok helyen a *reaktív empátia* hasonló fogalma jelenik meg, melyben a perspektívaváltás és empátiás törődés jelentik a fő alkotóelemeket. Az *affektív empátia* meghatározásában a megfigyelőben keletkező érzésre helyezik a hangsúlyt. A másikkal való együttlét során automatikusan keletkező, a másik érzelmi állapotához hasonló érzelmi válasz áll a középpontba, melyet sokféleképpen emleget a szakirodalom, szinkronjelenség, érzelmi átterjedés, empátiás distressz, parallel empátia. A multidimenziós elképzelések mind a kognitív, mind pedig affektív elemet az empátia fontos összetevőjének gondolják. Vizsgálataink egyik fontos kérdése volt, hogy eredményeinkben látjuk-e *elkülönülni ezt a két empátiás formát*, illetve ezek következményeit.

Az első vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az empátiás distressz szorosan együtt jár mind a másodlagos traumatizáció, mind pedig a kiégés komponenseivel. Míg a perspektívaváltás, empátiás törődés, fantázia skála, és a páciens-fókuszú attitűd egy külön faktorba kerül. Ezt a két faktort tekintettük *parallel illetve reaktív/kognitív empátiának*. A két faktorban található elemek egymás közötti kapcsolatának feltérképezése során azt találtuk, hogy az ún. *parallel empátia* elemeinek egymáshoz való kapcsolódásában az empátiás distressz és érzelmi kimerülés közti kapcsolatot a másodlagos traumatizáció mediálja. Az ún. *reaktív empátia* elemeit tekintve, a nézőpontváltás és a deperszonalizáció csökkenése, valamint az empátiás törődés és személyes hatékonyság növekedése közti kapcsolatot is a páciens-fókuszú attitűd

mediálja. Ezek az eredmények tehát megerősítették, hogy az empátiás folyamatban elkülöníthető irányok vannak, melyek más-más eredményre vezetnek.

Ahogy azt már az elméleti bevezetőben részletesen kifejtettem, több kutatás is arra utal, hogy a másik érzelmi állapotát látva automatikusan megjelenik a befogadóban egy parallel érzelmi válasz, ami segítheti a ráhangolódás folyamatát. Ahogy azonban Eisenberg és Fabes (1992) is rámutat, egyéni különbségek vannak az érzelmi intenzitás és az érzelemszabályozás tekintetében, amelyek hatással vannak arra, hogy mely tényezők lesznek hangsúlyosabbak az empátiás folyamatban (empátiás distressz, empátiás törődés vagy perspektívaváltás). Okun és munkatársai (Okun, Shepard & Eisenberg 2000) Eisenberg és Fabes modelljét tesztelték, eredményeik szerint a perspektívaváltást pozitívan befolyásolja az érzelemszabályozás. Ezzel szemben, akiknél fokozott distressz érzés jellemző, hajlamosabbak a szabályozatlan, intenzív negatív érzések megélésére, míg akikre az empátiás törődés jellemzőbb, bár szintén hajlamosabbak a negatív érzések megélésére, de ezek az érzések szabályozottabbak. Ezen elképzelés mentén második vizsgálatunkba bevontuk az *érzelemszabályozás* mérését, mert fontos oki változónak feltételeztük az empátiás distressz alakulása szempontjából.

Második vizsgálatunk változóinak összefüggésére vonatkozóan azt találtuk, hogy az érzelemszabályozási zavarok és az érzelmi distressz együttjárást mutat, ami a szakirodalomban *érzelmi átterjedésnek* nevezett jelenséget írja le. Ez a faktor korrelált az általunk *Kiegészés/Kimerülésnek* nevezett faktorról (ahova az érzelmi kimerülés, a másodlagos traumatizáció, és egyéb szomatikus tünetek tartoztak). Ez az összefüggés jelzi, hogy egymást befolyásoló jelenségekről van szó, ahogyan azt több más vizsgálatban (Miller, Birkholt, Scott, & Stage, 1995; Snyder, 2007) is láthattuk, az érzelmi átterjedés és az érzelmi kimerülés szoros kapcsolatban állnak.

A második vizsgálatunkban megjelenő harmadik faktor pedig megegyezett az első vizsgálatban *Reaktív/Kognitív empátiának* nevezett faktorról (azzal a különbséggel, hogy ebben a vizsgálatban a kommunikációs attitűdöt nem vizsgáltuk, ezért az nem került ebbe a faktorba, de ide sorolódott a perspektívaváltás, empátiás törődés, mely tényezők mellett negatív factorsúllyal jelenik meg a kiegészés deperszonalizáció komponense, illetve a személyes hatékonyságérzés csökkenése). Ebben a vizsgálatban tehát szintén elkülöníthető a parallel (első és második faktor) és a kognitív empátia (harmadik faktor). A két empátiás forma összetevőinek egymáshoz való viszonya, valamint a kognitív és parallel empátia kapcsolódási pontjainak feltérképezése alapján úgy tűnik, hogy mintánkban az érzelemszabályozási

nehézségek empátiást distresszt okozva a másodlagos traumatizáció tüneteinek keresztül érzelmi kimerüléshez vezetnek (második vizsgálat mediációs elemzés alapján).

A reaktív empátiának elnevezett faktor összetevői közötti kapcsolatok feltérképezésére végzett útvonalelemzésben fontos helyett foglal el a perspektívaváltás képessége, mely fokozza az empátiás törődés kialakulását, valamint a személyes hatékonyság érzését, de csökkenti a deperszonalizációt. Az érzelemszabályozási nehézségek azonban csökkentik a perspektívaváltásra való képességet.

A másik kapcsolódás az útvonalelemzés alapján a parallel és reaktív empátiának nevezett faktorok elemei között az empátiás distresszből az empátiás törődés felé, illetve az empátiás törődésből a másodlagos traumatizáció felé vezető út. Értelmezésünk szerint az érzelmi distressz okozta negatív érzésektől való szabadulás mentén fokozódhat a másik felé irányuló törődő magatartás, ha azonban nincsenek megfelelő érzelemszabályozási stratégiák ez könnyen fokozhatja a kimerülést.

A változók egymáshoz való kapcsolatát szeretnénk volna a segítő szakma szempontjából még sokfélebb mintán is tesztelni, ezért a **harmadik vizsgálatban** a résztvevők orvosokból, mentőtisztokból, ápolókból, valamint egyéb szakdolgozókból (szülésznők, védőnők, asszisztensek) álltak. Azért fontos szempont ez, mert feltételezésem szerint a kiégéssel, másodlagos traumatizációval kapcsolatos eredmények nem elsősorban annak függvényében alakulnak, hogy a személy milyen esetekkel találkozik, vagy milyen körülmények között dolgozik, hanem az implicit érzelemszabályozás sikeressége, vagy sikertelensége mentén dől el, hogy a pácienssel való kapcsolatban milyen érzések dominálnak, a saját negatív érzések elhárítása, vagy a másokra fókuszáló figyelem határozza-e meg a folyamatokat.

Az a hármas faktorstruktúra, amit a második vizsgálatunkban tapasztaltunk, ugyanúgy megmaradt a *harmadik vizsgálatunkban* is. Tehát ugyanolyan tartalommal a *Kiégés/Kimerülés*, *Reaktív/kognitív empátia*, valamint az *Érzelmi átterjedés*. A kibővített adatokkal végzett faktoranalízis szerint az észlelt stressz az *Érzelmi átterjedés* és a *Kiégés/kimerülés* faktorba is sorolható. Ami nem meglepő, hiszen ez a két faktor ebben a vizsgálatban is korrelál egymással.

Ezen a heterogén gyógyítói mintán kapott eredmények összességében megerősítik a második vizsgálatban tapasztalt összefüggéseket. A főbb útvonalak a rekonstruktuált modellben megfeleltek a második vizsgálatunkban kapottaknak. A modell jobb illeszkedése miatt két új útvonallal egészült ki a modell, az egyik *személyes hatékonyság csökkenése* és az *empátiás törődés* közti fordított kapcsolat, a másik az *empátiás distressz* és a *személyes hatékonyság*

csökkenése közti pozitív kapcsolódás. Ezek magyarázható kapcsolatok, hiszen a személyes hatékonyság csökkenése megnehezíti az empátiás odafordulást, míg az empátiás distressz állapotában a figyelem a saját negatív érzések felé fordul, amely állapotban kevésbé éli meg a személy a személyes hatékonyságot. *Összességében* azonban az érzelemszabályozási nehézségekből kiinduló út, mely az érzelmi distresszen keresztül az érzelmi kimerülésig tart, ebben a modellben is körvonalazódott. A perspektívaváltás és az empátiás törődés közti kapcsolat, illetve ezek pozitív hatása a személyes hatékonyságra és deperszonalizációra szintén nyomom követhetőek ezen a mintán kapott eredményekben is.

Az észlelt stresszt és a társas támogatást beillesztve a modellbe azt tapasztaljuk, hogy a vizsgált mintán a társas támogatás az érzelmi kimerülést csökkenti, a személyes hatékonyságot pedig növeli, tehát preventív hatású a kiegészítő komponensének alakulására is. Az észlelt stressz mintánkban szignifikánsan magasabb, mint a kérdőív validáló tanulmányában (Stauder & Konkoly Thege, 2006) közölt értékek, ami arra utal, hogy a minta krónikus stressz szempontjából veszélyeztetettebb, mint az átlagpopuláció. A kiegészített modellben az érzelemszabályozási zavarok közvetlenül is, illetve az érzelmi distresszen keresztül is vezethetnek krónikus stresszállapothoz (észlelt stressz), mindkét irányból az érzelmi kimerülés felé tartva, amely érzelmi kimerülés pedig visszacsatol az észlelt stresszhez, így fenntartva a *circulus vitiosus*. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy csak az érzelmi szabályozásban jelentkező deficitek felelősek a kialakuló krónikus stresszállapotért, hanem mindössze azt jelenti, hogy az általunk vizsgált változók hogyan okozhatnak fokozott stresszállapotot. Természetesen ezek hatását pl. a kedvezőtlen munkakörülmények, a fokozott terhelés tovább súlyosbíthatja, vagy az is elképzelhető, hogy az egyéb, szituációs tényezők hatással vannak a dolgozók érzelemszabályozási kapacitására, de ebben a vizsgálatban ezeket az összefüggéseket nem vizsgáltuk.

A kiegészéssel, empátiával foglalkozó szakirodalomban sok helyen felbukkannak a *nemi eltérések*. Mint ahogy Maslach és munkatársai (Maslach, Schaufeli, & Leiter 2001) összefoglalójukban kiemelik, a különböző vizsgálatok nem jeleznek konzisztens nemi eltérést a kiegészítő komponensei tekintetében. Saját vizsgálatunkban egy változó mutat konzisztens nemi eltérést a kiegészítő összetevői között, a deperszonalizáció, amely mindhárom vizsgálatban szignifikánsan magasabb volt a férfiak körében, mint a nőknél. Ez összecseng Maslach (Maslach, Schaufeli, & Leiter 2001) által összefoglaltakkal, miszerint enyhe nemi különbség (a férfiak javára) a deperszonalizációban tűnik konzisztensnek a vizsgálatok alapján. Az empátia tekintetében azonban nagyon más eredmények születtek a három vizsgálat tekintetében, míg az első

vizsgálatban egyáltalán nincsenek nemi eltérések, a másodikban mindegyik empátia alskálában szignifikánsan magasabb értéket mutatnak a nők, a harmadik vizsgálatban pedig csak az empátiás distresszben és empátiás törődésben. Több kutatás is beszámol az empátiában nemi különbségekről (Davis, 1983; Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare & Magee, 2002; van Zanten, Boulet, Norcini, & McKinley, 2005). Nehezen megállapítható azonban, hogy ezek a különbségek mennyire függnék össze a nemi szerepeknek megfelelő elvárás jellemzőkkel.

Összességében megállapítható, hogy az empátia különböző formái meghatározhatják, hogy a pácienssel való kapcsolatban milyen érzelmi történések jelennek meg a segítőben, és ez kapcsolódik ahhoz, hogy a kiégés szempontjából mennyire veszélyeztetett (első vizsgálat). Azt, hogy az empátia melyik formája dominál, saját eredményeink szerint az érzelmi kapacitás, az implicit érzelemszabályozás szintje határozza meg. A második és harmadik vizsgálatban is az körvonalazódott, hogy a fentebb részletezett folyamatokban az *érzelemszabályozásnak és a perspektívaváltásra* való képességnek központi szerepe van.

A segítő kapcsolatban a páciens negatív érzései automatikus érzelmi válaszokat váltanak ki a segítőből, melyek segíthetik a ráhangolódást, a megfelelő bizalmi légkör kialakítását. Ez azonban csak akkor segítség, ha Reik (1949) szavaival élve az empátiás „megmerülést” leválás követi, amelyben egyrészt lehetővé válik a saját érzések szabályozása, másrészt a másik felé irányuló figyelem megjelenése. Ebben a folyamatban tehát ideális esetben a szelf és a másik felváltva kerül a figyelem középpontjába. Ehhez azonban szükség van a szabályozó folyamatok megfelelő működésére. Ha ezek a szabályozó folyamatok nem megfelelően működnek, kialakul egy olyan krónikus stresszállapot, mely fenntartja önmagát és kiégéshez vezet. A kiégés érzelmi kimerülés komponense szoros összefüggést mutat a másodlagos traumatizációnak nevezett jelenség tüneti képével, tehát úgy tűnik, a két fogalom ugyanazt a jelenséget méri.

4.1. A disszertáció gyakorlati jelentősége

A kutatások tervezésével kiemelt céloom volt, hogy az eredményeket össze tudjam kötni a gyakorlattal. Sok évet töltöttem el az egészségügyben, és már hosszabb ideje foglalkozom segítő szakmát választók oktatásával. Ahogy arról már a bevezetésben is írtam a képzés során gyakori jelenség, hogy a klinikai gyakorlatok során tapasztalt élményekkel a hallgatók magukra maradnak, nincs arra fórum, hogy ezekről beszélhessenek, ezeket feldolgozhasák. Kimerülnek, gyakran szoronganak, van aki jobban, természetesen van aki kevésbé. Ebben az időszakban már egyáltalán nincsenek olyan kurzusok, amik keretében ezekről az élményeiről, érzéseikről, nehézségeikről beszélni tudnának. Arra is volt alkalmam, hogy már hosszabb-

rövidebb ideje az egészségügyben dolgozók különböző képzéseiben oktatóként részt vegyek. Ezekben a helyzetekben is szembeötlő, hogy mennyire sok és megterhelő érzelmi szituációba kerülnek az egészségügyi dolgozók, mindenféle segítség, kapaszkodó nélkül. Saját vizsgálatunkból (Fülöp 2013), melyben ápolók, mentőtisztek rendszeres időközönként naplót vezettek a munkájukkal kapcsolatos legemlékezetesebb élményeikről, olvasható egy részlet, amely jól illusztrálja azt a tehetetlenséget, amellyel meg kell küzdenie ezen a területen dolgozóknak:

„Elvesztettünk egy gyereket. Megint...Azt mondják vele jár. "Nyeld be". És mellette vizsgázz le.... A főnővérem pedig levisítja a hajam, mert elfelejtettem a kötelező továbbképzést az anatómia vizsgám napján. Másnap olyan fáradt voltam, hogy amikor megkérdezett, nem is értettem miről beszél, és persze beszélni is alig bírtam...Egyre nehezebb. Néha komolyan nem kapok levegőt. Ordítanék némi szabadságért és szünetért, vagy valakiért, akivel megbeszélhetem. Úgy igazából. Ha van ilyen egyáltalán..... Persze sokan egészségesen távoztak. Mosolyogva. Ez jó. Csak néha már alig látszik.” (Fülöp 2013, 172.o.)

Gyermektraumatológián dolgozó ápolók részvételével végzett korábbi vizsgálatunkban is azt találtuk, hogy azok az ápolók, akik tehetetlenséget éreznek egy-egy nehéz eset kapcsán nagyobb mértékű érzelmi megterhelést élnek át, az érzelmi támogatást igényelnének (Páll & Fülöp, 2013).

Korábban úgy gondolták, hogy a megoldás ezekben az esetekben a távolságtartó odafordulás, amelyben az érzelmeket távol tartja a gyógyító (Fox & Lief, 1963), de ma már tudjuk, hogy az érzelmet átélő másik hatására, automatikus érzelmi válaszok keletkeznek bennünk, a kulcs abban rejlik, hogy ezek felismerése, szabályozása hogyan történik. Amennyiben nem „tanulják” meg hallgatók, illetve már az egészségügyben dolgozók nem kapnak támpontokat a keletkező negatív érzések kezelésére, akkor az implicit módon történik, a gyakorlatokon, később a munkahelyen az idősebb kollégáktól, sokszor a nem minden esetben pozitív implicit üzenetekkel tűzdelt tanulási folyamat eredményeképpen alakul ki a szakmai viszonyulás (Csabai, Csörsz, & Szili, 2009). Ebben az esetben az ún. rejtett curriculum (Hafferty & Franks, 1994; Karnieli-Miller, Vu, Holtman, Clyman, & Inui, 2010) működik, ami alakítja, hogy a gyógyítók hogyan kezeljék, fejezzék ki érzéseiket, sokszor a deperszonalizációra, nagyfokú érzelmi távolságtartásra mintát mutatva.

Gyakran a képzések, továbbképzések alkalmával a pácienshez való viszonyulás kognitív, viselkedéses elemeinek megtanításán van a hangsúly, ami rendkívül fontos, hiszen ez egy olyan

eszköztár, mely segíti a gyógyítót a napi munkájában. Ezek azonban nem elégségesek ahhoz, hogy ki tudjunk alakítani egy “elég jó” kapcsolatot a pácienssel (Shapiro, 2012). *Mint ahogy a vizsgálatok eredményeiből is láthattuk elkülöníthető kognitív és affektív empátia, de az érzelemszabályozási nehézségek a kognitív empátia részének tartott perspektívaváltásra is hatással vannak.*

Eredményeink azt mutatják, hogy az érzelemszabályozási kapacitás hozzájárul ahhoz, hogy az empátia milyen formában jelentkezik a gyógyító munkájában, és az milyen hatással van a saját mentálhigiénéjére. Mivel a segítő foglalkozásokban a személyiségünk egyben a munkaeszközünk is, kiemelkedően fontosnak tartanám mind a képzésben, mind pedig azt követően az érzelemszabályozási kapacitás fejlesztését. A páciensekkel való kapcsolat során megjelenő érzések sok esetben nem a kifejezhető érzések szintjén jön létre, hanem a nonverbális kommunikáció, a testi érzetek szintjén. Fontos azonban, hogy a terápiás kapcsolat során a gyógyítóban megjelenő testi, illetve más jellegű, automatikusan megjelenő érzések tudatosuljanak, ehhez azonban szükség van egy olyan jellegű érzékenyítésre, amely előkészíti az erre a pályára készülöket (Csabai, Csörsz, & Szili, 2009). Az optimális az lenne, ha a képzés során megjelenhetnének az implicit érzelemszabályozásra hangoló gyakorlatok, amelyek az érzelmek tudatosítására és elfogadására vonatkoznak. Ilyen jellegű technika pl. a különböző relaxációk, illetve az érzelmkifejezést facilitáló gyakorlatok. Shapiro (2012) szerint jól alkalmazhatóak pl. a mindfulness technikák, a narratív medicina, a reflektív írás.

Véleményem szerint az érzelemszabályozásnak, a megküzdés fejlesztésének és a konkrét kommunikációs, és kognitív technikák megtanulásának egymásra épülése jelenthetné a kiégéssel kapcsolatos prevenciót. Ennek konkrét módjaira sokféle megközelítés létezik: gyógyító-beteg interakciók megfigyelése, illetve helyzetgyakorlatokban történő kipróbálása, amelynek során képessé válhatunk, hogy a páciens szavakba nem formált érzéseire is rezonáljunk, és azok tudatosításával továbbsegítsük pácienseinket, anélkül, hogy mi magunk beleragadnánk az átvett negatív érzésekbe vagy a tehetetlenségbe. Ebben a folyamatban egyaránt fontos a saját érzések azonosításának képessége, valamint kommunikációs technikák elsajátítása, amelyekkel a kapcsolat tovább gördíthető, és a saját érzés is „felhasználhatóvá” válik.

A már a munkában megtapasztalt érzések feldolgozása a következő fontos lépés, amely szintén többféle módon és módszerrel történhet, amiben talán nem is a módszer a legfontosabb tényező, hanem a cél, a megterhelő helyzetekben nyújtott támogatás, ami önmagában protektív értékű.

Az elméleti bevezetőben már említett Bálint Mihály nevéhez fűződik az ún. Bálint csoport, ami kimondottan a gyógyításban dolgozó szakemberek számára lett kidolgozva. Egy ilyen jellegű csoportban az élménymegélésnek kiemelt szerepe van (Bálint, 1956/2006). Fókuszban az orvos-beteg kapcsolat áll, valamint az esetet hozó gyógyító által átélt érzések. A résztvevők nem konkrét tanácsokkal segítik az esetet hozót, hanem saját érzéseiknek utat engedve, szabadon asszociálnak. Ebben a szakaszban az esetet hozó leginkább megfigyelő szerepbe kerül, ezt követően reflektál az elhangzottakra. Ebben a módszerben nagyon jól ötvöződik a saját érzésekre irányuló figyelem megtanulása, a megélt stressz csökkenése, a társas támogatás megélése, valamint számos ötlet születhet a nehéz helyzetek megoldására. Az ún. junior Bálint-csoport már az alapképzésben is érzékenyíthet ezen munkamód elsajátítására. Ennek keretében a hallgatók a gyakorlatukból vagy saját környezetükben megfigyelt eseteket hoznak magukkal, és ezekkel dolgozik a csoport. A középpontban ebben az esetben is az esettel kapcsolatos saját érzések és asszociációk állnak.

Természetesen a szupervízió is hasonló segítséget, támogatást jelenthet, melynek során a személy vagy a team az esetet, az azzal kapcsolatos érzéseket egy a szervezethez nem kötődő, kívülálló szakemberrel beszéli meg. Tehát egy másik nézőpont bevonása segít a torzítások felismerésében, alternatív lehetőségek észrevételében, illetve a saját érzések befolyásoló szerepének tisztázásában.

A fentiekben a teljesség igénye nélkül emeltem ki néhány olyan támogató formát, amelyben mind az affektív, mind pedig a kognitív empátia fejleszhető, alakítható. Disszertációmiban ismertetett vizsgálatok eredményei még jobban megerősítettek abban, hogy a segítő foglalkozásban milyen kiemelt fontosságúnak kellene lennie a gyógyítás folyamatában keletkező érzések strukturálása, kezelése.

4.2. A disszertáció korlátai, továbblépési lehetőségek

Diszkussziómban az intrapszichés tényezők mérését állítottam a középpontba. Természetesen véleményem szerint ezek interakcióban működnek bizonyos szituációs faktorokkal, de úgy gondoltam, hogy az egészségügyi dolgozók képzése, és a már dolgozók hatékony támogatása miatt fontos feltérképezni, hogy melyek azok a képességek, készségek, melyek fejlesztésével hatni tudunk a gyógyítók mentális és szomatikus állapotára.

Abban egyetértés mutatkozik, vizsgálati adatok bizonyítják, hogy az empátia a gyógyítás fontos és hatékony eszköze, nem egységes azonban a fogalom definiálása, ami nagyon megnehezíti a tanulmányozását, illetve tanítását is. Ahogy arról Pedersen (2009) empátiára vonatkozó

vizsgálatok metaanalízisében beszámol, bizonyos kutatók kiemelik az empátia multidimenzionális jellegét, mások egy dimenzió vizsgálatát helyezik a fókuszba. Jelen vizsgálatokban az empátia többdimenziós felfogása alapján a gyógyítóban működő folyamatok feltérképezése fontos cél volt. A vizsgálat újdonságértéke abban van, hogy az érzelemszabályozás és az empátia különböző formái és a kiégés közötti kapcsolódási pontokat kerestem, felhívva a figyelmet az empátia folyamatjellegére, amelyben az érzékeny szabályozás központi helyet foglal el.

Nehézséget jelent a vizsgálati módszer (önbeszámolás, kvantitatív felmérés) abból a szempontból, hogy nem tudhatjuk, hogy egy valós gyógyító-páciens találkozás során mennyire lehet bejósoló értékű az a mintázat, amit a kérdőívek alapján láthattunk.

Bár a gyógyító kapcsolat egyik központi fogalma a diszkusszió, azt csak az egyik (a gyógyító) nézőpontjából vizsgáltam. Fontos továbblépési lehetőségnek gondolom a páciens nézőpontjának bevonását, annak vizsgálatát, hogy a gyógyító mért jellegzetességei milyen módon jelennek meg a páciens percepciójában. Összességében tehát úgy gondolom, hogy a jelen eredmények fontos kiindulópontjai lehetnek célzott kvalitatív jellegű vizsgálatoknak, melyek az orvos és páciens konkrét élményeire, érzéseire vonatkoznak.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Abraham, R. (1998). Emotional dissonance in organizations: Antecedents, consequences, and moderators. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 124, 229–246.
- Ádám, Sz., & Mészáros, V. (2012). A humánszolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 127-145.
- Ádám, Sz., Györfly, Zs., & Csoboth, Cs. (2006). Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, 8(2), 113-117.
- Ádám, Sz., Torzsa, P., Györfly, Zs., Vörös, K. & Kalabay, L. (2009). Kiégés a házi orvosok és a házi orvosi rezidensek körében: a magas súlyos fokú kiégés prevalenciája. *Orvosi Hetilap*, 150(7), 317-323.
- Anderson, D. G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 839-848.
- Aron, L. (2006). Analytic impasse and the third. Clinical implications of intersubjectivity theory. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87, 349-368.
- Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2008). Positive Organizational Behavior: Engaged employees in thriving organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 147-154.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. M. P., Van der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress & Coping*, 13, 247–268.
- Bálint, M. (1956/2006). *Az orvos, a betege és a betegség*. Budapest: Animula.

- Bányai, É. I. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. S. J. Lynn, & J. W. Rhue, (Eds.); In *Theories of hypnosis: Current models and perspectives. The Guilford clinical and experimental hypnosis series.* (pp. 564-598). New York, NY: Guilford Press.
- Bányai, É. I., Gósi-Greguss, A. C., Vágó, P., Varga, K., & Horváth, R. (1990). Interactional approach to the understanding of hypnosis: Theoretical background and main findings. In R. V an Dyck, P. Spinhoven, A. J. W. Van der Does, Y. R. Van Rood, & W. De Moor, (Eds.), *Hypnosis: current theory, research and practice.* Amsterdam: Free University Press. 53–69.
- Barnett, M. A. (1984). Similarity of experience and empathy in preschoolers. *Journal of Genetic Psychology, 145*, 241-250.
- Barnett, M. A., & McCoy, S. J. (1989). The relation of distressful childhood experiences and empathy in college undergraduates. *Journal of Genetic Psychology, 150*, 417-426.
- Barnett, M. A., Tetreault, P. A., Esper, J. A., & Bristow, A. R. (1986). Similarity and empathy: The experience of rape. *Journal of Social Psychology, 126*, 47-49.
- Basch, M. F. (1983). Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytical Association, 31* (1), 101-126.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a socialpsychological answer.* Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Batson, C. D. (2011). These Things Called Empathy: Eight Related but distinct Phenomena. In J. Decety, W. Ickes (Eds.) *The Social Neurosciene of Empathy* (pp. 3-15). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

- Batson, C. D. (2012). The Empathy –Altruism Hypothesis: Issues and Implications. In J. Decety, (Ed.), *Empathy from Bench to Bedside* (pp. 41-54). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2003). *Infant research and adult treatment: co-constructing interactions*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., & Sorter, D. (2005). *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. New York, NY: Other Press.
- Bellini, L. M., Baime, M., & Shea, J. A. (2002). Variation of mood and empathy during internship. *Journal of the American Medical Association*, 287, 3143–3146.
- Berrios Martos, M. P., Lopez-Zafra, E., Pulido-Martos, M. & Augusto, J. M. (2013). Are emotional intelligent workers also more empathic? *Scandinavian Journal of Psychology* 54, 407–414.
- Bognár, T., Kolosai, N., Hegedűs, K., & Pilling, J. (2001). „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét.” Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldokló gondozás nehézségeiről. *Lege Artis Medicinae*, 11(2), 154—162.
- Bóna, A., Kun B., Kökönyei Gy., & Demetrovics, Zs. (2013). Az affektív szabályozás zavarai és következményei. Evészavarok és addiktív betegségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 71–88.
- Borstad, M. (1998). Interszubsztivitás a dialektikus kapcsolatelmélet tükrében. *Pszichoterápia*, VII, 349-362.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss, Vol. 1, Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bride, B., E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice* 14(1), 27-36.

- Brotheridge, C.M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of „people work”. *Journal of Vocational Behavior*, *60*, 17-39.
doi:10.1006/jvbe.2001.1815
- Brown, N. C., Prashantham, B. J., & Abbott, M. (2003). Personality, social support, and burnout among human service professionals in India. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *13*, 320 – 324.
- Buda, B. (2006). *Empátia. A beleélés lélektana*. Budapest: Urbis.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology and Health*, *16*, 583–594.
- Caldwell, R. A., Pearson, J. L., & Chin, R. J. (1987). Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *13*(1), 5-17.
- Cheng, Y., Lin, C., Liu, H. L., Hsu, Y., Lim, K., Hung, D., & Decety, J. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Current Biology*, *17*, 1708-1713.
- Clarkson P. (1997). Kiegész - kedvezőtlen minták a segítő foglalkozásúak személyiségében. In: K. Szilágyi, A. Váry (szerk.), *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség (75-85)*. Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem.
- Cohen, S., Alper, C., Doyle, W., Treanor, J., & Turner, R. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, *68*(6), 809–815.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. In: N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59* (2-3), 73-102. (Serial no. 240).

- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621– 656.
- Csabai, M., & Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Csabai, M., Csörsz, I., & Szili, K. (2009). A gyógyító kapcsolat élménye. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Damasio A. R. (1994). *Descartes tévedése. Érzelem, értelem és az emberi agy*. Budapest: Aduprint, 1996.
- Darwall, S. (1998). Empathy, sympathy, care. *Philosophical Studies*, 89, 261-282.
- Davidson, R.J. (2002). Anxiety and affective style: role of prefrontal cortex and amygdala. *Biological Psychiatry*, 51, 68-80.
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder: Westview Press.
- Davis, M., H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 44, 113—123.
- Day, H. I., & Chambers, J. (1991). Empathy and burnout in rehabilitation counsellors. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 5, 33-34.
- Decety J., Yang C. Y., & Cheng Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage* 50, 1676–1682.
doi: 10.1016/j.neuroimage.2010.01.025
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004).The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. 3(2), 71—100.
- Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy versus personal distress: Recent evidence from social neuroscience. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 199-213). Cambridge, MA: MIT Press.

- Decety, J., & Svetlova, M. (2012). Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2, 1-24.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*. 87(9), 1243-1249.
- Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=DelCanale+S%2C+Louis+DZ%2C+Maio+V%2C+Wang+X%2C+Rossi+G%2C+Hojat+M%2C+Gonnella+JS>
- Devilley G. J., Wright R., & Varker T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43, 373-385.
- Dunwoodie, D.A., & Auret, K. (2007). Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *International Medical Journal*, 37(10), 693—698.
- Dymond, R. F. (1950). Personality and empathy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 343-350.
- Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2010). Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *Journal of the American Medical Association*. 304(11), 1173-1180.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1997). A kiégés fogalma. In: K. Szilágyi, A. Váry (szerk.), *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség* (9-25). Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem.
- Egan, J. & Carr, A. (2008). Body centred countertransference in female trauma therapists. *Éisteacht*, 8(1), 24-27.

- Eisenberg N., Smith, C. L., Sadovsky, A., & Spinrad, T. L. (2004). Effortful control: Relations with emotion regulation, adjustment, and socialization in childhood. In: R. F. Baumeister, K. D. Vols, (Eds.), *Handbook of self regulation: Research, theory, and applications* (pp. 259–282), New York, NY: Guilford Press.
- Eisenberg, N. (2002). Distinctions among various modes of empathy related reactions: A matter of importance to human relations. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 33-34.
- Eisenberg, N., & Eggum, N. D. (2011). Empathic Responding: Sympathy and Personal Distress. In J. Decety, W. Ickes (Eds.) *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 71-84). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Eisenberg, N., & Fabes, N. A. (1992). Emotion regulation and the development of social competence. In M. S. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology: Vol 14. Emotion and social behavior* (pp. 119-150). Newbury Park, CA: Sage.
- Eisenberg, N., & Okun, M. A. (1996). The Relations of Dispositional Regulation and Emotionality to Elders' Empathy-Related Responding and Affect While Volunteering. *Journal of Personality* 64(1), 157–183.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (Eds.) (1987). *Empathy and its development*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K. & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- Engel, G. L. (1977). The need of a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Erős, F., Lénárd, K., & Bókay, A. (szerk.) (2008). *Typus Budapestiensis. Tanulmányok a pszichoanalízis budapesti iskolájának történetéről és hatásáról*. Budapest: Thalassa.

- Eslinger, P. J. (1998). Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European Neurology*, 1998, 193-199
- Fekete S. (1991) Segítő foglalkozások kockázatai. Helfer szindóma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6(1), 17-29.
- Ferenczi, S. (1936/1996). A pszichoanalízis a gyakorló orvos szolgálatában. In S. Ferenczi (szerk.), *A pszichoanalízis rövid ismertetése* (pp. 55-56). Budapest: Animula
- Figley C.R. (Ed.) (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C., Figley (Ed.), *Compassion fatigue* (pp. 1-20). New York, NY: Brunner Mazel.
- Figley, C. R. (2012). The Empathic Response in Clinical Practice: Antecedents and Consequences. In: J. Decety (Ed.), *Empathy. From Bench to Bedside*, (263-274). London: The MIT Press.
- Finset, A. (2010). Emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*, 10 (Suppl), e020.
- Fitness, J., & Curtis, M. (2005). Emotional intelligence and the Trait Meta-Mood Scale: Relationships with empathy, attributional complexity, self-control, and responses to interpersonal conflict. *E-Journal of Applied Psychology: Social Section*, 1(1), 50-62. Retrieved from <http://sensoria.swinburne.edu.au/index.php/sensoria/article/viewFile/6/15>
- Flaskay, G. (2006). A vizontáttételről. *Pszichoterápia*, 15(6), 432-441.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology*, 9, 677-699.
- Fox, R. & Lief, H. (1963). Training for „detached concern”. In H. Lief (Ed.), *The Psychological Basis of Medical Practice* (pp 12-35). New York, NY: Harper & Row.

- Frances, R. J., Franklin, J., & Flavin, D. K. (1986). Suicide and alcoholism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 316–326.
- Freud, A. (1966/1994). *Az én és az elhárítómechanizmusok*. Budapest: Párbeszéd könyvek.
- Freud, S. (1932/2012). *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Budapest: Gabo Könyvkiadó és Kereskedelmi Kft.
- Freud, S., & Pfister, O. (1964). Psychoanalysis and faith. *The letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister*. In H. Meng, E. L. Freud (Eds.) Translated by Eric Mosbacher. New York, NY: Basic Books.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Frijda, N. H., & Mequita, B. (1994). The social roles and functions of emotions. In S. Kitayama, H. R. Markus (Eds.), *Emotion & culture: empirical studies of mutual influence* (51-87). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fülöp, E. (2013). Másodlagos traumatizáció és kiegész összefüggései az érzelmszabályozási folyamatokkal. In M. Csabai, J. N. Pintér (szerk.), *Pszichológia a gyógyításban* (167-190). Budapest: Oriold és társai.
- Fülöp, E., Devecsery, Á., & Csabai, M. (2012). Az érzelmi bevonódás és a kiegész összefüggései pszichiáter rezidensek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 201-217.
- Fülöp, E., Devecsery, Á., Hausz K., Kovács Zs., & Csabai, M. (2011) Relationship between empathy and burnout among psychiatry residents. *New Medicine*, 15(4), 143-147.
- Gallese, V. (2001). The 'shared manifold' hypothesis. From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 33-50.
- Ganster, D., & Schaubroeck, J. (1991). Work, stress, and employee health. *Journal of Management*, 17, 235–271.
- George, J. M. (1992). The role of personality in organizational life: Issues and evidence. *Journal of Management*, 18, 185–213.

- Gergely, Gy., & Watson, J.S. (1998). A szülői érzelmtükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9, 56-105.
- Glass, D. C., & McKnight J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychology & Health*, 11, 23–48.
- Gleichgerrcht, E., & Decety J. (2012). The Costs of Empathy among Health Professionals. In: J. Decety (Ed.), *Empathy. From Bench to Bedside* (245-262). London: The MIT Press.
- Goodwin, R., Cox, B., & Clara, I. (2006). Neuroticism and physical disorders among adults in the community: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 229–238.
- Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize Emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 95–110.
- Grandey, A. A. (2003). When „the show must go on”. Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46(1), 86-96.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gray, J.A. (1987). The neuropsychology of emotion and personality. In: S. M. Stahl, S. D. Iversen, E. C. Newman (Eds.), *The neurochemistry of personality*. New York, NY: Oxford University Press.
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 414-421.
- Greene, G. (1961/1989) *Gyógyulás*. Budapest: Európa Könyvkiadó.

- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Konarski, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work & Stress, 11* (3), 267 – 278.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224-237.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation. Second Edition* (pp. 3-20). New York, NY: The Guilford Press.
- Guthrie, E., Tattan, T., Williams, E., Black, D., & Bacliocotti, H. (1999). Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists. *Psychiatric Bulletin, 23*, 207-212.
- Győrffy Zs., Molnár R., & Somorjai N. (2012). Gyógyítók helyzete és egészsége – a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 13*(2), 107-126.
- Győrffy, Zs., & Ádám, Sz. (2004). Az egészségi állapot, a munka-stressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle, 11*(3), 107-128.
- Győrffy, Zs., Ádám, Sz., & Kopp, M. (2005). A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota — országos reprezentatív minta alapján. *Orvosi Hetilap, 146*, 1383—1391.
- Győrffy, Zs., Ádám, Sz., & Kopp, M. (2009). Morbiditás és háttértényezői a magyarországi orvosnők körében. *Lege Artis Medicinae, 19*(06—07), 423—430.
- Győrffy, Zs., Ádám, Sz., Harmatta, J., Túry, F., Kopp, M., & Szényei, G. (2008). Pszichiáter nők életminősége és egészségi állapota. In M. Kopp (szerk.), *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (356—365). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Győrffy, Zs., & Girasek, E. (2015). Az orvosok mentális egészsége – magyarországi reprezentatív vizsgálat. *Ideggyógyászati Szemle, 68*(7-8), 258-269.

- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69, 861-871.
- Halász, A. (2010). Áldás vagy átok? Gondolatok a pszichoanalitikus szubjektivitásáról. *Lélekelemzés*, V/2, 11-20.
- Halpern, J. (2001). *From Detached concern to Empathy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Halpern, J. (2012). Clinical Empathy in Medical Care. In J. Decety (Ed.), *Empathy from Bench to Bedside* (pp. 229-244). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Harmatta, J., Ádám, Sz., Györfly, Zs., Túry, F., & Szényei, G. (2010). A munkamegterhelés és a munkával kapcsolatos stressztényezők a magyarországi pszichiáterek körében. *Psychiatria Hungarica*, 25(5), 417-424.
- Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. L. (1994). *Emotional contagion*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Hatfield, E., Rapson, R. L., & Le, Y. L. (2011). Emotional Contagion and Empathy. In J. Decety, W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 19-30). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Hedges, L. E. (1992). *Interpreting the countertransference*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson, Inc.
- Hegedűs, K. (2000). A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiegészés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae* 10(5), 448-452.
- Hegedűs, K., & Kovács, M. (2008). A munkahelyi stressz hatása az egészségügyi dolgozókra. *Hippocrates*, 10(2), 60-64.
- Hegedűs, K., & Riskó, Á. (2006). Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi- és lelkiállapota. In M. Kopp, & M. Kovács (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (302—313). Budapest: Semmelweis Kiadó.

- Hézser, G. (1996) *Miért? Rendszerszemlélet és lelkipozózi gyakorlat.*
Pasztorálpszichológiai tanulmányok. Budapest: Kálvin János Kiadó.
- Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. In C. E. Izard, J. Kagan, & R. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognitions and behavior* (pp. 103-131). New York, NY: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice.* Cambridge: University Press.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Thomas, Nasca, J., Mangione, S. Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry.* 159(9), 1563–1569.
- Hojat, M., Vergare, M.J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of empathy in medical school. *Academic Medicine,* 84(9), 1182-1191.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hojat+Vergare+Maxwell>
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health,* 11, 240
doi:10.1186/1471-2458-11-240
- Houston, D. A. (1990). Empathy and the self: Cognitive and emotional influences on the evaluation of negative affect in others. *Journal of Personality and Social Psychology,* 59, 859-868.
- Hulsheger, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology,* 16(3), 361–389.
- Ickes, W. (1993). Empathic accuracy. *Journal of Personality,* 61, 587-610.

- Ickes, W. (1997). *Empathic accuracy*. New York, NY: Guilford Press.
- Izard, C. E. (1989). The structure and functions of emotions: Implications for cognition, motivation, and personality. Cohen, Ira S (Ed.), *The G. Stanley Hall lecture series, Vol. 9. The G. Stanley Hall lecture series (35-73)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- J. J. Gross, (Ed.) (2015). *Handbook of Emotion Regulation. Second Edition*. New York, NY: The Guilford Press.
- Jacobs, S. R., & Dodd, D. K. (2003). Student burnout as a function of personality, social support, and workload. *Journal of College Student Development, 44*(3), 291-303.
- Jawahar, I. M., Stone, T. H., & Kisamore, J. L. (2007). Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management, 14*, 142–159.
- Jenkins, S. R., & Maslach, C. (1994). Psychological health and involvement in interpersonally demanding occupations: A longitudinal perspective. *Journal of Organizational Behavior, 15*, 101-127.
- Jerabek, I. (2001). *Burn-out test (service fields)*. Retrieved from <http://testyourself.psychtests.com/testid/2079>
- Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology, 95*, 54-78.
- Jovanovic, N., Beezhold, J., Andlauer, O., Kuzman, M.R., Podlesek, A., Hanon, C., & Schultze, B. (2009). Burnout among psychiatry residents. *Die Psychiatrie, 2*, 75-79.
- Kállai J. (2007). Egészség és társas támogatás. In: J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*, (199-216). Budapest: Medicina.
- Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., Jacobson, E. E., Kirsch, I., Schyner, R. N., Nam, B. H., Nguyen, L. T., Park, M., Rivers, A. L.,

- McManus, C., Kokkotou, E., Drossman, D. A., Goldman, P., & Lembo, A. J. (2008). Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *British Medical Journal*, 336(7651), 999–1003.
doi: 10.1136/bmj.39524.439618.25.
- Karnieli-Miller, O., Vu, R., Holtman, M. C., Clyman, S. G., & Inui, T. S. (2010). Medical students' professionalism narratives: A window on the informal and hidden curriculum. *Academic Medicine*, 85, 124-133.
- Kelemen, G. (2009). Menekülés az empátia elől. *Addiktológia*, VIII.(2), 190-198.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relation between mode of observation and theory. In P. H. Ornstein (Ed.), *The Search for the Self, Vol. 1*, (pp. 205-232). New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1980). On empathy. In P. H. Ornstein (Ed.), *The Search for the Self. Selected writings of Heinz Kohut: 1978-1981. Vols 3-4*, (pp. 525-535). New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: The University of Chicago Press.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1992). *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Végeken Alapítvány.
- Kovács, M. (2006a). A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae Orvoslás és társadalom*, 16(11), 981–987.
- Kovács, M. (2006b). Ézelmi megterhelődés, lelki kiégés a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban. *Pszichoterápia*, 15(1), 19—25.
- Kovács, M. (2010). *Ézelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében*. Doktori értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem.
- Kovács, M., Kovács, E. & Hegedűs K. (2012). Az ézelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 219-241.

- Köhler, W. (1929). *Gestalt psychology*. Oxford: Liveright.
- Kököneyi Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban. Doktori disszertáció*.
Budapest: ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Krupat, E., Rosenkranz, S.L., Yeager, C.M., Barnard, K., Putnam, S.M., & Inui, T.S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39, 49-59.
- Kulcsár, Zs. (1996). *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Kulcsár, Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
- LeBlanc, P. M., Bakker, A. B., Peeters, M. C. W., van Heesch, N. C. A., & Schaufeli, W. B. (2001). Emotional job demands among oncology care providers. *Anxiety Stress & Coping*, 14, 243-263.
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 252–258.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic estimation of the correlates of three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123–133.
- Lee, T. R., & Ashforth, B. E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369 – 398.

- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment of burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M.P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress & Coping* 7, 357–373.
- Lewis, M.D., & Stieben, J. (2004). Emotion regulation in the brain: conceptual issues and directions for developmental research. *Child Development*, 75, 371-376.
- Liakopoulou, M., Panaretaki, I., Papadakis, V., Katsika, A., Sarafidou, J., Laskari, H., Anastasopoulos, I., Vessalas, G., Bouhoutsou, D., Papaevangelou, V., Polychronopoulou, S., & Haidas, S. (2008). Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. *Support Care Cancer*, 2, 143—150.
- Macnaughton, J. (2009). The dangerous practice of empathy. *Lancet*, 373, 1940-1941.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in Health Professions. A Social Psychological Analysis. In: G. S. Sanders, & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (227-247). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Maslach, C, Schaufeli, W.B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113.
- Maslach, C., Leiter, M.P., & Schaufeli, W.B. (2008). Measuring burnout. In C.L. Cooper, & L.S. Cartwright (eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being* (86—108). Oxford: Oxford University Press.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 3-31). New York, NY: Basic Books.

- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131–149.
- McCray, L. W., Cronholm, P. F., Bogner, H. R., Gallo, J. J., & Neill, R. A. (2008). Resident Physician Burnout: Is there Hope? *Family Medicine, 40*(9), 626-632.
- McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 555–565.
- Mead, G. H. (1934/1967). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mészáros, V., Ádám, Sz., Szabó, M., Szigeti, R. & Urbán, R. (2013). The Bifactor Model of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)-An Alternative Measurement Model of Burnout. *Stress Health*.
doi: 10.1002/smi.2481.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation. The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*, 77-102.
- Miller, K., Birkholt, M., Scott, C., & Stage, C. (1995). Empathy and burnout in human service work: An extension of a communication model. *Communication Research, 22*(2), 123-147.
- Miller, K.I., Stiff, J.B., & Ellis, B.H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human services workers. *Communication Monographs, 55*, 336-341.
- Mooradian, T. A , Davis, M., & Matzler K. (2011). Dispositional empathy and the hierarchical structure of personality. *American Journal of Psychology, 124*(1), 99-109.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1997). Managing emotions in the workplace. *Journal of Managerial Issues, 9*, 257–274.

- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2010). *Mplus user's guide* (6th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best Practices in Mental Health, 6*(2) 57-68.
- Newton, B. W., Savidge, M. A., Barber L., Cleveland E., Clardy J., Beeman G., & Hart T. (2000). Differences in medical students' empathy. *Academic Medicine, 75*, 1215.
- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., & Gabrieli, J. D. (2002). Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience, 14*, 1215-1229.
- Ogden, T. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York, NY: Jason Aronson.
- Ogus, D., Greenglass, E., & Burke, R. J. (1990). Gender role differences, work stress and depersonalization. *Journal of Social Behavior and Personality, 5*, 387-398.
- Okun, M. A., Shepard, S. A., & Eisenberg, N. (2000). The relations of emotionality and regulation to dispositional empathy-related responding among volunteers-in-training. *Personality and Individual Differences, 28*, 367-382.
- Oláh, A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és az optimális élmény*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Pálfi, F. (2003). Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? — A kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér, 16*(6), 3—9.
- Páll, N., & Fülöp, E. (2013). Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása a gyermekápolókra. *Nővér, 26*(5), 3-11.
- Papp, Sz., & Túry, F. (2010). A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota. *Lege Artis Medicinae, 20*(6—7), 423—429.

- Park, K., Wilson, M. G., & Lee, M. S. (2004). Effects of social support at work on depression and organizational productivity. *American Journal of Health Behavior*, 28 (5), 444 – 455.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine- A critical review. *Patient Education and Counseling*, 76, 307-322.
- Piaget, J. (1932/1997). *The moral judgment of the child*. New York, NY: Free Press Paperbacks.
- Pikó, B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek - munkahelyi stressz - társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11(4), 318-325.
- Pikó, B., & Piczil, M. (1998). Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 8(10), 728 - 734.
- Pilling, J. (2008). Az orvos-beteg konzultáció. In J. Pilling (Szerk.), *Orvosi kommunikáció* (pp.46-66). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Pines, A. M. (2004). Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work Stress*, 18(1), 66-80.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York, NY: Free Press.
- Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burn-out in mental health settings. *Hospital & Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Pohl, R. F., Bender, M., & Lachmann, G. (2005). Autobiographical memory and social skills of men and women. *Applied Cognitive Psychology*, 19, 745–759.

- Polk, D. E., Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., & Kirschbaum, C. (2005). State and trait affect as predictors of salivary cortisol in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, *30*, 261–272.
- Preston, S. D., & de Wall, F. B. M. (2002). Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behaviour and Brain Sciences*, *25*, 1-72.
- Ptacek, J. T., & Ptacek, J. J. (2001). Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *19*, 4160-4164.
- Purebl, Gy. (2012). A kiegészi szindróma megelőzése. In Zs. Unoka, Gy. Purebl, F. Túry, & I. Bitter (Szerk.), *A pszichoterápia alapjai* (pp. 261-265.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Raquepaw, J., & Miller, R. (1989). Psychotherapist burnout: a componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* *20*, 32-36.
- Ray, E. B., & Miller, K. I. (1994). Social support, home/work stress and burnout: Who can help? *Journal Applied Behavioral Science*, *30*(3), 357-373.
- Reik, T. (1949). *Listening with the third ear: The inner experience of the psychoanalyst*. New York, NY: Grove.
- Reilly, N. P. (1994). Exploring a Paradox: Commitment as a Moderator of the Stressor-Burnout Relationship. *Journal of Applied Social Psychology*. *24*(5), 397-414.
- Reiss, H. (2010). Empathy in medicine – A neurobiological perspective. *Journal of American Medical Association*, *304*(14), 1604-1605.
- Riskó, Á. (1999). *A test a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába*. Budapest: Animula.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, *3*(2), 131-41.

- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Rogers, C. (2003). *Valakivé válni. A személyiség születése*. Budapest: Edge Kiadó.
- Rothschild, B. & Rand, M. (2006). *Help for the helper: Self care strategies for managing burnout and stress*. London: W. W. Norton & Company.
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros, E., Skrabski, Á., & Kopp, M. (2003). A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18(2), 83-94.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 544-550.
- Russell Hochschild, A. (1983). *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Russell, D. W., Altmaier, E., & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72 (2), 269 – 274.
- Salovey, P., Mayer, J. D., & Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. In C. R. Synder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 159-171), New York, NY: Oxford.
- Schaufeli, W. B., Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study & Practice: A Critical Analysis*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.

- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E., & Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology, 141*(4), 523- 536.
- Selye, J. (1976). *Stress in Health and Disease*. Boston: Butterworth.
- Servellen, G. V., & Leake, B. (1993). Burn-out in hospital nurses: A comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. *Journal of Professional Nursing, 9*(3), 169—177.
- Shapiro, J. (2012). The paradox of Teaching Empathy in Medical Education. In: J. Decety (Ed.), *Empathy. From Bench to Bedside* (275-290). London: The MIT Press.
- Shirom A., & Melamed S. (2006). A Comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal Stress Management, 13*(2), 176-200.
- Simon, C. R., & Durand-Bush, N. (2009). Learning to self-regulate multi-dimensional felt experiences: the cases of four female medical students. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 4*(4), 228–244.
- Simon, C. R., & Durand-Bush, N. (2014). Differences in psychological and affective well-being between physicians and resident physicians: Does high and low self-regulation capacity matter? *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice, 4*, 1-19.
Retrieved from <http://www.psywb.com/content/4/1/19>
- Simon, M., Herold, R., Fekete, S., & Tényi, T. (2007). A tükörneuronok avagy újabb adatok az interszubsztívitás neurobiológiájáról. *Psychiatria Hungarica, 22*, 418—429.
- Smith, A. (1759/1976). *The theory of moral sentiments*. Oxford: Clarendon Press.
- Snyder, J. L. (2007). *Extending the empathic communication model of burnout: A search for alternative ways to reduce caregiver burnout*. (online)
Retrieved from

<http://proquest.umi.com/pqdlink?did=1367840331&Fmt=7&clientId=79356&RQT=309&VName=PQD>

- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology 1982* (pp.290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sommer, M., Hajak, K., Dohnel, K., Meihardt, J., & Muller, J. L. (2008). Emotion-dependent modulation of interference processes: An fMRI study. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 68, 193-203.
- Staub, E. (1987). Commentary on part I. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 103-115). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 203-216.
- Stern, D. N. (2002). *A csecsemő személyközi világa*. Budapest: Animula.
- Stolorow, R. D. (2013). Intersubjective-Systems Theory: A Phenomenological-Contextualist Psychoanalytic Perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 383–389.
DOI: 10.1080/10481885.2013.810486
- Szicsek, M. (2004). Kiegészés és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharón, Thanatológiai Szemle*, 8(1-2), 88-131.
- Tandori Kovács, M. (2010). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiegészés az egészségügyi dolgozók körében*. Doktori értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem. (online) Retrieved from http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/tandarikovacsMariann.d.pdf
- Taylor, G. J. (2010). Affects, trauma, and mechanisms of symptom formation: A tribute to John C. Nemiah, MD (1918–2009). *Psychotherapy & Psychosomatics*, 79(6), 339–349.

- Thoresen, C. J., Kaplan, S. A., Barsky, A. P., Warren, C. R., & de Chermont, K. (2003). The affective underpinnings of job perceptions and attitudes: a meta-analytic review and integration. *Psychological Bulletin*, *129*(6), 914–945.
- Truax, C. B., Altmann, H., & Millis, W. A. (1974). Therapeutic relationships provided by various professionals. *Journal of Community Psychology*, *2*, 33–36.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, *24*, 107-118.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Van Minnen, A., & Keijsers, P. (2000). A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *31*, 189-200.
- Van Rooy, D. L., & Viswesvaran, C. (2004). Emotion intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, *65*, 71-95.
- van Zanten, M., Boulet, J. R., Norcini, J. J., & McKinley, D. (2005). Using a standardised patient assessment to measure professional attributes. *Medical Education*, *39*(1), (20-29).
- Vanheule, S., Lievrouw, A., & Verhaeghe P. (2003). Burnout and intersubjectivity: A psychoanalytical study from Lacanian perspective. *Human Relation*, *56*(3), 321-338.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 2nd ed. (pp 78-101). New York, NY: Guilford Press.

- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 314-321.
- Wispé, L. (1987). History of the concept of empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 17-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zammuner, V. L., Lotto, L., & Galli, C. (2003). Regulation of Emotions in the helping professions: nature, antecedents and consequences. *Australian e-Journal of Advancement of Mental Health*, *2*(1), 1–13.
- Retrieved from <http://www.academicpub.org/fpbs/paperInfo.aspx?paperid=1491>
- Zani, B., & Pietrantonio L. (2001) Gender differences in burnout, empowerment and somatic symptoms among health professionals: Moderators and mediators. *Equal Opportunities International* *20* (1/2), 39-48.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological strain: A review of the literature and some Conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, *12*, 237–268.
- Zapf, D., & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, *15*(1), 1-28.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, *16*, 527–545.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *8*, 371–400.

MELLÉKLETEK

1. melléklet Páciens-Orvos Központú Skála (PPOS)

Kérjük, értékelje, mennyire ért egyet az alábbi állításokkal, a következők szerint:

- 1 – teljesen egyetértek
- 2 – nagyrészt egyetértek
- 3 – egyetértek
- 4 – nem értek egyet
- 5 – nagyrészt nem értek
- 6 – egyáltalán nem értek egyet

1. Az orvos dönti el, hogy miről van szó a vizsgálat során.	1	2	3	4	5	6
2. Az orvostudomány fejlődése együtt jár az egészségügyi ellátás elszemélytelenedésével.	1	2	3	4	5	6
3. Az orvosi vizsgálat legfontosabb része a fizikai vizsgálat.	1	2	3	4	5	6
4. Sok esetben jobb, ha a páciens nem kap teljes körű magyarázatot az állapotáról.	1	2	3	4	5	6
5. Jobb, ha a páciensek bíznak az orvosaik tudásában, és nem saját maguk próbálnak tájékozódni az állapotukról.	1	2	3	4	5	6
6. Ha az orvos túl sokat akar tudni a páciens háttéréről, kíváncsiskodónak tűnik.	1	2	3	4	5	6
7. Ha egy orvos valóban jó a diagnózisalkotásban és a kezelésben, akkor a páciensekhez való viszonyulása nem olyan fontos.	1	2	3	4	5	6
8. Sok páciens még akkor is kérdezősködik, amikor már semmi újat nem hall.	1	2	3	4	5	6
9. A pácienseket, az orvossal hatalomban és státuszban egyenrangú partnerként kellene kezelni.	1	2	3	4	5	6
10. A páciensek az egészségükre vonatkozó információk helyett, sokkal inkább a folyamatos megerősítésre vágnak.	1	2	3	4	5	6
11. Ha egy orvos alapvetően nyitott és melegszívű, nem számíthat túl sok sikerre.	1	2	3	4	5	6
12. Ha a páciens nem ért egyet az orvosával, az a tiszteletlenség, és bizalmatlanság jele.	1	2	3	4	5	6
13. Egy kezelési terv nem lehet sikeres, ha nincs összhangban a páciens életmódjával vagy értékeivel.	1	2	3	4	5	6
14. A legtöbb páciens olyan gyorsan akar túl lenni az orvosi vizsgálaton, amilyen gyorsan csak lehetséges.	1	2	3	4	5	6
15. A páciensnek mindig tudnia kell, hogy az orvosé a felelősség.	1	2	3	4	5	6
16. Páciens betegségének kezeléséhez, nem olyan fontos ismerni kultúráját, háttérét.	1	2	3	4	5	6
17. A humor az egyik fő tényezője a páciens kezelésének.	1	2	3	4	5	6
18. Ha a páciensek saját maguk néznek utána az orvosi kezelésnek az inkább összezavarja őket, mint segít.	1	2	3	4	5	6

2. melléklet

Interperszonális Reaktivitás Index (IRI)

Kitöltési útmutató: A következő állítások az ön különböző szituációkban átélt gondolataira és érzéseire kérdeznek rá. Kérem, olvassa el az állításokat alaposan, és ítélje meg, hogy mennyire jellemzőek azok önre. Használja a következő 5 fokú skálát. Kérjük, mindig csak egy számot jelöljön meg.

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-----------------------------|---|---|---------------------|---|
| | Egyáltalán nem jellemző rám | | | Nagyon jellemző rám | |
| 1. Elég gyakran álmodozom és fantáziálok olyan dolgokról, amelyek megtörténhetnek velem..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Gyakran gondolok aggodalommal és együttérzéssel azokra az emberekre, akiknek a sorsa kevésbé szerencsés, mint az enyém..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Olykor nehézséget okoz, hogy a dolgokat a másik személy nézőpontjából ítéljem meg..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Megesik, hogy nem nagyon szomorít el mások problémája..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Nagyon bele tudom élni magam egy regényhős érzéseibe..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Veszélyhelyzetben szorongás fog el és igen kényelmetlenül érzem magam..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Általában tárgyilagos maradok, ha filmet vagy színdarabot nézek, nem élem bele magam teljesen a cselekménybe..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Vitás kérdésekben megpróbálom minden egyes vitapartner nézőpontját figyelembe venni, mielőtt magam döntenék..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ha azt látom, hogy valakit kihasználnak, többnyire felveszem a „védő” szerepét..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Olykor tehetetlennek érzem magam, ha erős érzelmekkel teli szituációba kerülök..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Olykor úgy próbálom megérteni barátaimat, hogy elképzelem, milyenek lehetnek a dolgok az ő nézőpontjukból tekintve..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ritkán fordul velem elő, hogy teljesen elmerülök egy jó könyvben vagy filmben..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Megpróbálok nyugodt maradni, ha azt látom, hogy valakit megsértettek..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

14. Mások balszerencsége nem szokott túlzottan igénybe venni.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
15. Ha tudom, hogy valamiben igazam van, nem vesztegetem az időmet azzal, hogy mások érveit végighallgassa.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
16. Miután megnéztem egy színdarabot vagy filmet, úgy érzem magam, mintha én lettem volna az egyik szereplő.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
17. Megriadok, ha érzelmileg feszült helyzetbe kerülök.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
18. Olykor nem érzek túl nagy sajnálatot, ha azt látom, hogy igazságtalanul bánnak valakivel.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
19. Vészhelyzetben általában elég jól megállom a helyemet.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
20. Többnyire érzékenyen érintenek azok az események, amelyeknek tanúja vagyok.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
21. Azt hiszem, minden kérdésnek két oldala van, ezért megpróbálom mindkettőt megismerni.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
22. Lágyszívű emberként jellemezhetném magam.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
23. Ha egy jó filmet nézek, könnyen bele tudom képzelni magam a főhős helyébe.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
24. Vészhelyzetekben elveszítem a fejem.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
25. Ha valami felidegesít, általában leállok egy percre, és megpróbálom magam a másik helyébe képzelni.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
26. Ha egy érdekes novellát vagy regényt olvasok, elképzelem, hogy én mit éreznék, ha mindaz, amiről szó van, velem történne.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
27. Nagyon kikészülök, ha azt látom, hogy valakinek nagy szüksége volna segítségre, mert vészhelyzetbe került.....0 – 1 – 2 – 3 – 4
28. Mielőtt bárkit kritizálnék, megpróbálom elképzelni, hogy érezném magam az ő helyében.....0 – 1 – 2 – 3 – 4

3. melléklet

Maslach Kiégési Leltár (MBI)⁹

Az alábbiakban 22 állítást olvashat a munkájával kapcsolatban. Mindegyik mellett 0-6-ig egy számsort talál, melyen jelölje meg, milyen fokban jellemző az állítás Önre. A 0 azt jelenti, hogy soha nem érezte, a 6 pedig azt, hogy mindennap érzi, míg a többi szám értelemszerűen egyre növekvő gyakoriságot jelent.

1. A munkám érzelmileg kimerít.	0 1 2 3 4 5 6
2. A nap végére elhasználnak érzem magam.	0 1 2 3 4 5 6
3. Kimerültnék érzem magam, mikor reggel egy újabb munkanappal kell szembenéznem.	0 1 2 3 4 5 6
4. Könnyen meg tudom érteni, hogyan éreznek az emberek különböző dolgokkal kapcsolatban.	0 1 2 3 4 5 6
5. Úgy érzem munkám közben már úgy kezelem az embereket, mintha személytelen tárgyak lennének..	0 1 2 3 4 5 6
6. Egész nap emberekkel foglalkozni igazán kimerítő, és feszültségkeltő számomra.	0 1 2 3 4 5 6
7. Nagyon hatékonyan tudok foglalkozni a munkám során hozzám forduló emberek problémáival.	0 1 2 3 4 5 6
8. Kiegyégtnek érzem magam a munkámtól.	0 1 2 3 4 5 6
9. Úgy érzem, munkámon keresztül pozitívan tudom befolyásolni más emberek életét.	0 1 2 3 4 5 6
10. Mióta ezt a munkát végzem, érzéketlenebbé váltam az emberek iránt.	0 1 2 3 4 5 6
11. Attól tartok, hogy ez a munka érzelmileg megkeményít.	0 1 2 3 4 5 6
12. Tele vagyok energiával.	0 1 2 3 4 5 6
13. Frusztrálnak érzem magam a munkámtól.	0 1 2 3 4 5 6
14. Úgy érzem, hogy túlságosan keményen dolgozom.	0 1 2 3 4 5 6
15. Valójában nem törődök azzal, hogy mi történik azokkal az emberekkel, akikkel foglalkoznom kell.	0 1 2 3 4 5 6
16. Túl sok stresszt okoz számomra az, hogy emberekkel dolgozom.	0 1 2 3 4 5 6
17. Munkám közben képes vagyok megnyugtató légkört kialakítani a hozzám fordulókkal.	0 1 2 3 4 5 6
18. Felüdültnek érzem magam a munkám után.	0 1 2 3 4 5 6
19. Sok értékes dolgot tettem az eddigiekben a munkám során.	0 1 2 3 4 5 6
20. Úgy érzem, hogy erőim végén tartok.	0 1 2 3 4 5 6
21. A munkám során képes vagyok nyugodtan és higgadtan foglalkozni mások érzelmi problémáival	0 1 2 3 4 5 6

⁹ Az első vizsgálatban a 22 tételes MBI-t használtuk, a 2. és 3. vizsgálatban pedig Ádám és Mészáros (2012) validáló tanulmánya alapján a 19 tételes verziót, melyben a 22 tételből a 14., 21. és 22. tétel maradt ki.

22. A munkám végzése közben úgy érzem, hogy az emberek a saját problémáik miatt is engem hibáztatnak.	0 1 2 3 4 5 6
---	---------------

4. melléklet

Másodlagos Traumatizációs Stressz Skála (STSS)

A kérdőív a súlyos traumán átesett páciensekkel való munka élményét vizsgálja. Mindegyik állításnál jelölje, hogy milyen mértékben volt Önre jellemző az adott kijelentés az elmúlt időszakban. Karikázza be a megfelelő számot, az alábbiak szerint.

- 1 – soha
- 2 – ritkán
- 3 – alkalmanként
- 4 – gyakran
- 5 – nagyon gyakran

1. Érzelmileg lefagytam.	1	2	3	4	5
2. Amikor a pácienseimmel való munkámra gondoltam, kalapálni kezdett a szívem.	1	2	3	4	5
3. Olyan volt, mintha a páciensem traumáját én is átéltem volna.	1	2	3	4	5
4. Alvásproblémáim voltak.	1	2	3	4	5
5. Elbizonytalanodtam a jövőt illetően.	1	2	3	4	5
6. Felzaklatott minden, ami a pácienseimmel való munkámra emlékeztetett.	1	2	3	4	5
7. Nem igazán volt kedvem másokkal lenni.	1	2	3	4	5
8. Idegesnek éreztem magam.	1	2	3	4	5
9. Nem voltam olyan aktív, mint általában.	1	2	3	4	5
10. Akkor is a páciensekkel való munkámra gondoltam, amikor nem akartam.	1	2	3	4	5
11. Nehezen tudtam koncentrálni.	1	2	3	4	5
12. Elkerültem azokat az embereket, helyeket, dolgokat, amik a páciensekkel való munkámra emlékeztettek.	1	2	3	4	5
13. Felzaklató álmaim voltak a páciensekkel való munkámról.	1	2	3	4	5
14. Volt néhány páciensem, akikkel el akartam kerülni a találkozást.	1	2	3	4	5
15. Ingerlékeny voltam.	1	2	3	4	5
16. Rossz előérzetem volt.	1	2	3	4	5
17. Észrevettem, hogy kiesett az emlékezetemből néhány dolog a klienssel való találkozásról.	1	2	3	4	5

5. melléklet

Érzelemszabályozási Nehézségek Skála (DERS)

Kérdőív 3.: Kérjük, jelölje be, hogy az alábbi állítások milyen gyakran igazak Önre!

1. szinte soha (az esetek 0-10%-ában)
2. néha (az esetek 11-35%-ában)
3. kb. az esetek felében (az esetek 36-65%-ában)
4. legtöbbször (az esetek 66-90%-ában)
5. szinte mindig (az esetek 91-100%-ában)

DERS	1	2	3	4	5
1. Tisztában vagyok az érzéseimmel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Odafigyelek arra, amit érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Az érzelmeimet nyomasztónak és irányíthatatlannak élem meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fogalmam sincs arról, hogyan érzek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nehezen tudok értelmet tulajdonítani az érzéseimnek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Figyelemmel vagyok az érzéseimre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pontosan tudom, hogy mit érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Törődöm azzal, hogy mit érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Össze vagyok zavarodva az érzéseimmel kapcsolatban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Amikor zaklatott vagyok, tudomásul veszem az érzéseimet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Amikor valami felzaklat, mérges leszek magamra, hogy így érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Amikor zaklatott vagyok, akkor kínosan érzem magam emiatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Amikor zaklatott vagyok, nem tudom végezni a munkám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az önuralmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy sokáig fog tartani ez az állapot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Amikor valami felzaklat, azt gondolom, hogy a végén nagyon lehangolt leszek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy az érzelmeim megalapozottak és fontosak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Amikor valami felzaklat, nehezen tudok másra összpontosítani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Amikor felzaklat valami, úgy érzem, elveszítem a kontrollt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Attól, hogy zaklatott vagyok, még el tudom látni a feladataimat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Amikor zaklatott vagyok, szégyellem magam, hogy így érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Amikor zaklatott vagyok, tudom, hogy meg fogom találni a módját, hogy végül jobban érezzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Amikor valami felzaklat, úgy érzem, mintha gyenge lennék.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Amikor zaklatott vagyok, akkor is úgy érzem, hogy úrrá tudok lenni a viselkedésemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Amikor felzaklat valami, lelkiismeret furdalásom van emiatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok koncentrálni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok uralkodni magamon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy semmit sem tehetek azért, hogy jobban érezzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Amikor zaklatott vagyok, bosszankodom, hogy így érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Amikor zaklatott vagyok, akkor elkezdem nagyon rosszul érezni magam amiatt, hogy így érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Amikor zaklatott vagyok, úgy érzem, hogy csak annyit tudok tenni, hogy belesüppedek ebbe az állapotba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az irányításomat a viselkedésem felett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok bármi másra gondolni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ha felzaklat valami, időt szánok arra, hogy kitaláljam, hogyan is érzek valójában.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ha felzaklat valami, hosszú ideig tart, míg újra jól érzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Amikor zaklatott vagyok, az érzelmeim nyomasztanak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. melléklet

Szomatikus tünetek

Az elmúlt félévben milyen gyakorisággal tapasztalta az alábbi tüneteket?

	soha	ritkán	időnként	gyakran
Fejfájás	0	1	2	3
Hát/derékfájás	0	1	2	3
Szopora/szabálytalan szívdobogás	0	1	2	3
Alvásproblémák	0	1	2	3
Gyomorproblémák	0	1	2	3
Hasmenés (nem fertőzés következményeként)	0	1	2	3
Fokozott fáradtságérzés	0	1	2	3
Egyéb:	0	1	2	3

7. melléklet

Társas Támogatás Kérdőív

Nehéz élethelyzetben mennyire számíthat az alábbiak segítségére?

	egyáltalán nem	kevésbet	átlagosan	nagyon
szülő				
szülő, amíg élt				
házastárs				
házastárs, amíg élt				
élettárs				
iskolatárs				
szomszéd				
munkatárs				
barát				
gyermek				
rokon				
segítő foglalkozású				
egyházi csoport				
egyesület, polgári csoport				

8. melléklet

Észlelt Stressz Kérdőív

Az alábbi kérdések azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt AZ ELMÚLT HÓNAP SORÁN jellemezték. Kérjük, hogy minden egyes kérdésnél írja be, hogy az elmúlt hónap során MILYEN GYAKRAN volt jellemző Önre az adott érzés vagy gondolat! Néhány kérdés ugyan hasonlóknak tűnik, de valójában különbözőek, ezért kérjük, hogy valamennyit külön kérdésként kezelje! A legjobb, ha minden kérdésre gyorsan válaszol. Tehát ne próbálja megszámolni, hogy hányszor érezte magát egy adott módon, hanem írja be azt a választ, ami a leginkább jellemzőnek tűnik!

	Soha	Szinte soha	Néha	Elég gyakran	Nagyon gyakran
1. Az elmúlt hónap során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esemény miatt?	1	2	3	4	5
2. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében?	1	2	3	4	5
3. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és „stresszesnek”?	1	2	3	4	5
4. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kezelte sikeresen a hétköznapi bosszúságokat?	1	2	3	4	5
5. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte, hogy sikeresen meg tudott küzdeni fontos változásokkal az életében?	1	2	3	4	5
6. Az elmúlt hónap során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit?	1	2	3	4	5
7. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?	1	2	3	4	5
8. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy nem tud eleget tenni minden kötelezettségének?	1	2	3	4	5
9. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kezelni a bosszúságokat életében?	1	2	3	4	5
10. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a helyzet magaslatán áll?	1	2	3	4	5
11. Az elmúlt hónap során milyen gyakran dühítették fel olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni?	1	2	3	4	5

	Soha	Szinte soha	Néha	Elég gyakran	Nagyon gyakran
12. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kapta magát azon, hogy az elvégzendő feladatain gondolkozik?	1	2	3	4	5
13. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kézben tartani az időbeosztását?	1	2	3	4	5
14. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?	1	2	3	4	5

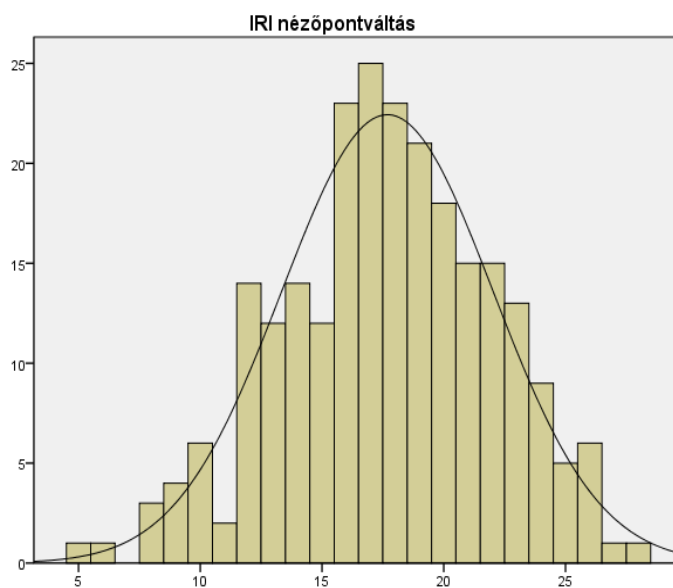
9. melléklet Normalitás vizsgálatok

1. vizsgálat

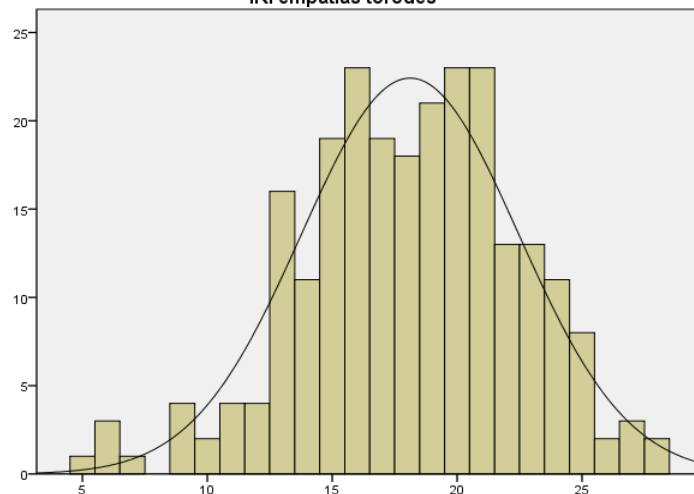
Kis elemszámnál (mint amilyen az első vizsgálat N=64), ha Kolmogorov- Smirnov próba nem szignifikáns, akkor a skála normál eloszlású. Nagyobb elemszámnál azonban a teszt túl érzékeny, ezért a 2. és 3. vizsgálatban a normalitás megítélése a hisztogramok alapján történt.

	Kolmogorov-Smirnov	
		p
PPOS összpont	,111	,076
PPOS megosztás	,097	,200
PPOS törődés	,146	,002
IRI nézőpont	,087	,051
IRI fantázia	,110	,200
IRI empátiás törődés	,122	,019
IRI distressz	,124	,016
STSS gond.	,107	,071
STSS elkerülés	,140	,004
STSS arousal	,101	,181
STSS összpont	,092	,200
MBI érzelmi kimerülés	,079	,200
MBI deperszonalizáció	,097	,200
MBI szem. hat.	,098	,195

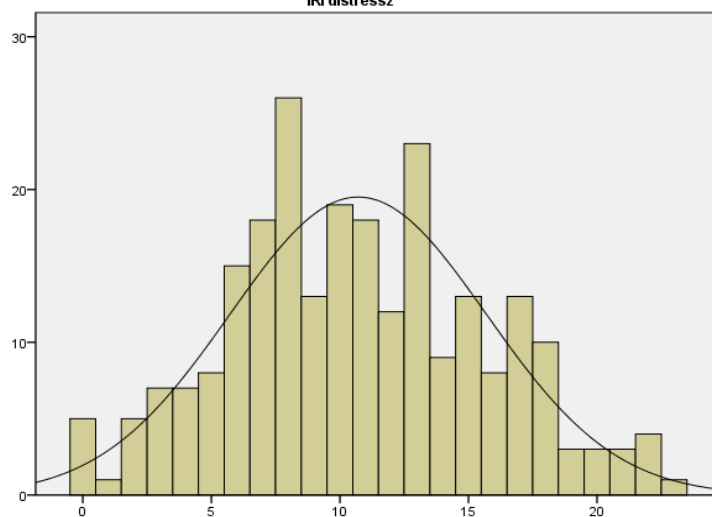
2. vizsgálat



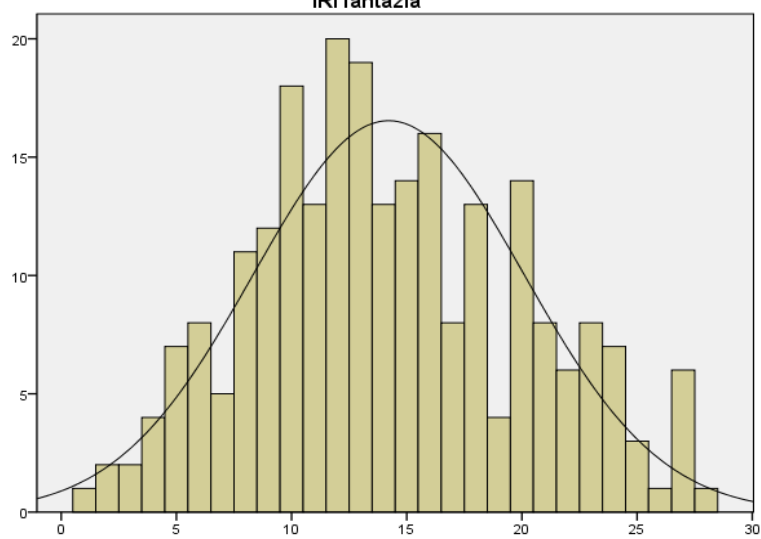
IRI empátias törődés



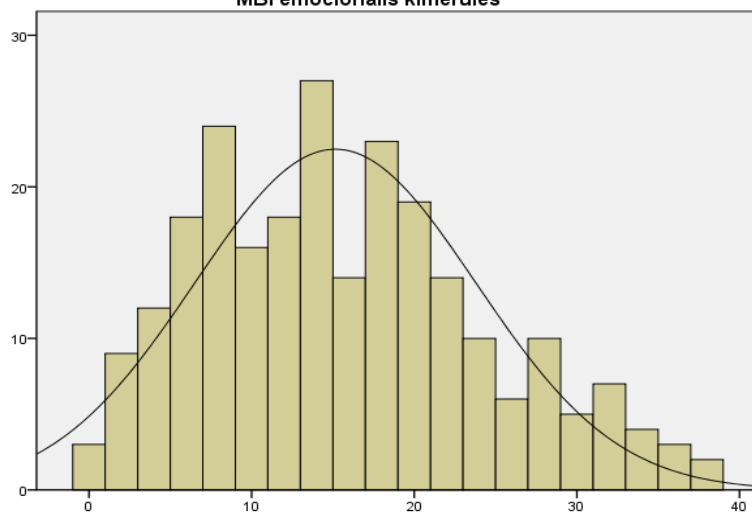
IRI distressz



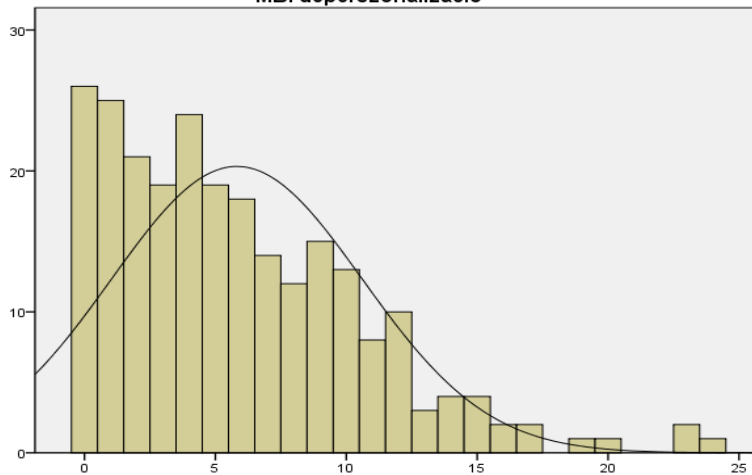
IRI fantázia



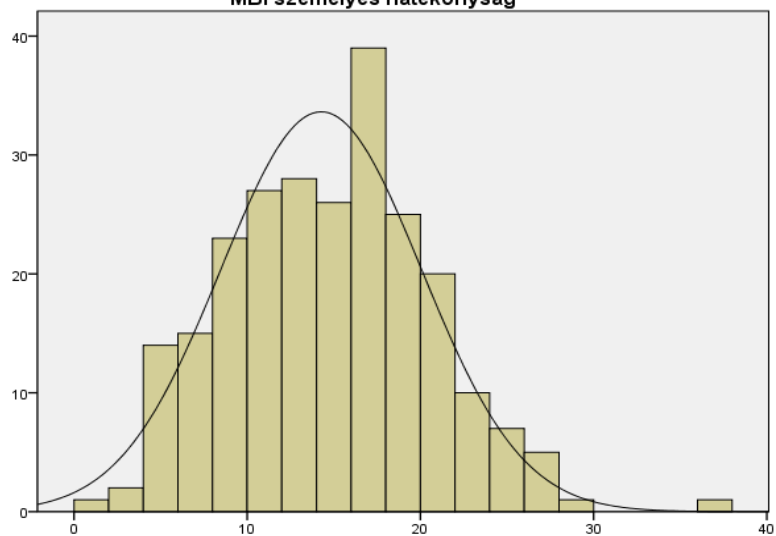
MBI emocionális kimerülés

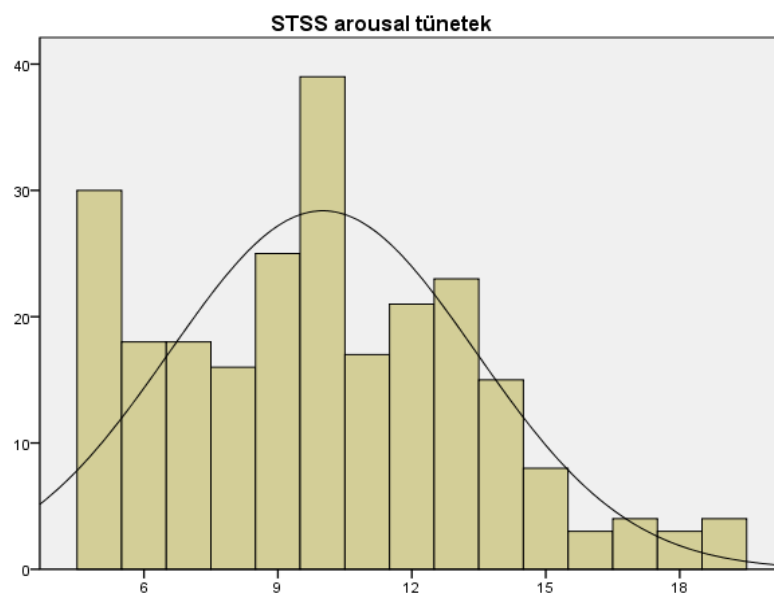
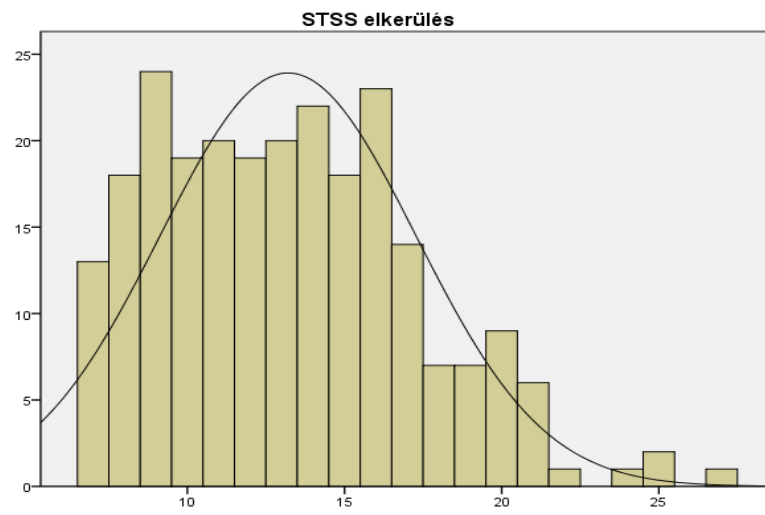
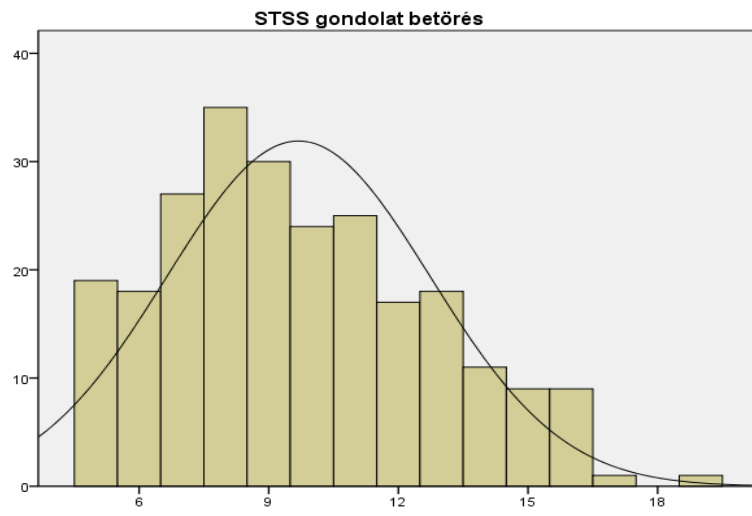


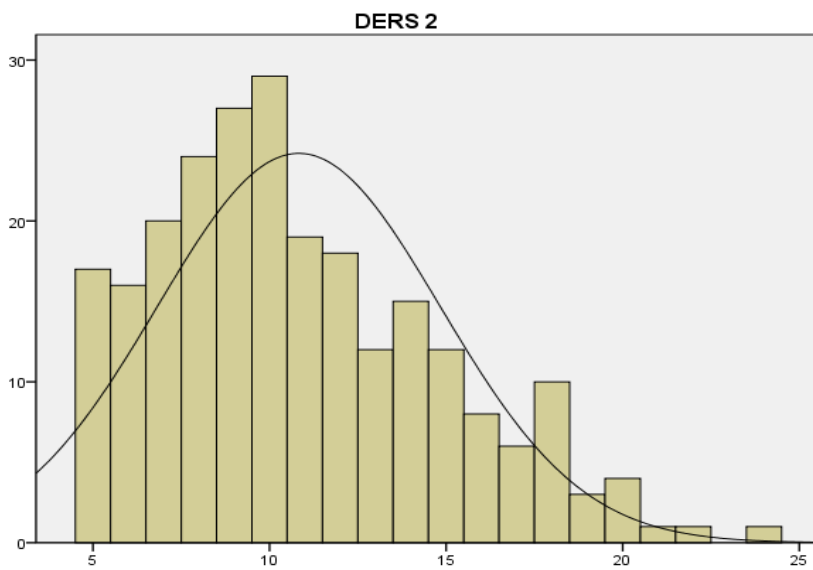
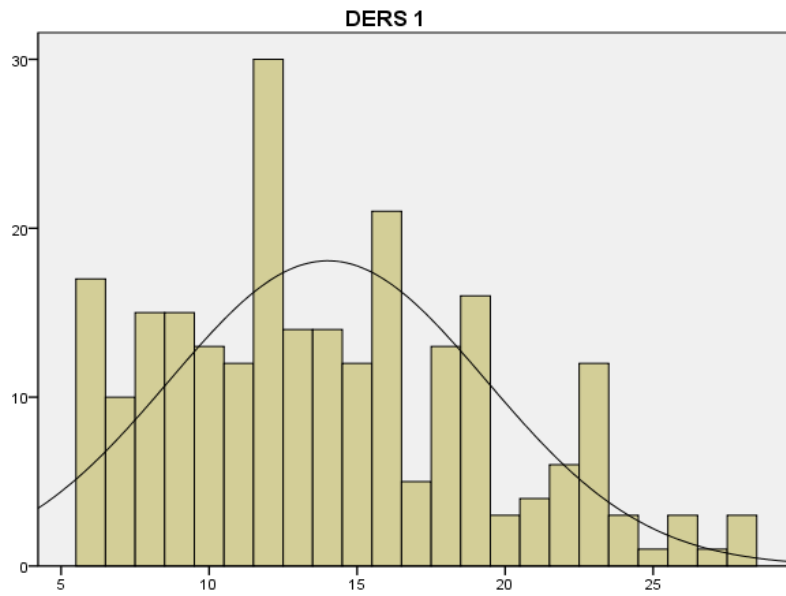
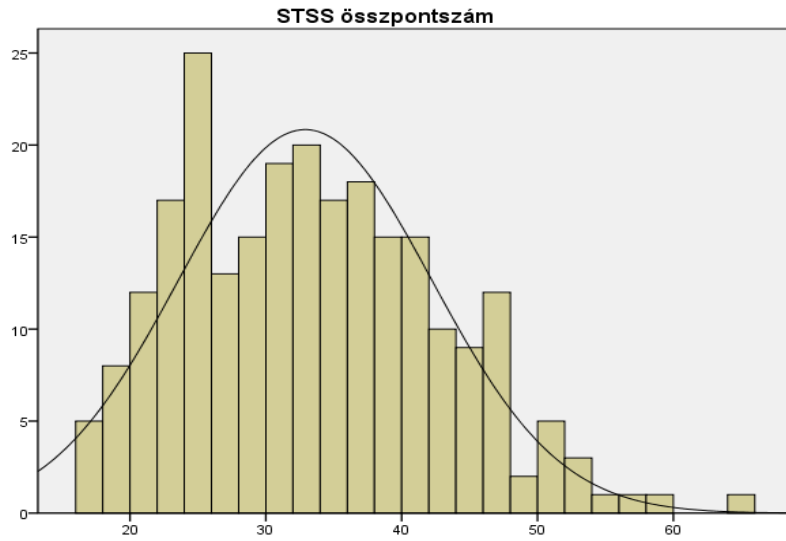
MBI deperszonalizáció



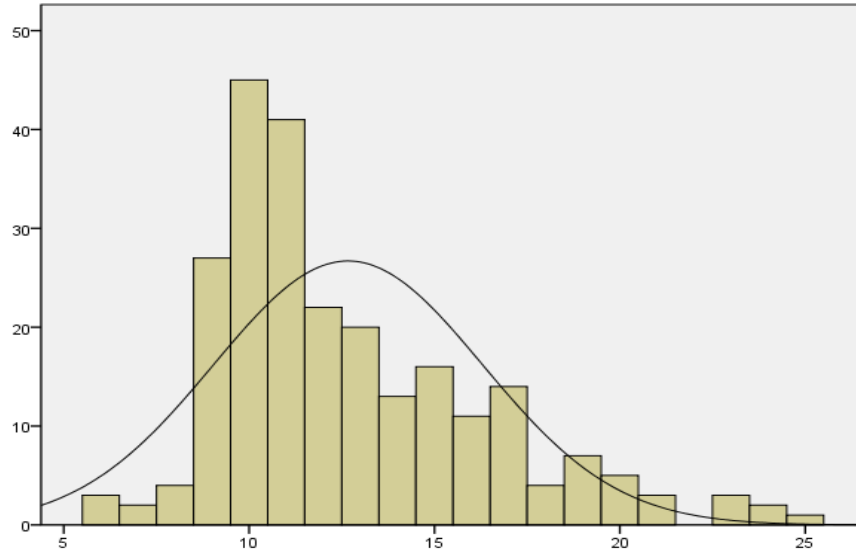
MBI személyes hatékonyság



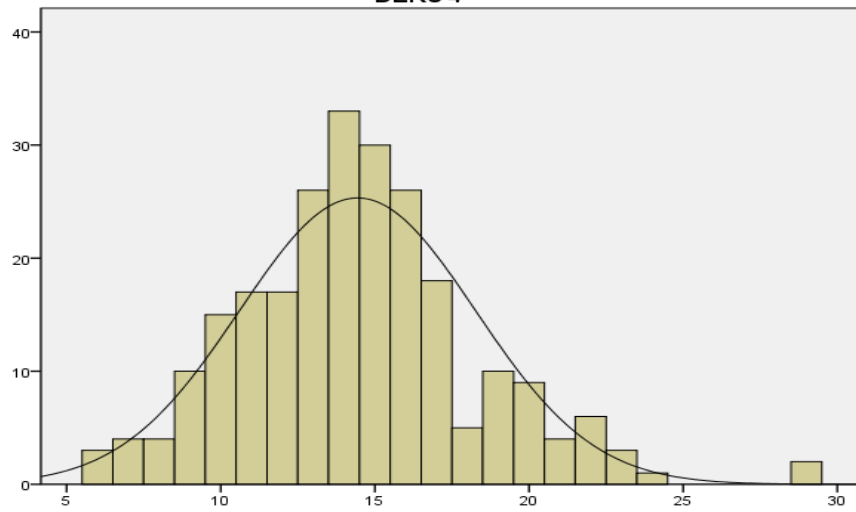




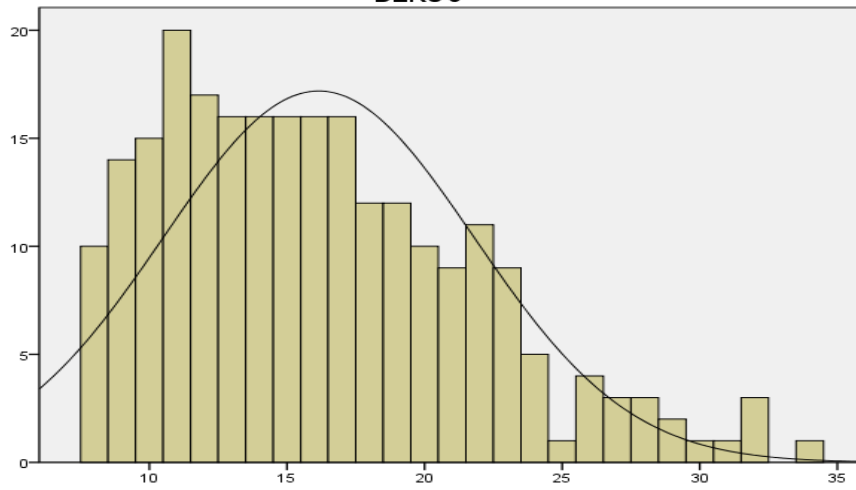
DERS 3



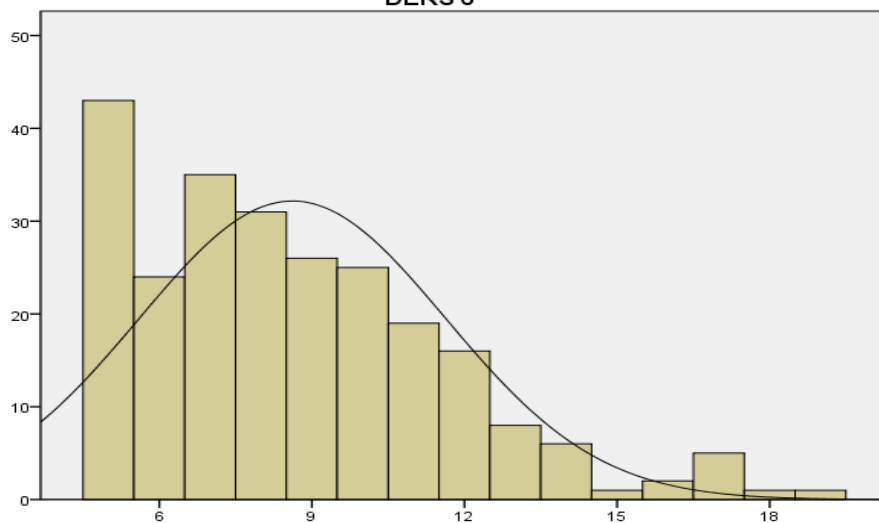
DERS 4



DERS 5



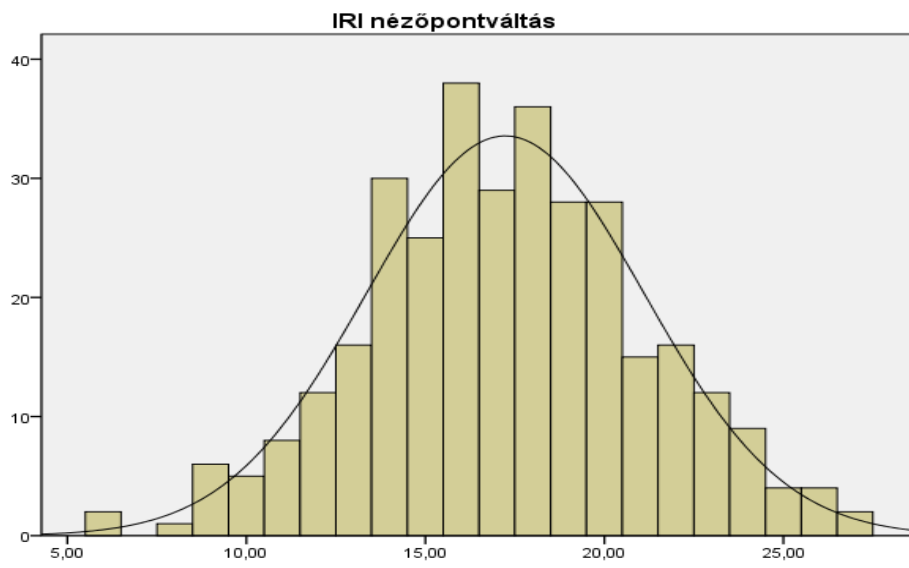
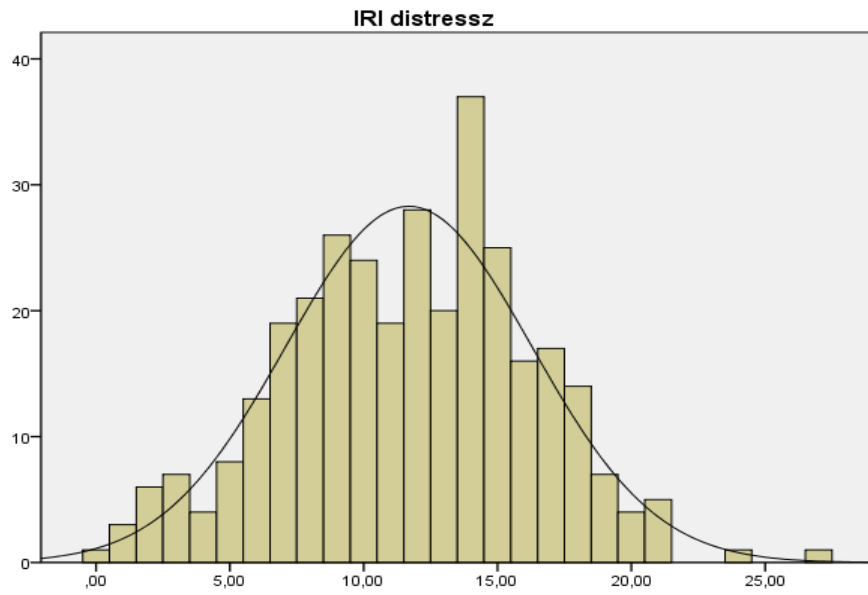
DERS 6

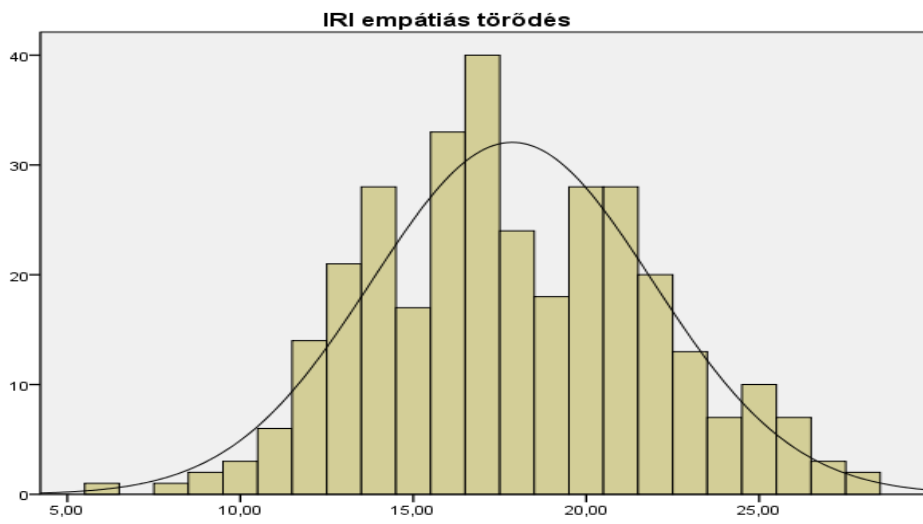
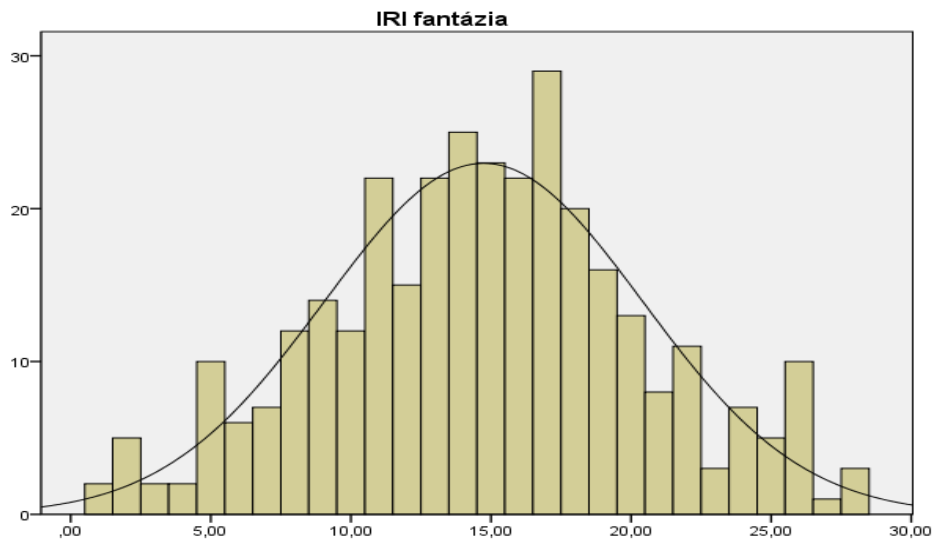


szomatizáció

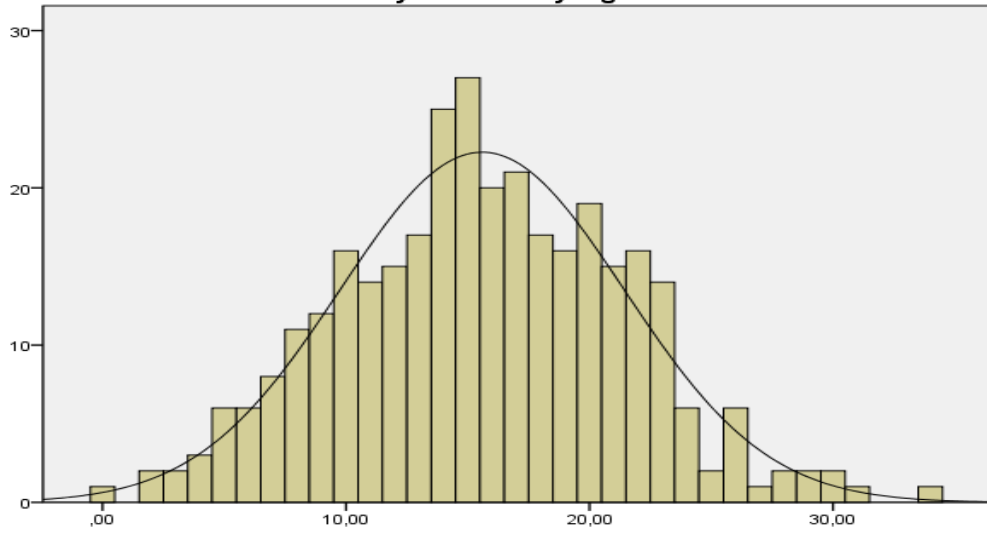


3. vizsgálat

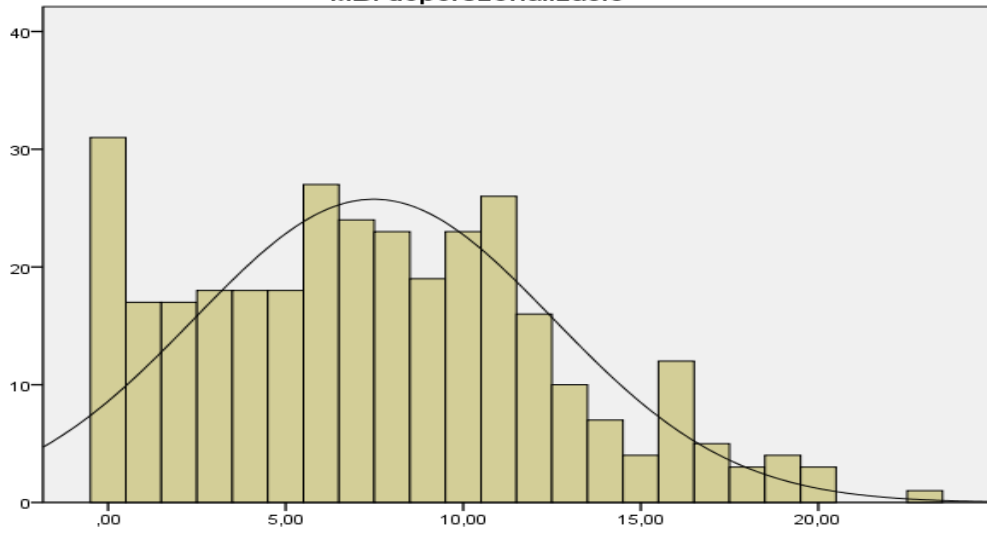




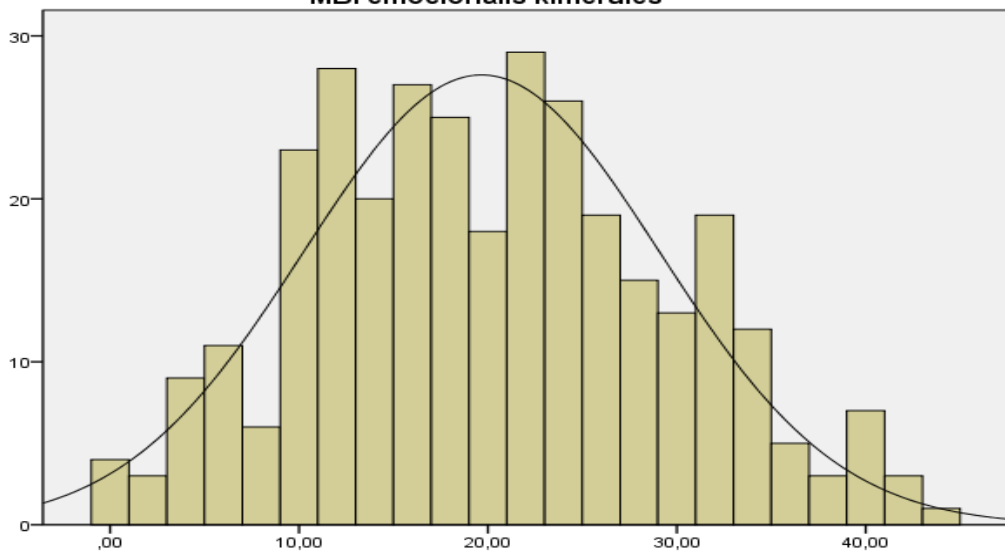
MBI személyes hatékonyság csökk.

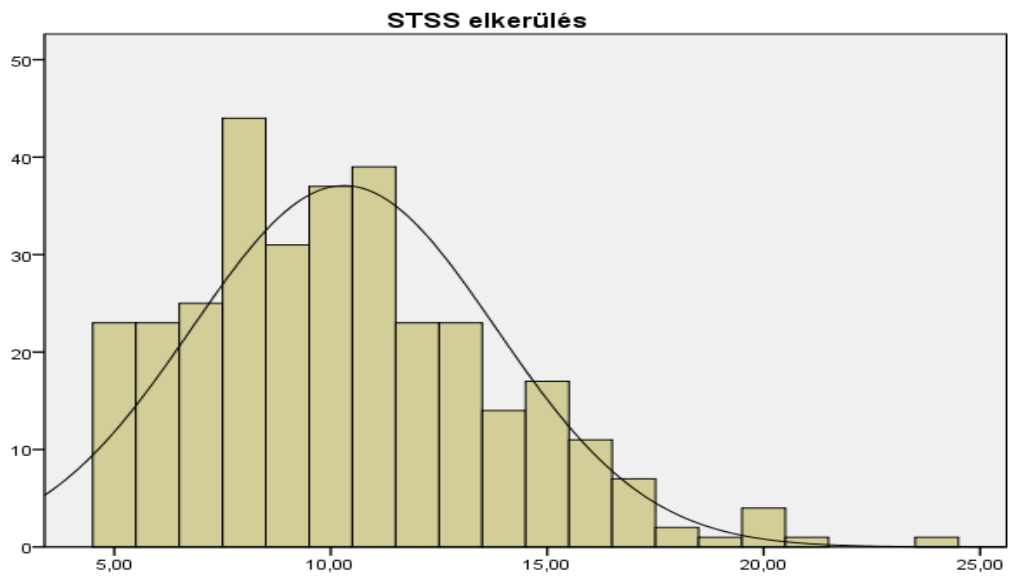
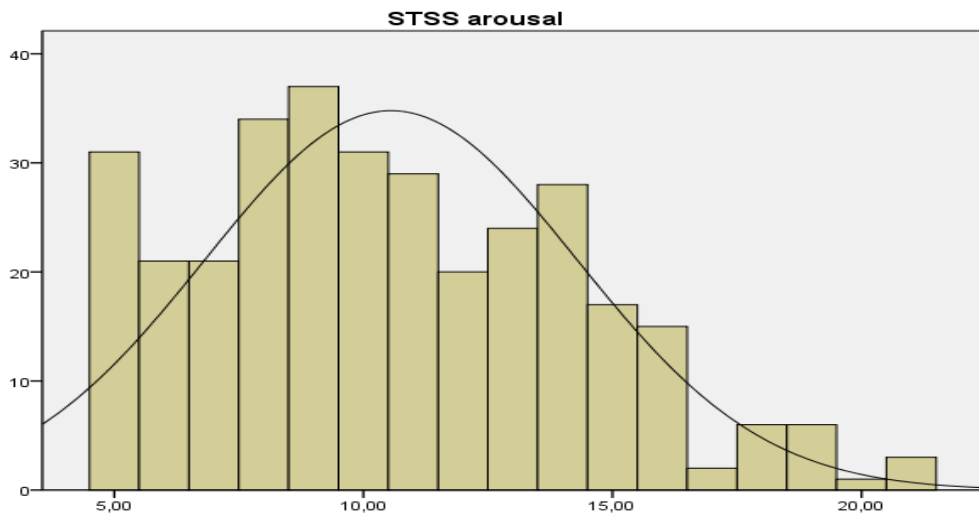
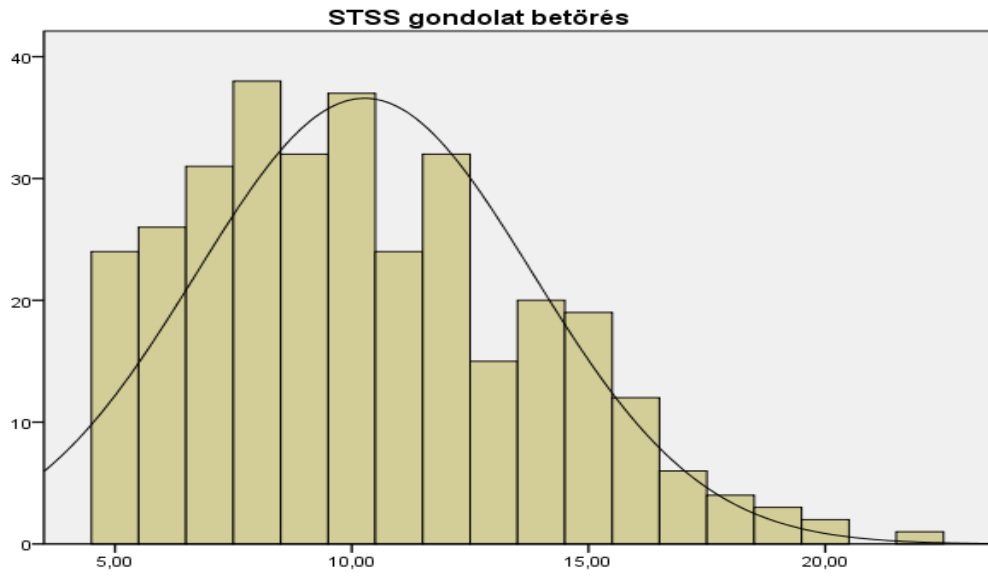


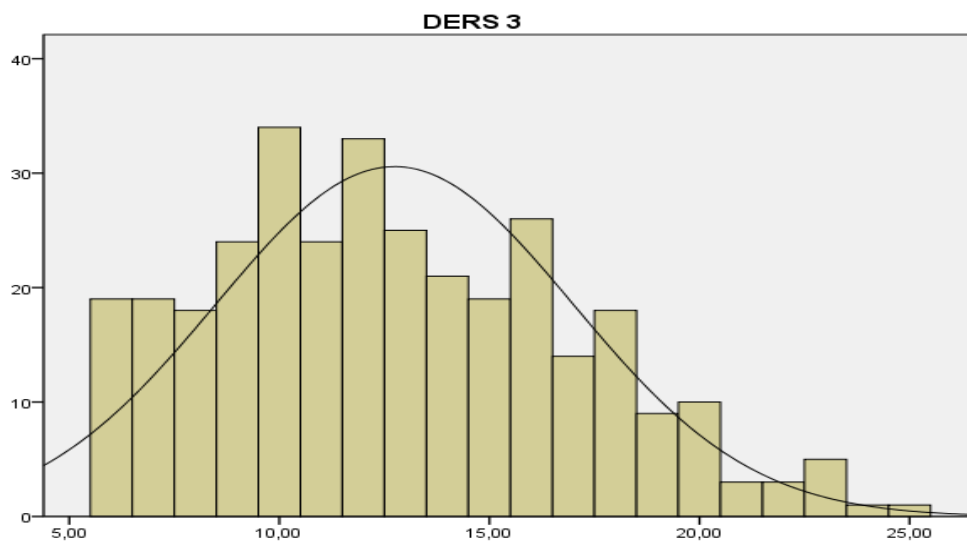
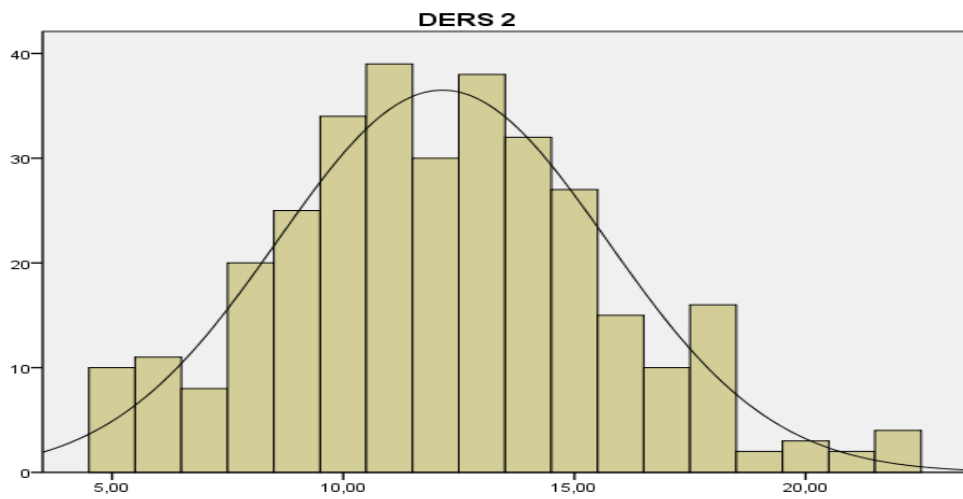
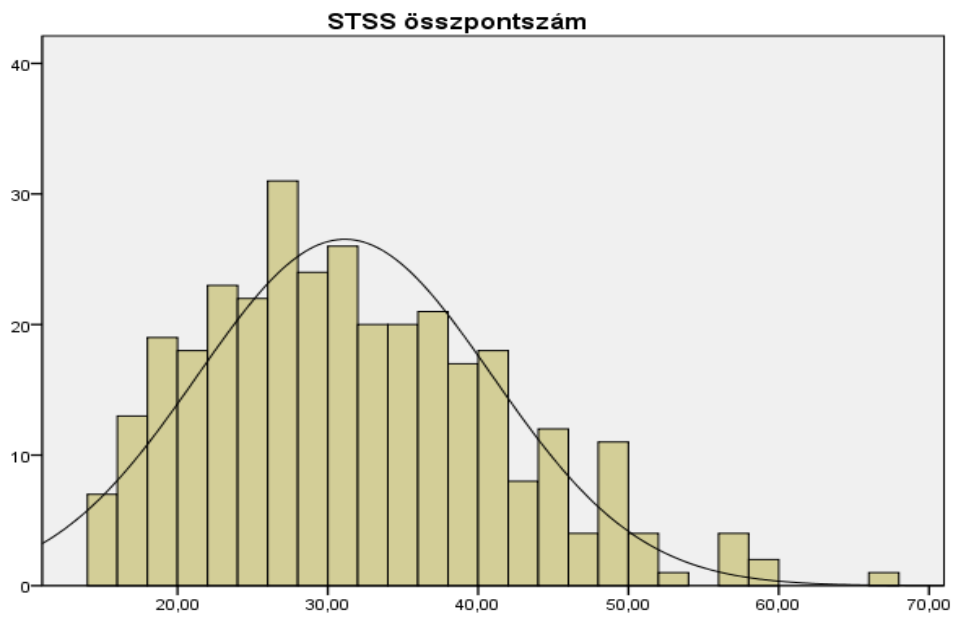
MBI deperszonalizáció



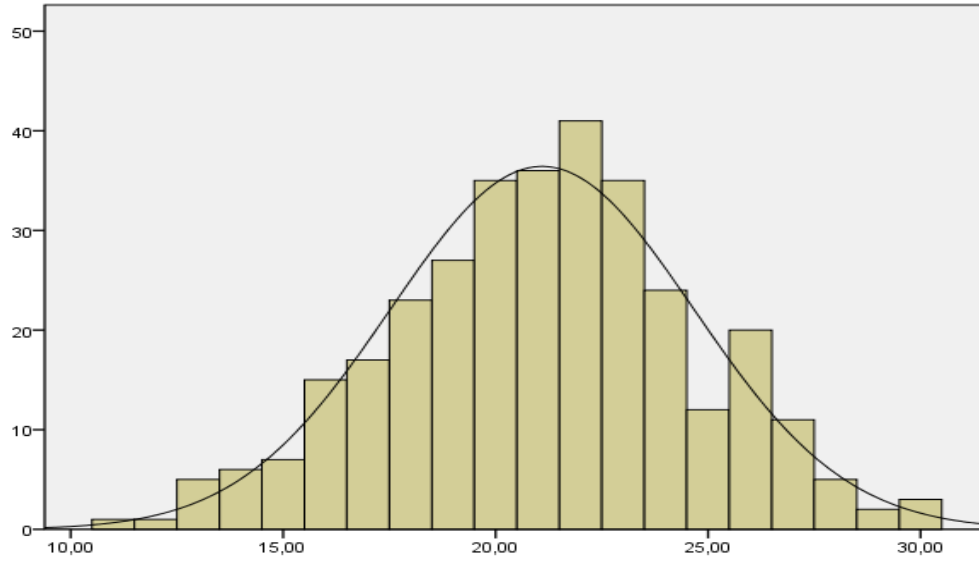
MBI emocionális kimerülés



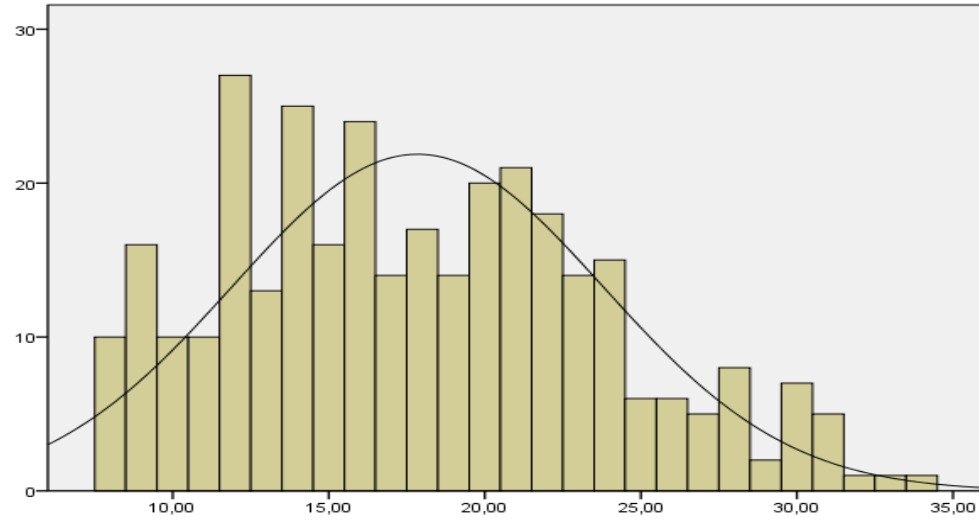




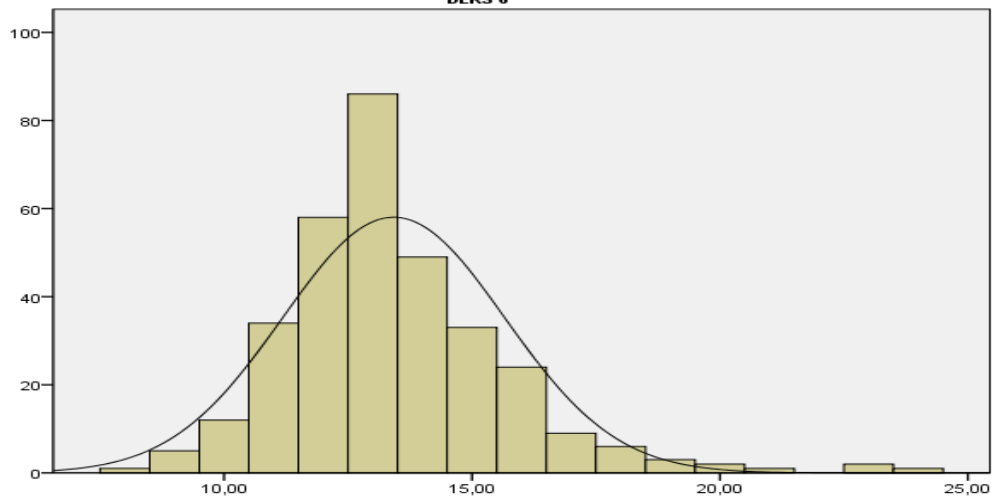
DERS 4

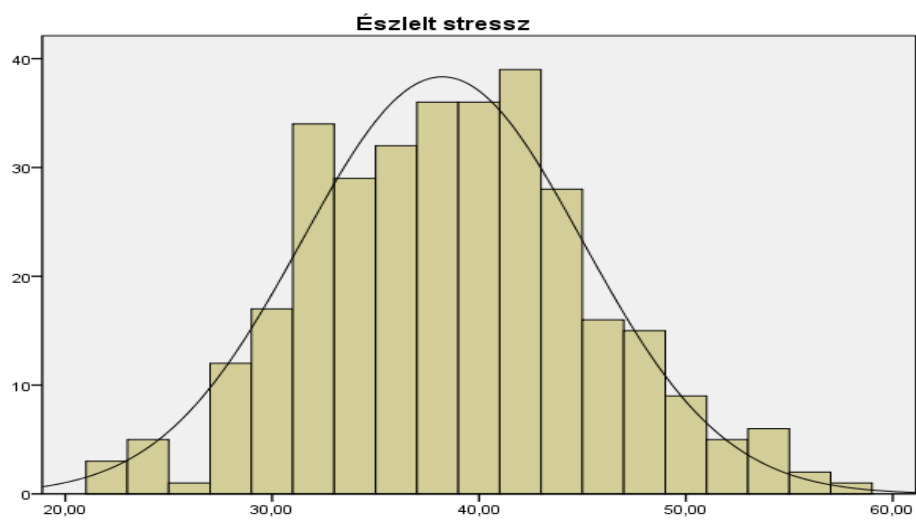
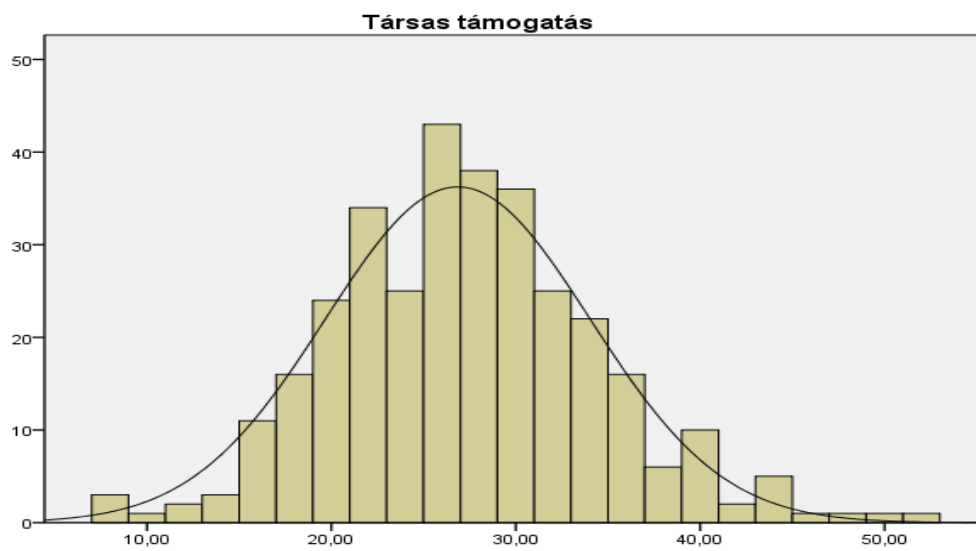
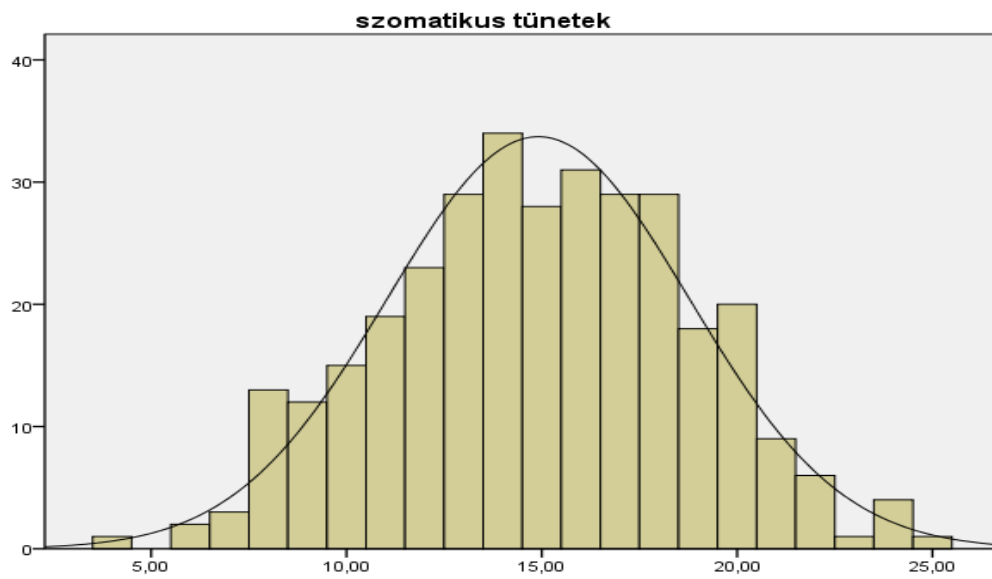


DERS 5



DERS 6





10. melléklet

2. vizsgálat változóinak korrelációi

	STSS gondolat	STSSelkerülés	STSS arousal	STSS összpont
MBI emoc.kimer.	0,397**	0,513**	0,471**	0,526**
MBI depersz.	-0,014	0,325**	0,227**	0,223**
MBI szem.hat.	-0,037	0,082	0,039	0,040

*p < 0,05; **p < 0,01

	szomatikus tünetek
stss gondolat	0,298**
stss elkerülés	0,311**
stss arousal	0,325**
stss összpont	0,352**
MBI emoc.kimer.	0,495**
MBI depersz.	0,125
MBI szem.hat.	0,110

*p < 0,05; **p < 0,01

	IRI perspektíva v.	IRI emp. törődés	IRI distressz	IRI fantázia
MBI emoc. kimerül.	-0,090	-0,075	0,341**	0,135*
MBI depersz.	-0,258**	0,388**	0,070	-0,043
MBI szem.hat.csökk.	-0,336**	-0,287**	0,032	-0,197**

*p < 0,05; **p < 0,01

	IRI perspektívav.	IRI emp. törődés	IRI distressz	IRI fantázia
stss gondolat	0,147*	0,431**	0,401**	0,187**
stss elkerülés	0,023	0,169**	0,369**	0,120
stss arousal	-0,026	0,244**	0,389**	0,135*
stss összpont	0,049	0,314**	0,441**	0,161**

*p < 0,05; **p < 0,01

	DERS 1	DERS 2	DERS 3	DERS 4	DERS5	DERS 6
MBI emoc.kimer.	0,361**	0,386**	0,392**	0,160*	0,429**	0,300**
MBI depersz.	0,174**	0,302**	0,321**	0,180**	0,290**	0,277**
MBI szem.hat.	0,075	0,337**	0,159*	0,314**	0,257**	0,256**

*p < 0,05; **p < 0,01

	DERS 1	DERS 2	DERS 3	DERS 4	DERS5	DERS 6
stss gondolat	0,344**	0,177**	0,218**	0,045	0,370**	0,237**
stss elkerülés	0,435**	0,317**	0,324**	0,150*	0,487**	0,391**
stss arousal	0,424**	0,365**	0,373**	0,128*	0,510**	0,315**
stss összpont	0,455**	0,330**	0,352**	0,132**	0,521**	0,362**

*p < 0,05; **p < 0,01

	DERS 1	DERS 2	DERS 3	DERS 4	DERS5	DERS 6
IRI perspektíva v.	-0,079	-0,231**	-0,290**	-0,241**	-0,204**	-0,197**
IRI emp.törődés	0,155*	-0,031	-0,044	-0,165**	0,111	-0,047
IRI distressz	0,449**	0,324**	0,260**	0,163*	0,459**	0,298**
IRI fantázia	0,100	0,144*	0,072	-0,059	0,133*	0,090

*p < 0,05; **p < 0,01

11. melléklet

3. vizsgálat változóinak korrelációi

	IRI fantázia	IRI distressz	IRI perspektívaváltás	IRI emp. tör.
DERS 1	,088	,430**	-,130*	-,066
DERS 2	,236**	,441**	-,158**	-,048
DERS 3	,118*	,451**	-,296**	-,185**
DERS 4	,154**	-,103	,266**	,260**
DERS 5	,148**	,525**	-,227**	-,092
DERS 6	-,091	,079	-,108	-,137*

*p < 0,05; **p < 0,01

	MBI szem. hat.	MBI Deperszonalizáció	MBI érzelmi kimerülés
DERS 1	,235**	,296**	,403**
DERS 2	,177**	,233**	,414**
DERS 3	,334**	,421**	,461**
DERS 4	-,440**	-,277**	-,160**
DERS 5	,334**	,329**	,461**
DERS 6	,007	,212**	,461**

*p < 0,05; **p < 0,01

	STSS gondolat	STSS arousal	STSS elkerülés	STSS összpont
DERS 1	,414**	,416**	,455**	,474**
DERS 2	,318**	,405**	,385**	,404**
DERS 3	,368**	,467**	,511**	,493**
DERS 4	-,080	-,154**	-,199**	-,162**
DERS 5	,381**	,464**	,487**	,490**
DERS 6	,124*	,224**	,234**	,211**

*p < 0,05; **p < 0,01

	MBI szem. hat.	MBI depersz.	MBI érz. kimer.
STSS gond.	,017	,242**	,340**
STSS arousal	,068	,306**	,428**
STSS elker.	,154**	,412**	,523**
STSS öszs.	,094	,351**	,476**

*p < 0,05; **p < 0,01

	MBI szem. hat.	MBI depersz.	MBI érz. kimer.
IRI distressz	,215**	,202**	,338**
IRI perspektívaváltás	-,369**	-,247**	-,130*
IRI empátiás törődés	-,269**	-,371**	-,092
IRI fantázia	-,158**	-,157**	,083

*p < 0,05; **p < 0,01

	STSS elkerülés	STSS gondolat	STSS arousal	STSS össz.
IRI distressz	,419**	,414**	,353**	,436**
IRI perspektíaváltás	-,138*	-,022	-,084	-,090
IRI empátiás törődés	-,120*	,040	-,048	-,041
IRI fantázia	,116*	,274**	,169**	,207**

*p < 0,05; **p < 0,01

12. melléklet

Útvonalelemzések

2. vizsgálat

2. vizsgálat 1. modell (11. ábra)

Útvonal	Béta	S.E. Béta	t	p
IRI Empátiás törődés→MBI deperszonalizáció	-0.398	0.052	-7.677	0.000
IRI Perspektívaváltás→MBI deperszonalizáció	-0.111	0.059	-1.892	0.058
MBI Emocionális kimerülés→ MBI deperszonalizáció	0.417	0.049	8.581	0.000
IRI Perspektívaváltás→ IRI Empátiás törődés	0.410	0.050	8.124	0.000
DERS összes→ IRI Perspektívaváltás	-0.275	0.065	-4.245	0.000
DERS összes→ IRI Distressz	0.475	0.054	8.830	0.000
IRI Distressz→STSS összes	0.247	0.069	3.590	0.000
DERS összes→ STSS összes	0.365	0.076	4.788	0.000
STSS összes →MBI Emocionális kimerülés	0.395	0.058	6.819	0.000
DERS összes→ MBI Emocionális kimerülés	0.267	0.059	4.490	0.000
MBI Deperszonalizáció→MBI Személyes hatékonyság csökk.	0.221	0.060	3.687	0.000
IRI Perspektívaváltás→ MBI Személyes hatékonyság csökk	-0.291	0.060	-4.920	0.000

2. vizsgálat 2. modell (a modifikációs indexek alapján, az illeszkedés javítására módosított modell, 2 új útvonal hozzáadásával) (12. ábra)

Útvonal	Béta	S.E. Béta	t	p
IRI Empátiás törődés→MBI deperszonalizáció	-0.406	0.054	-7.457	0.000
IRI Perspektívaváltás→MBI deperszonalizáció	-0.115	0.060	-1.898	0.058
MBI Emocionális kimerülés→ MBI deperszonalizáció	0.431	0.052	8.342	0.000
IRI Perspektívaváltás→ IRI Empátiás törődés	0.419	0.048	8.786	0.000
IRI Distressz→ IRI Empátiás törődés	0.325	0.055	5.926	0.000
DERS összes→ IRI Perspektívaváltás	-0.275	0.065	-4.245	0.000
DERS összes→ IRI Distressz	0.475	0.054	8.830	0.000
IRI Distressz→STSS összes	0.164	0.070	2.364	0.018
DERS összes→ STSS összes	0.391	0.071	5.476	0.000
IRI Empátiás törődés→ STSS összes	0.223	0.057	3.935	0.000
STSS összes →MBI Emocionális kimerülés	0.393	0.058	6.823	0.000
DERS összes→ MBI Emocionális kimerülés	0.267	0.059	4.492	0.000
MBI Deperszonalizáció→MBI Személyes hatékonyság csökk.	0.214	0.058	3.674	0.000
IRI Perspektívaváltás→ MBI Személyes hatékonyság csökk	-0.298	0.061	-4.923	0.000

3. Vizsgálat

A 2. vizsgálatban kapott modell rekonstruálása a 3. vizsgálat adataival

Útvonal	Béta	S.E. Béta	t	p
IRI Empátiás törődés→MBI deperszonalizáció	-0.320	0.050	-6.376	0.000
IRI Perspektívaváltás→MBI deperszonalizáció	-0.009	0.054	-0.158	0.875
MBI Emocionális kimerülés→ MBI deperszonalizáció	0.624	0.037	16.84 8	0.000
IRI Perspektívaváltás→ IRI Empátiás törődés	0.448	0.054	8.343	0.000
IRI Distressz→ IRI Empátiás törődés	0.125	0.050	2.513	0.012
DERS összes→ IRI Perspektívaváltás	-0,220	0,057	-3,872	0.000
DERS összes→ IRI Distressz	0,519	0.040	12.87 2	0.000
IRI Distressz→STSS összes	0.196	0.054	3.635	0.000
DERS összes→ STSS összes	0.451	0.055	8.188	0.000
IRI Empátiás törődés→ STSS összes	-0.026	0.048	-0.538	0.591
STSS összes →MBI Emocionális kimerülés	0.321	0.057	5.659	0.000
DERS összes→ MBI Emocionális kimerülés	0.323	0.055	5.889	0.000
MBI Deperszonalizáció→MBI Személyes hatékonyság csökk.	0.132	0.056	2.349	0.019
IRI Perspektívaváltás→ MBI Személyes hatékonyság csökk	-0.355	0.056	-6.282	0.000

3. vizsgálat 2. modell (a modifikációs indexek alapján, az illeszkedés javítására módosított modell, 2 új útvonal hozzáadásával)

Útvonal	Béta	S.E. Béta	t	p
IRI Empátiás törődés→MBI deperszonalizáció	-0.315	0.051	-6.158	0.000
IRI Perspektívaváltás→MBI deperszonalizáció	-0.010	0.054	-0.194	0.846
MBI Emocionális kimerülés→ MBI deperszonalizáció	0.624	0.037	16.90 4	0.000
IRI Perspektívaváltás→ IRI Empátiás törődés	0.391	0.057	6.901	0.000
IRI Distressz→ IRI Empátiás törődés	0.159	0.051	3.130	0.002
MBI Személyes hatékonyság csökk. → IRI Empátiás törődés	-0.154	0.053	-2.892	0.004
DERS összes→ IRI Perspektívaváltás	-0.220	0.057	-3.872	0.000
DERS összes→ IRI Distressz	0,519	0.040	12.87 2	0.000
IRI Distressz→STSS összes	0.195	0.054	3.632	0.000
DERS összes→ STSS összes	0.451	0.055	8.198	0.000
IRI Empátiás törődés→ STSS összes	-0.025	0.048	-0.516	0.606
STSS összes →MBI Emocionális kimerülés	0.320	0.057	5.656	0.000
DERS összes→ MBI Emocionális kimerülés	0.323	0.055	5.889	0.000
MBI Deperszonalizáció→MBI Személyes hatékonyság csökk.	0.048	0.060	0.805	0.421
IRI Perspektívaváltás→ MBI Személyes hatékonyság csökk	-0.359	0.053	-6.795	0.000
IRI Distressz→ MBI Személyes hatékonyság csökk	0.212	0.054	3.967	0.000

Módosított modell (a két új útvonallal) a nem szignifikáns kapcsolatok nélkül (13 ábra)

Útvonal	Béta	S.E. Béta	t	p
IRI Empátias törődés→MBI deperszonalizáció	-0.324	0.040	-8.070	0.000
MBI Emocionális kimerülés→ MBI deperszonalizáció	0.626	0.036	17.22 7	0.000
IRI Perspektívaváltás→ IRI Empátias törődés	0.385	0.057	6.790	0.000
IRI Distressz→ IRI Empátias törődés	0.163	0.051	3.203	0.001
MBI Személyes hatékonyság csökk. → IRI Empátias törődés	-0.169	0.051	-3.353	0.001
DERS összes→ IRI Perspektívaváltás	-0,220	0,057	-3,872	0.000
DERS összes→ IRI Distressz	0,519	0.040	12.87 2	0.000
IRI Distressz→STSS összes	0.189	0.052	3.677	0.000
DERS összes→ STSS összes	0.457	0.054	8.512	0.000
STSS összes →MBI Emocionális kimerülés	0.321	0.057	5.660	0.000
DERS összes→ MBI Emocionális kimerülés	0.323	0.055	5.888	0.000
IRI Perspektívaváltás→ MBI Személyes hatékonyság csökk.	-0.369	0.051	-7.244	0.000
IRI Distressz→ MBI Személyes hatékonyság csökk.	0.222	0.053	4.211	0.000

A 3. vizsgálatban mért új változókkal kibővített modell (14. ábra)

Útvonal	Béta	S.E. Béta	t	p
IRI Empátiás törődés→MBI deperszonalizáció	-0.292	0.042	-7.003	0.000
MBI Emocionális kimerülés→ MBI deperszonalizáció	0.630	0.036	17.56	0.000
Nem → MBI deperszonalizáció	0.139	0.041	3.374	0.001
IRI Perspektívaváltás→ IRI Empátiás törődés	0.379	0.057	6.625	0.000
IRI Distressz→ IRI Empátiás törődés	0.119	0.055	2.174	0.030
MBI Személyes hatékonyság csökk. → IRI Empátiás törődés	-0.151	0.051	-2.977	0.003
Nem → IRI Empátiás törődés	-0.152	0.049	-3.141	0.002
DERS összes→ IRI Perspektívaváltás	-0,220	0,057	-3,872	0.000
DERS összes→ IRI Distressz	0,511	0.041	12.57	0.000
Nem → IRI Distressz	-0.243	0.042	-5.806	0.000
IRI Distressz→STSS összes	0.144	0.052	2.797	0.005
DERS összes→ STSS összes	0.397	0.059	6.686	0.000
Észlelt stressz → STSS összes	0.173	0.055	3.141	0.002
STSS összes →MBI Emocionális kimerülés	0.254	0.061	4.145	0.000
DERS összes→ MBI Emocionális kimerülés	0.356	0.056	6.367	0.000
Társas Támogatás → MBI Emocionális kimerülés	-0.115	0.042	-2.769	0.006
IRI Perspektívaváltás→ MBI Személyes hatékonyság csökk	-0.362	0.050	-7.261	0.000
IRI Distressz→ MBI Személyes hatékonyság csökk	0.218	0.050	4.370	0.000
Társas Támogatás → MBI Személyes hatékonyság csökk	-0.164	0.052	-3.175	0.001
DERS összes→ Észlelt stressz	0.189	0.056	3.354	0.001
IRI Distressz→ Észlelt stressz	0.219	0.052	4.214	0.000
MBI Emocionális kimerülés → Észlelt stressz	0.371	0.048	7.765	0.000