

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

A gyógyítók kiégése az empátia és az érzelemszabályozás tükrében

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Fülöp Emőke

Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta



Pécs, 2016

1. BEVEZETÉS

A 19. században a biomedikális szemlélet túlértékelt a biológiai gyógymódokat, ami elszemélytelenedett gyógyító-beteg kapcsolathoz vezetett (Csabai & Molnár, 2009). Az utóbbi évtizedekben azonban egyre inkább előtérbe került az Engel (1977) nevéhez köthető biopszichoszociális szemlélet, melyben kiemelt szerepet kap az orvos-beteg kapcsolat. Ebben központi szerepet kap a gyógyító **empátiája**, amely nélkül elképzelhetetlen 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 miatt, 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 empatikus 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, amely érzelmi kimerülést, napjainkban a **kiégés** legmeghatározóbb elemének tartják (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). A páciensekkel való interakcióban megjelenő érzelmi megterheléshez kapcsolódó másik gyakori fogalom a **másodlagos traumatizáció**. 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). A disszertáció azokhoz az elképzelésekhez kapcsolódik, melyek a másodlagos traumatizációt a negatív érzések nem megfelelő szabályozásához kapcsolja (Valent, 2002), tehát az **érzelemszabályozás** folyamatát meghatározónak feltételezzük.

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. A disszertációban bemutatott 3 vizsgálat (melyek a gyógyító foglalkozásúak egyre heterogénebb mintáját vizsgálják) célja az empátia többdimenziós fogalmának vizsgálata, ezek összefüggése az érzelemszabályozással illetve

ennek mentén a kiégéssel. Továbbá a kiégés háromdimenziós felfogásában annak hangsúlyozása, hogy ezek a dimenziók az empátia más-más folyamataival vannak összefüggésben.

1.1. Az empátia fogalmának alakulása – empátia a segítő hivatásban

Az empátia szó jelentése a német „Einfühlung” szóból ered, melynek a jelentése „egy érzés” (Buda, 2006), maga a kifejezés pedig a görög „empathia” (együtt szenvedés) szóból származik. Az azonban máig vitatott kérdés, hogy vajon az empátiás folyamat kialakulásához elengedhetetlen-e, hogy a befogadóban a másik érzéséhez, élményéhez hasonló érzés, élmény jelenjen meg.

A különböző elméletalkotók eltérő mértékben tulajdonítanak jelentőséget a kognitív illetve az affektív komponenseknek az empátia folyamatában. A kognitív elemet hangsúlyozó elméletalkotók, az empátia kapcsán azt a tudást emelik ki, hogy adott helyzetben a másik mit érez. Ebben a megközelítésben nincs szükség arra, hogy a megfigyelő érzelmileg involválódjon (Ickes, 1993; Eslinger, 1998). Ezekben az elképzelések központi eleme a perspektívaváltás (Mooradian, Davis, & Matzler, 2011).

Az emocionális aspektust hangsúlyozó elképzelések fő kérdése, hogy a megfigyelőben megjelenő érzések mennyire azonosíthatóak a megfigyelt megélt érzéseivel. 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). Ehhez a jelenséghez kapcsolódik az ún. tükroneuronok működése (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 váltanak ki rezonanciát a megfigyelőből (Simon, Herold, Fekete, & Tényi, 2007). Ez azt 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 tükroneuronok működésén keresztül) kialakul egy intuitív, implicit tudásunk a másiktól. Mindez felhívja a figyelmet az empátián belül megjelenő automatikus, implicit folyamatokra.

Sok elképzelés kiemeli az empátia során a megfigyelőben keletkező érzelmi distresszt, ami 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).

A modern empátiakutatásban dominálnak a multidimenzionális elképzelések, melyek nem különítik el a kognitív, illetve affektív komponenst, hanem ezeket egymásra épülő, egymást kiegészítő folyamatokként határozzák meg az empátiás viszonyulás kialakulásában. Ilyen pl. Eisenberg (2002) elképzelése, mely szerint a szenvedő másik elsőként parallel érzelmi választ vált ki a megfigyelőből, amelyet vagy empátiás törődés (a másakra irányuló gondoskodó magatartás) vagy személyes distressz (alapvetően az énre irányuló érzelmi válasz) követ. Eisenberg elképzelése szerint mindkét válasz kognitív feldolgozás után alakul ki. Ez a megközelítés témánk 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. Ebben az elképzelésben a distresszt átélő másikkal való interakcióban a megfigyelőben érzelmi arousal növekedés jön létre. Ha ennek szabályozása sikeres, tehát az érzelmi arousalt sikerül optimális szinten tartani, akkor empátiás törődés lesz a válaszreakció; ha a szabályozás sikertelen, akkor kialakul érzelmi distressz állapot. Tehát elméletében *az érzelemszabályozó funkciók alapvető fontosságúak az empátiás válasz megjelenésében.*

Davis (1996) empátia fogalma multidimenzionális jellegű, mely jól tükröződik az empátia mérésére kidolgozott kérdőív felépítésében, amelyben megjelenik a kognitív komponens (perspektíva-felvétel), az érzelmi összetevő (empátiás distressz), az érzelmi és viselkedéses forma (empátiás törődés) illetve az esztétikai dimenziót vizsgáló fantázia skála.

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 figyelmi fókuszot jelent (az empátiás törődés a másakra 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.

Több olyan vizsgálat ismert, amely szerint az empátiás distressz és perspektívaváltás megjelenését az érzelmi intenzitás és az érzelemszabályozás befolyásolja. Eisenberg és Fabes (1992) elképzelése szerint a magas érzelmi intenzitás növeli az empátiás distresszt, valamint az empátiás törődést, és nincs hatással a perspektívaváltásra, míg az optimális érzelemszabályozás növeli mind az empátiás törődést, mind pedig a perspektívaváltást, de csökkenti a distressz érzését. Az ún. klinikai empátiában tehát az érzelemszabályozás központi fontosságú, hiszen ha 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 elkezdi kerülni a pácienseket (Gleichgerrcht & Decety, 2012).

1.2. Érzelemszabályozás az empátia tükrében

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 szubkortikális, jobb féltekei folyamatokra épülnek. 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. A disszertáció témája szempontjából kiemelten fontosak az implicit érzelemszabályozás folyamatai.

Ahogy a fentiekben láthattuk a segítő foglalkozásúaknak összetett érzelemszabályozási kihívásnak kell megfelelniük: felismerni és kezelni a páciensek érzéseit és szabályozni a saját keletkező érzéseket. Ha a segítő nem képes erre a szabályozásra, empátiás overarousal alakul ki, melynek 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). Gleichgerrcht és Decety (2012) 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*. Látható tehát, hogy a gyógyító kapcsolatban a hatékony empátia megjelenése érzékeny szabályozást igénylő

folyamat. A gyógyító szakembernek motiválnak kell lennie a segítségre, de a gondoskodás, a másokra irányuló figyelem magas empátiás distresszhez vezethet, ami a figyelmi fókusz a másik érzése helyett a saját negatív érzések csökkentésére irányítja. Mint ahogyan a másik végtelennek, a jelentkező érzelmi reakciók távol tartásának, elfojtásának is lehetnek negatív fiziológiai és interperszonális következményei: megnövekedett vérnyomás, félbeszakadt kommunikáció és csökkenő rapport (Gleichgerrcht és Decety 2012). Érzékeny egyensúly kialakítására van szükség, ami az implicit és explicit érzelemszabályozási folyamatok finom összehangolását jelenti.

A disszertációban a Gratz és Roemer (2004) által képviselt érzelemszabályozási folyamat definícióját használom, amiben a legfontosabb elemek az érzelmi élmények átélése, kifejezése és elfogadásának képessége, tehát az intrapszichés elemekre helyezik a hangsúlyt. Az érzelemszabályozás e komplex felfogásával hozom összefüggésbe az empátia dimenzióit.

1.3. A kiégés összefüggése a segítő foglalkozásúak érzelmi terhelésével

A kiégés fogalmával, összetevőivel kapcsolatban a legelterjedtebb Maslach és Jackson (1981) három dimenziós elképzelése. A három dimenzió: 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 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.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy az érzések elnyomásának (főleg a negatív érzések), az érzelmi disszonanciának egészségkárosító hatása van, és összefüggést mutat a kiégés kialakulásával (Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001; Zammuner, Lotto, & Galli, 2003). Day és Chambers (1991) vizsgálatában az empátiás distressz pozitív összefüggést mutatott a kiégés mindhárom alsókálájával, az empátiás törődés és perspektíva felvétel 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 segítőkben elindul egy empátiás folyamat, amely tudatos szabályozás, illetve megfelelő válaszreakció híján kiégéshez vezethet. Miller, Birkholt, Scott és Stage (1995) a fenti elképzelés mentén kialakított modelljében ok-okozati kapcsolatokat írnak le a páciensről átvett distressz és a kiégés kialakulása között, amely folyamatban védőfaktoroként jelenik meg a páciens negatív érzéseire megjelenő kommunikációs válaszkészség. Snyder (2007) tovább vizsgálva az empátiás törődés és érzelmi áterjedés hatásait az találta, hogy az empátiás törődés segíti a pácienssel való optimális kapcsolat kialakítását, ami hatással van a személyes hatékonyság érzésére, viszont a negatív érzések áterjedése (érzelmi distressz) érzelmi kimerüléshez vezet.

A szélsőségesen negatív élményt átélt páciensekkel foglalkozó segítőkénél 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. Kiégéssel összefüggő jelenségek közül a másodlagos traumatizációt azért emelem ki külön, mert ebben nagy hangsúlyt kap a negatív érzések áterjedése, ami egy olyan felfokozott fiziológiai arousalal jár, amihez az érzelemszabályozási nehézségek nagyban hozzájárulhatnak. Figley (1995) másodlagos traumatizációs stressznek nevezi azt az érzelmi és viselkedéses zavart, amit egy szignifikáns másik által megtapasztalt traumatikus élmény megismerése okoz. Korábban a másodlagos traumatizáció fogalmát 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 segítők 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).

2. EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK¹

Vizsgálatainkban a fentiekben 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 mentőtisztekből állt, míg a harmadikban szándékoltnak minél több terület (orvosok, ápolók, mentőtisztek, 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.

2.1. Első vizsgálat

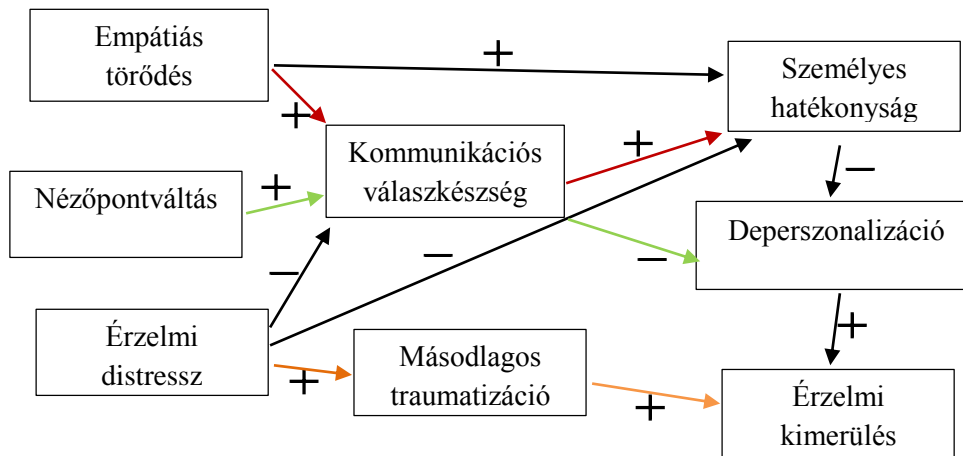
Célkitűzés, hipotézisek

Az első vizsgálatban pszichiáter rezidensek érzelmi túlterheltségét vizsgáltuk. Azért esett a választásunk a pszichiáter rezidensekre, mert úgy gondoltuk, hogy az orvosok közül ők vannak a legösszetettebb interperszonális kapcsolatban a páciensekkel. Vizsgálatunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy a magyarországi pszichiáter rezidensek és szakorvosjelöltek milyen mértékben mutatnak érzelmi túlterheltségre utaló tüneteket, ez milyen összefüggést mutat az

¹ Vizsgálataink etikai engedély száma: EPKEB 2015/32

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.*

- Kíváncsiak voltunk arra is, hogy az empátia és kiégés szempontjából a szakirodalomban megjelenő, de nem konzisztens *nemi különbség* (Houkes, Winents, Twellaar, & Verdonk, 2011; Maslach, Schaufeli & Leiter 2001) érvényesül-e saját mintánkban. Feltételeztük, hogy a férfiakra jellemzőbb a deperszonalizáció, a nőkre az érzelmi kimerülés. (Houkes et al 2011).
- Empátia többdimenziós fogalmával összefüggésben vizsgáltuk, hogy elkülönül-e eredményeinkben az *affektív empátia* (empátiás arousal), és *kognitív empátia*. A különböző empátiás formák és a kiégés kapcsolatának vizsgálata szintén fontos célja volt a kutatásnak. Az érzelmi kimerülés és az empátiás distressz között feltételeztünk szoros összefüggést, Az empátiás törődést és perspektívaváltást, a deperszonalizációval és személyes hatékonyságérzéssel gondoltuk összefüggő jelenségnek.
- 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).
- Végül a vizsgált változók egymás közti kapcsolatának feltérképezésénél, Miller és munkatársai (1995) és Snyder (2007) nyomán alakítottuk ki hipotetikus modellünket (*I. ábra*). Eszerint az empátiás overarousal kialakulása az érzelmi distresszből kiindulva a másodlagos traumatizáció tüneteinek keresztül érzelmi kimerüléshez vezet, és negatív hatással van a segítő kommunikációs válaszkészségére. A nézőpontváltás segíti a páciens központú kommunikációs attitűd megjelenését és ezen keresztül növeli a személyes hatékonyság érzését és csökkenti a deperszonalizáció megjelenésének esélyét. Ugyanígy az empátiás törődés is segíti a kommunikációs válaszkészség megjelenését, ezáltal növeli a személyes hatékonyságérzést.



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

Minta

Magyarország négy orvosi egyetemén (Budapest, Debrecen, Pécs, Szeged) a rendszeres pszichiáter rezidens képzés keretében 67 fő (16 fő férfi, 51 fő nő; életkor: $M = 31,45$; $SD = 5,79$) vett részt a vizsgálatban (Fülöp, Devecsery, & Csabai, 2012; Fülöp, Devecsery, Hausz, Kovács, & Csabai, 2011). A kérdőíveket csoportos formában vettük fel. A felmérés tájékozott beleegyezésen alapult, önkéntes, anonim volt, anyagi térítéssel nem járt.

Mérőeszközök

A kiégés mérésére a *Maslach Kiégési Leltárt* (Maslach Burnout Inventory – MBI; Maslach & Jackson, 1981; Ádám & Mészáros, 2012) alkalmaztuk (a kiégést három dimenzióban méri: érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés).

A másodlagos traumatizáció mérésére használtuk a *Másodlagos Traumatizációs Stressz Skálát* (*Secondary Traumatic Stress Scale-STSS*) (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004), mely a gondolatbetöréseket, elkerülés kialakulását, és arousal tüneteket mérő alskálákból áll össze.

Az empátia vizsgálatára 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, empátias törődés és személyes distressz).

A kommunikációs attitűd mérésére a *Patient-Practitioner Orientation Scale* -t (Páciens-Orvos Központú Skála) (PPOS; Krupat, Rosenkranz, Yeager, Barnard, Putnam & Inui, 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.

Eredmények összegzése

1. 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. Eredményeinket összehasonlítva Ádám és munkatársainak (2006) reprezentatív orvosi mintájával a pszichiáter rezidenseknél a kiégés szintje az orvosoknál általában tapasztaltakhoz képest magas.
2. Nemi különbség tekintetében, a kiégés deperszonalizáció ($t = 2,095$; $p < 0,05$), valamint a másodlagos traumatizáció arousal skálájában ($t = 2,034$; $p < 0,05$) a férfiak szignifikánsan magasabb pontértékeket mutattak, amely eredmény egyrészt összecseng azzal, hogy a kiégésben a nemi különbség csak a deperszonalizáció skála esetében mutatható ki (Maslach et al 2001). Továbbá értelmezhetjük úgy fenti két skálában tapasztalt nemi különbséget, hogy a férfiak preferált megküzdési módja (deperszonalizáció) a megterhelő érzelmi helyzetekben sikertelen, hiszen több arousal tünetet mutatnak, mint a nők.
3. Tekintettel a változók közötti sok korrelációra a kapcsolatok mintázatának jobb megértéséhez feltárási faktoranalízist (principal axis factoring) végeztünk. Két faktoros megoldásban az első faktornak 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*). 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 alskálaja*), így a *paralel empátiának* neveztük el (1. táblázat). A változók együttjárására vonatkozó eredmények megfelelnek előzetes elvárásainknak (miszerint affektív és kognitív empátia elkülönül, valamint másodlagos traumatizáció és kiégés szoros összefüggésben van) valamint az elméleti részben az empátia különböző típusaira vonatkozó elképzeléseknek (pl. Staub 1987; Eisenberg 2002).

	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

1. táblázat: Első vizsgálat feltáró faktoranalízisének eredménye

4. Vizsgáltuk, hogy mintánkban a faktoranalízis eredményeként megjelenő paralel és reaktív empátiás folyamatokban milyen lehetséges kapcsolódást mutatnak az összetevők illetve milyen hatása van a többi vizsgált változónak. Az elvégzett mediációs elemzés (2. táblázat) igazolta előzetes elképzeléseinket a változók közti kapcsolatokról tekintetében. Eszerint az empátiás distressz és az érzelmi kimerülés közti kapcsolatot a másodlagos traumatizáció tünetei közvetítik. Az *érzelmi distressz* egy másik úton is hatással lehet az *érzelmi kimerülésre*: a *személyes hatékonyság csökkentésén* keresztül. Emellett a *nézőpontváltás deperszonalizáció* közti fordított kapcsolatot eredményeink szerint a *páciens fókuszú attitűd* közvetíti. 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 hatékonyézés 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 csökkenti a deperszonalizáció megjelenésének esélyét.

	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

2. táblázat: Mediációs elemzések

Eredményeink, a vizsgált speciális mintán, arra világítottak rá, hogy a segítő helyzetben megjelenő empátiás válasz milyensége befolyásolhatja a gyógyító mentális egészségét.

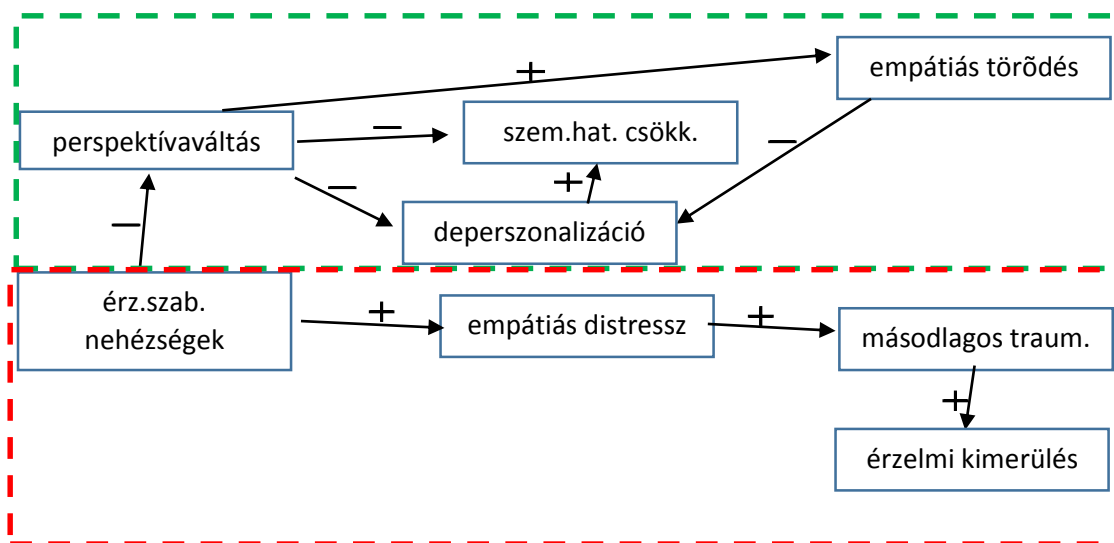
2.2. Második vizsgálat

Célkitűzés, hipotézisek

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 et al., 2012; Fülöp et al., 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.

Ahogy azt az elméleti bevezetőben részletezett vizsgálatok mutatják, az empátia alakulásban kulcsfontosságú az empátiás arousal alakulása (Eisenberg, 2002), amely folyamatban és érzelemszabályozás központi jelentőségű. Második vizsgálatunkban ezért az érzelemszabályozás összefüggését vizsgáltuk egyéb, az első vizsgálatban már megismert változókkal. Fontos szempont volt továbbá, hogy az első mintán kapott eredmények érvényesek-e a gyógyítás más területein dolgozókra is, hiszen feltételezésem szerint a vizsgált jelenségek összefüggései jellemzően nem külső meghatározók által befolyásolt.

- Ebben a vizsgálatban is feltételeztünk nemi eltéréseket (hipotéziseink szerint a deperszonalizáció inkább a férfiakra, az érzelmi kimerülés inkább a nőkre jellemző), valamint a munkakör befolyásoló hatását a kiégés alakulása szempontjából (a mentőtisztteknél a deperszonalizáció szignifikánsan magasabb szintjét feltételeztük).
- A másodlagos traumatizáció, az empátiás distressz és a kiégés összetevői egy faktort alkottak a pszichiáter rezidensekkel végzett vizsgálatban (Fülöp et al., 2012; Fülöp et al., 2011). Ezen eredményeket mentén együttjárást feltételeztünk az érzelmi kimerülés és a másodlagos traumatizáció tünetei (gondolat betörés, elkerülés, arousal tünetek) és a szomatikus tünetek között. Az új változó, az érzelemszabályozást pedig az érzelmi distressz-szel együttjáró jelenségnek feltételeztük. Hipotézisünk szerint, ahogy az első vizsgálatban megjelent az ún. reaktív empátia, úgy ebben a vizsgálatban is együttjárást mutat a perspektívaváltás és empátiás törődés, fordított összefüggésben a deperszonalizációval és a személyes hatékonyság csökkenésével.
- A második vizsgálatban, az első vizsgálatban a mediációs elemzések alapján kapott összefüggéseket szem előtt tartva, kiegészítve az érzelemszabályozással alkottuk meg hipotetikus modellünket (2. ábra). Eszerint 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 (2. ábra pirossal jelölt terület). 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 (2. ábra zölddel jelölt terület)



2. ábra: Saját hipotetikus modell a második vizsgálatához

Minta

Feltáró/leíró jellegű keresztmetszeti vizsgálatunkba (Fülöp, 2013) 244 fő (33 % férfi, 67% nő; életkor: $M = 38,04$; $SD = 9,51$) vett részt. Ápolók ($N=92$), főnővérek ($N=22$), asszisztensek ($N=23$), mentőtisztek ($N=39$), egyéb szakdolgozók (szülésznő, segédápoló, gyógytornász) ($N=65$), Magyarország vidéki és budapesti kórházaiból. 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.

Mérőeszközök

Az első vizsgálatban használtak közül ebben a vizsgálatban is alkalmaztuk: MBI; STSS; IRI. 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) Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága; (2) Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában; (3) Impulzuskontroll nehézségek; (4) Érzelmi tudatosság hiánya; (5) Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés; (6) Érzelmi tisztaság hiánya.

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.

Eredmények összegzése

1. A nemi különbségek tekintetében, hipotéziseinknek megfelelően, a nők a MBI érzelmi kimerülés alskáláján mutatott átlaga szignifikánsan magasabb, mint a mintában részt vevő férfiaké (3. táblázat). A férfiak pedig az MBI deperszonalizáció és személyes hatékonyság csökkenése alskálákon értek el szignifikánsan magasabb pontszámot, mint a nők (4. táblázat). Ebben a vizsgálatban azonban más változóknál is megjelentek szignifikáns nemi különbségek: a nők szignifikánsan magasabb pontszámot értek el valamennyi empátia alskálán (3. táblázat). Ez az eredmény összhangban van több más, az empátiában nemi eltérést kimutató vizsgálattal (Davis, 1983; Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare & Magee, 2002; van Zanten, Boulet, Norcini, & McKinley, 2005).

Ezek a vizsgálatok is felhívják azonban a figyelmet arra, hogy az eredmények értelmezésekor óvatosságnak kell lennünk, hiszen könnyen lehet, hogy a válaszadókat a nemi hovatartozással asszociálódó elvárás jellemzők orientálták a kérdőív kitöltésekor. Szignifikáns eltérést mutat a másodlagos traumatizáció összpontszáma, valamint az alskálák pontszáma is, a nők mutatnak mindegyiken magasabb értéket (3., 5. táblázat).

		N	átlag	szórás	t	sig.
IRI perspektiva	férfi	80	15,88	4	-4,838	<0,001
	nő	164	18,57	4		
IRI empatisás 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		

3. táblázat: Szignifikáns nemi különbségek az 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

4. táblázat: Szignifikáns nemi különbségek a Maslach Kiegészítő Leltár alskáláiban (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

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

A *beosztásra* vonatkozó hipotézisünk azt feltételezte, hogy az ápolók és mentőtisztek kiegész szempontjából eltérő mintázatot mutatnak. A vizsgált mintában kapott eredményeink ezt a hipotézisünket igazolták, hiszen az emocionális kimerülés az ápolók csoportjában szignifikánsan magasabb volt ($t = 3,441$, $p = 0,001$), míg a deperszonalizáció a mentőtisztek esetében mutat szignifikánsan magasabb értéket ($U = 1323,5$, $Z = 1323,5$, $p < 0,05$). Ezek az eredmények értelmezhetőek úgy, hogy az ápolópáciens 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.

2. A faktorstruktúra feltárásához a principal axis factoring módszert használtuk. A faktoranalízisben kapott eredmények alapján három faktor körvonalazódott (6. táblázat). Az első faktort *Kiegész, kimerülésnek* neveztük el. Ide tartozik a Maslach kérdőív *érzelmi kimerülés* alskálája, a *szomatikus tüneteket* mérő skála valamint a *másodlagos traumatizáció mindhárom alskálája*. A második faktor neve *Reaktív/kognitív empátia*, és a következő itemek töltenek rá: az *IRI empátias törődés* és *perspektívaváltás* alskálája valamint a Maslach kérdőív *deperszonalizáció* és *személyes hatékonyság csökkenése* alskálája, a két utóbbi negatív faktorsúllyal. Végül pedig a harmadik faktort *Érzelmi átterjedés/érzelemszabályozási nehézségeknek* neveztük el. Ide tartozik az *IRI érzelmi distressz* alskálája, *érzelemszabályozási nehézségek kérdőív 1,2,3 és 5.* alskálája (Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága, Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában, Impulzuskontroll nehézségek, Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkentet hozzáférés). Az első (*Kiegész, kimerülés*) és a harmadik faktor (*Érzelmi átterjedés/érzelemszabályozási nehézségek*) között közepes nagyságú korreláció mutatkozik (0,55), míg kapcsolatuk a második faktoralal jóval gyengébb (első és második faktor közti korreláció értéke: 0,14; második és harmadik faktor közti korreláció értéke: -0,14).

Megerősítést nyert tehát az a feltevésünk, mely szerint az érzelmi distressz és az érzelemszabályozási nehézségek egy faktorba sorolódnak. 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,

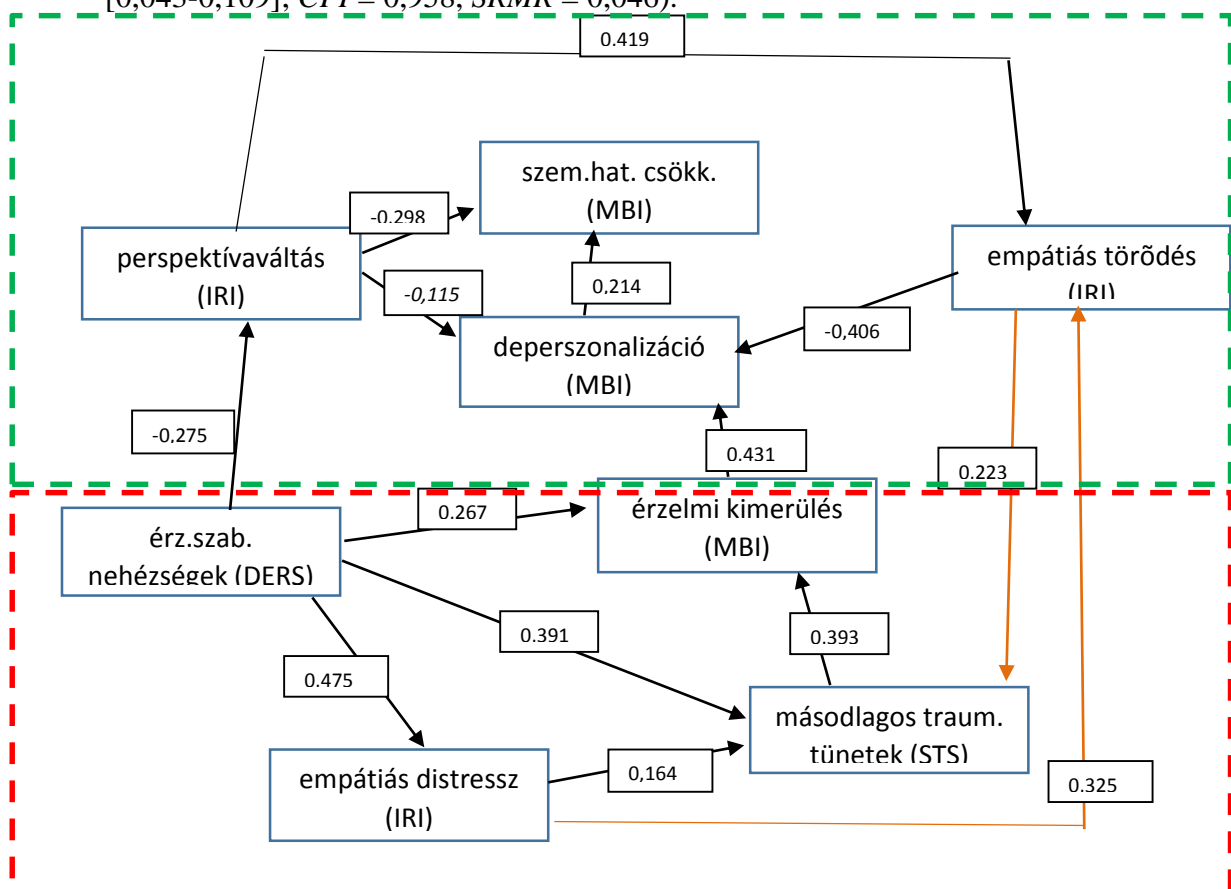
1996; Decety & Jackson, 2004). Továbbá eredményeink szerint a kiégés érzelmi kimerülés komponense a másodlagos traumatizációval és szomatikus tünetekkel szorosan együtt járó jelenségek. A faktorok közti összefüggés vizsgálata azt mutatja, hogy az érzelemszabályozási zavar talaján kialakult distressz 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. Ahogy azt előzetesen 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.

	Faktorok		
	Kiégés/ Kimerülés	Reaktív/ kogn.emp.	Érzelmi áatterjedés
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

6. táblázat: Második vizsgálat feltáró faktoranalízisének eredmény

3. Az útvonalelemzés során a hipotetikus modell (2. ábra) illeszkedése nem volt megfelelő ($\chi^2(16) = 79,52$, $p < ,001$; $\chi / df = 4,97$; $RMSEA = 0,13$, $RMSEA - 90\% CI: [0,100-0,156]$; $SRMR = 0,097$), ezért a modifikációs indexeknek megfelelően két új, elméletileg

is indokolható kapcsolatot illesztettünk 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 3. ábrán látható. A modell illeszkedése megfelelő ($\chi^2(14) = 33,47, p = ,002; \chi/df = 2,39; RMSEA = 0,075, RMSEA - 90\% CI: [0,043-0,109]; CFI = 0,958, SRMR = 0,046$).



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

A 2. ábrán látható modellünknek megfelelően eredményeink szerint az érzelemszabályozási nehézségek, a fokozott érzelmi megterhelések mentén olyan krónikus stressz állapotot eredményeznek, melyek tüneti szinten a másodlagos traumatizáció tüneteiben érhetőek 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. 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). Emellett az érzelemszabályozási nehézségek a megnehezítik a perspektívaváltást. A perspektívaváltás fokozza az empátiás törődés kialakulását, valamint a személyes hatékonyságérzés növekedéséhez, deperszonalizáció csökkenéséhez vezet. 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 distresszrel 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.

2.3. Harmadik vizsgálat

Célkitűzés, hipotézisek

Harmadik vizsgálatunkban a második vizsgálatban kapott összefüggéseket szeretnénk volna nagyobb, és még heterogénebb mintán tesztelni, illetve néhány egyéb változó módosító hatását elemezni. A társas támogatás szerepe a stressz kezelésben, illetve a kiégés prevencióban is jól

ismert (Ray & Miller, 1994; Jacobs & Dodd, 2003; Greenglass, Burke, & Konarski, 1997; Hegedűs & Kovács 2008; Kállai, 2007; Pikó, 2001; Pines, Aronson & Kafry, 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 úgy véltük, hogy az *érzelemszabályozási nehézségek* talaján kialakuló *empátiás 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).

- Az előző vizsgálatunkban megjelenő demográfiai összefüggéseket ebben a vizsgálatban is vizsgáltuk.
- A második vizsgálatban kapott faktorokat, mind pedig az útvonalelemzés adta modellt teszteltük ezen az adatbázison is.
- A korábbi modellbe pedig a további két változót (társas támogatás, észlelt stressz) a következő összefüggések mentén illesztettük be: feltételezésünk szerint a társas támogatás az érzelemszabályozási zavarok okozta érzelmi distresszre illetve észlelt stresszre lehet hatással. Az érzelemszabályozási zavarok és az érzelmi distressz közti kapcsolatot pedig az észlelt stressz közvetíti.

Minta

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.

A vizsgálatban 327 fő vett részt (63 % nő, 36% férfi; életkor: $M = 39,42$; $SD = 10,5$), ápolók ($N = 164$), orvosok ($N = 85$), mentőtisztek ($N = 38$) és egyéb kategória ($N = 39$), ahova az asszisztenseket, a szülésznőket és a védőnőket soroltuk.

Mérőeszközök

A második vizsgálatban alkalmazott kérdőíveken kívül (DERS, IRI, STSS, MBI, szomatikus tünetek), az aktuális stressz állapot felmérésére az *Észlelt Stressz Kérdőív* (Stauder, & Konkoly Thege, 2006) 14 tételes változatát használtuk, a társas támogatás mértékének megállapítására a *Társas Támogatás Kérdőívet* (Caldwell, Pearson, & Chin, 1987; Rózsa et al., 2003).

Eredmények összegzése

1. Ebben a vizsgálatban is van szignifikáns nemi eltérés néhány empátia skálában: az *empátiás törődésben* ($t = 4,27$, $p < 0,001$) *érzelmi distresszben* ($t = 4,72$, $p < 0,001$), valamint a *fantázia skálában* ($t = 4,35$, $p < 0,001$) a nők mutattak magasabb pontszámot. Ahogy az előző két vizsgálatban a harmadikban is a férfiakra szignifikánsan nagyobb arányban jellemző a *depersonalizáció* ($U = 8769,5$; $Z = -4,133$; $p < 0,05$), míg a kiégés másik két komponensében ez a vizsgálat nem jelez szignifikáns nemi eltérést. 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. Az észlelt stressz tekintetében fontos összefüggés, hogy 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: $36,89 \pm 3,4$, $t = -14,62$, $p < .001$). Az általunk megkérdezett egészségügyi dolgozók észlelt stressz értéke tehát a magyar átlagot messze meghaladó, ez arra enged következtetni, hogy vizsgált mintánknál a krónikus stressz, mint veszélyeztető tényező van jelen.
2. A vizsgált változók közötti összefüggések nagyon hasonlóak, mint amit a második vizsgálatban tapasztaltunk, amit az elvégzett faktoranalízis (principal axis factoring módszer) nagy részben igazol (7. táblázat). 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 faktorsúllyal 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 áttérjedésnek /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 áttérjedésként 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 (0,55). Az előző vizsgálatban *Reaktív/kognitív empátiának* nevezett faktor, itt is tartalmazza a *perspektívaváltást*, *empátiás törődést*, kiegészülve a *fantázia* skálával. Bár mind a *személyes hatékonyság csökkenése*, mind pedig a *deperszonalizáció* magas negatív előjelű faktorsúlyt 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.

	Faktorok		
	Kiegész/ Kimerülés	Reaktív/ kogn. emp.	Érzelmi áttérjedés
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

7. táblázat: Harmadik vizsgálat feltáró faktoranalízisének eredménye

Ha a faktoranalízist kibővítjük a két új változóval, a társas támogatással, és az észlelt stresszel azt láthatjuk, hogy az észlelt stressz, a *Kiegész/kimerülésnek* nevezett faktorba került, de magas factorsúlyt mutat az *Érzelmi áttérjedés* faktoron is (8. táblázat). Ez azonban magyarázható, hiszen 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. Ennél a változónál érdemes a figyelembe venni a korrelációk eredményét. A *társas támogatás* és a *kiegész érzelmi kimerülés* ($r = -0,12, p < 0,05$) és *személyes hatékonyság csökkenése* ($r = -0,18, p < 0,01$) komponense szignifikáns fordított összefüggést mutat. Ha a barátoktól, munkatársaktól kapott társas támogatás hatását vizsgáljuk, akkor a kiegész mindhárom faktorával (személyes hatékonyság: $r = -0,22, p < 0,01$; deperszonalizáció: $r = -0,2, p < 0,01$; érzelmi kimerülés: $r = -0,17, p < 0,01$) fordított együttjárást láthatunk. Ez az összefüggés tehát egybecseng azokkal a vizsgálatokkal, melyek szerint a munkahelyi támogatás növeli a munkával való elégedettség mértékét, illetve csökkenti a kiegész előfordulásának valószínűségét). Több vizsgálat eredménye is azt mutatja, hogy a kiegész megelőzése szempontjából nagyobb

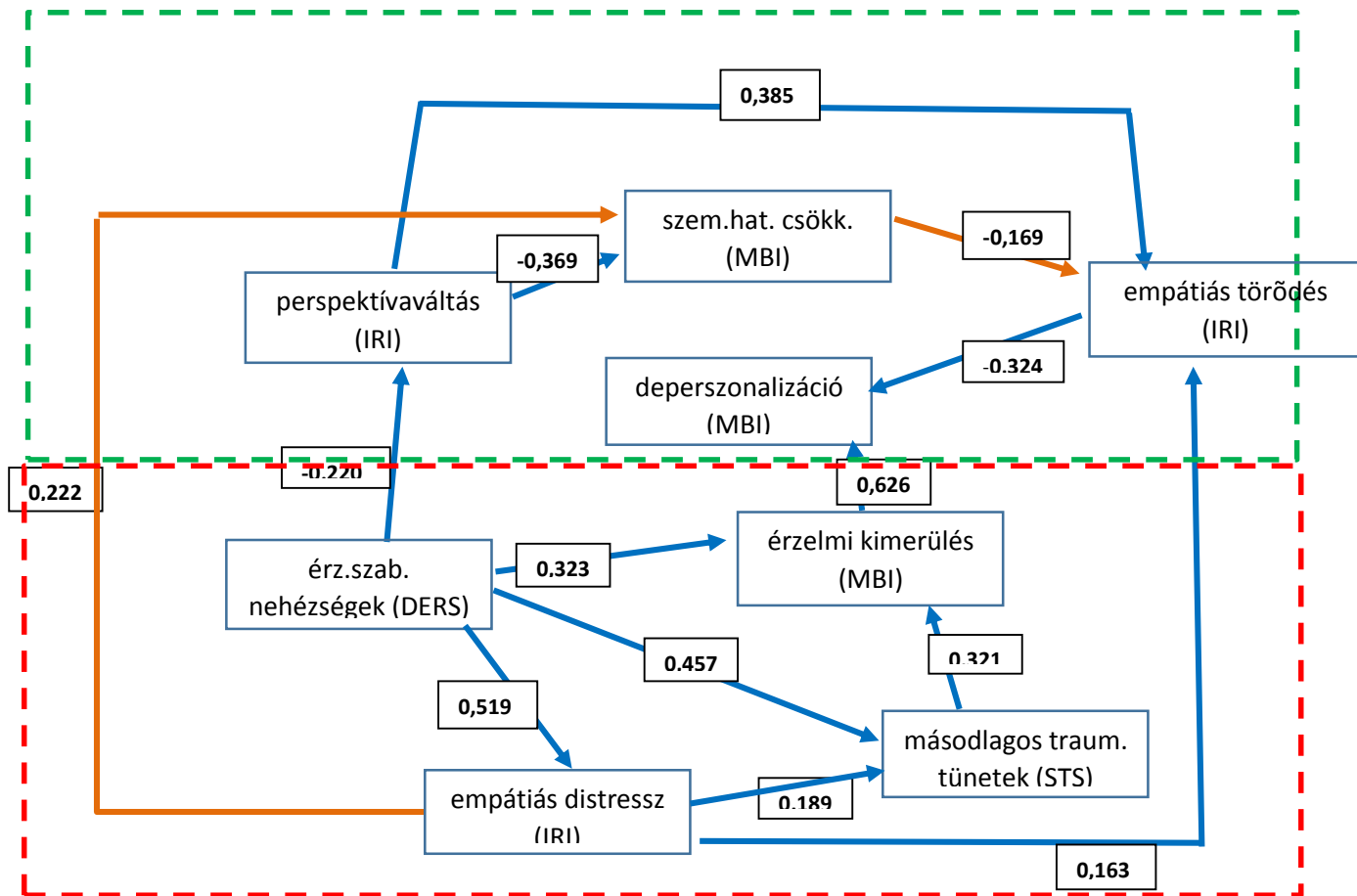
a hatása a munkahelyről származó társas támogatásnak, mint a családi támogatásnak (Russel, Altmeier, & VanVelzen, 1987; Brown, Prashanthan, & Abbott, 2003).

	Faktorok		
	Kiegész/ Kimerülés	Reaktív/ kogn.emp.	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 perspektíva 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

8. táblázat: Harmadik vizsgálat kibővített feltáró faktoranalízisének eredménye

3. A második vizsgálatban alkotott modell kis változtatásokkal reprodukálható volt a harmadik vizsgálatban is. A *perspektíva*váltás és *deperszonalizáció* közötti közvetlen kapcsolat, valamint az *empátiás törődés*ből a *másodlagos traumatizáció* felé mutató kapcsolat ebben a vizsgálatban nem mutatkozott szignifikánsnak. A modell jobb illeszkedése érdekében két új útvonalat iktattunk be, az így kialakult modell illeszkedési mutatói már megfelelőek ($\chi^2(15) = 30,55, p < .001; \chi/df = 2,03; RMSEA = 0,056, RMSEA - 90\% CI: [0,027-0,085]; SRMR = 0,043$). 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 kimerülés*hez vezető útvonal ebben a modellben is megmaradt. Valamint a *perspektíva*váltás és *empátiás törődés*, mint a *deperszonalizációt* csökkentő és a *személyes hatékonyságot* növelő tényezők szintén a

második vizsgálatban körvonalozott modellel megegyező hatásmechanizmusokat jeleznek.



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

A 4. ábrán látható modellt egészítettük ki a 2 új változóval (észlelt stressz, társas támogatás). 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 illeszkedési mutatói megfelelőek ($\chi^2(16) = 66,73$,

$p < 0,001$; $\chi^2/df = 2,22$; $RMSEA = 0,061$, $RMSEA - 90\% CI: [0,041-0,081]$; $SRMR = 0,046$.
Tehát a kapott modell alapján (5. ábra) elmondható, hogy 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 vitiosust, 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 *perspektívaváltáson* keresztül vezet, mely *empátiás törődés* csökkenti a *depersonalizáció* megjelenésének esélyét. A *perspektívaváltás* akadályai lehetnek az *érzelemszabályozási nehézségek*, a *perspektívaváltás* 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*.

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.

3. DISZKUSSZIÓ ÉS KONKLÚZIÓ

A kutatás tervezésében fontos *célom* volt, hogy képet kapjak azokról a belső folyamatokról, melyek megnehezítik, és amelyek megkönnyítik a distresszt átélő pácienssel töltött időt. Célkitűzésem 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.

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 vizsgálatból 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, 1994; Jacobs & Dodd, 2003; Greenglass, Burke, & Konarski, 1997; Hegedűs, 2008; Kállai, 2007; Pikó, 2001; Pines, 1981) is felhívja a figyelmet, szerepe van a kiégés megelőzésében.

Már az **első vizsgálatban** is elkülöníthető az ún. *parallel* illetve *reaktív/kognitív empátia*. Az empátiás distressz szorosan együtt jár mind a másodlagos traumatizáció, mind pedig a kiégés komponenseivel (*parallel empátia*). Míg a perspektívaváltás, empátiás törődés, fantázia skála, és a páciens-fókuszú attitűd egy külön faktorba kerül (*reaktív/kognitív empátia*). 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.

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 harmadik faktor a *Reaktív/Kognitív empátia* (az első vizsgálatban kapott hasonló faktorhoz képest 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 faktorsúllyal jelenik meg a kiegész 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. A másik fontos elem a perspektívaváltás, amely 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 **harmadik vizsgálatban** még heterogénebb gyógyító mintán teszteltük a második vizsgálatban kapott eredményeket, kiegészítve az észlelt stressz és a társas támogatás mérésével.

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

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 nyomon 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 kiegészés több komponensének alakulására is. Ez felhívja a

figyelmet arra, hogy már a képzés alatt fontos preventív szerepet játszhatnak a különböző tanácsadó szervezetek, tutorális rendszerek, ennek egyik példája a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvosi Karán működő osztályfőnöki rendszer (Barabás 2010). 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 kiegész különböző komponensei tekintetében. Saját vizsgálatunkban egy változó mutat konzisztens nemi eltérést a kiegész 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 függenek 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. 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.

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. Eredményeink alapján kiemelkedően fontosnak tartanám mind a képzésben, mind pedig azt követően az érzelemszabályozási kapacitás fejlesztését. Fontos, 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. Fontos elem a már munkában megtapasztalt élmények feldolgozásának támogatása. Ilyen támogató formák a Bálint csoport (Bálint, 1956/2006) vagy más jellegű szupervíziós formák. A szupervízió fontosságát támasztja alá többek között az a vizsgálat is, mely 22 ország részvételével zajlott és a kiégés és a szupervízió hiánya között szoros összefüggést talált (Jovanovic et al., 2016).

Mindennek azért van kiemelkedő jelentősége, mert ahogy azt már Bálint Mihály (1956/2006) is megfogalmazta, a gyógyító személyisége a gyógyítási folyamat része. Az ezzel kapcsolatos korábbi vizsgálatok túlnyomó része a segítő attitűdjének a páciensre gyakorolt hatásával foglalkozik. A segítő viszonyulás, az empátia alakulásának, segítőre gyakorolt hatását, annak okait, következményeit, illetve ezek érzelemszabályozással való összefüggését mindezidáig sokkal kevésbé, és csak bizonyos elemeit vizsgálták. Disszertáció újdonságértéke a következőkben foglalható össze:

- empátia fogalmának differenciálása (parallel/affektív és reaktív/kognitív empátia), összetevőinek eltérő hatása a kiégés különböző komponenseire, mely fontos szempont lehet a differenciált kiégés prevencióban,
- az érzelemszabályozás szerepének hangsúlyozása az empátia és ezen keresztül a kiégés alakulásában, amely eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a segítő kapcsolatban hatékony kommunikációs skillek elsajátításán kívül nagy hangsúlyt kell fektetni az érzelemszabályozás fejlesztésére,
- kiégés érzelmi kimerülés komponensének szoros összefüggése a másodlagos traumatizációval, ami felhívja a figyelmet arra, hogy a gyógyító munkában tapasztalt megterhelő érzelmi helyzetek feldolgozására szupervíziós lehetőség elsődleges fontosságú.

IRODALOMJEGYZÉK

- 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., Györffy, Zs., & Csoboth, Cs. (2006). Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, 8(2), 113-117.
- Bálint, M. (1956/2006). *Az orvos, a betege és a betegség*. Budapest: Animula.
- Barabás, K. (2010). Egészségfejlesztés a felsőoktatásban. *Népegészségügy* 88(1), 43-49.
- 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.
- 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 Neuroscience of Empathy* (pp. 3-15). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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., & 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.
- Devilly 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.
- 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., & 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.
- Engel, G. L. (1977). The need of a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129-136.
- Eslinger, P. J. (1998). Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European Neurology*, *1998*, 193-199
- 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.
- Fülöp, E. (2013). Másodlagos traumatizáció és kiégés 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 kiégés 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.
- Gleichgerricht, 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.
- 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.
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *14*, 414-421.
- 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.
- 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.

- Hegedűs, K., & Kovács, M. (2008). A munkahelyi stressz hatása az egészségügyi dolgozókra. *Hippocrates, 10*(2), 60-64.
- 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.
- 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.
- Ickes, W. (1993). Empathic accuracy. *Journal of Personality, 61*, 587-610.
- Gross, J. J. (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.
- Jovanovic, N., Podlesek, A., Volpe, U., Barrett, E., Ferrari, S., Kuzman, M.R. et al. (2016). Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *European Psychiatry, 32*, 34-41.
- Kállai J. (2007). Egészség és társas támogatás. In: J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*, (199-216). Budapest: Medicina.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: The University of Chicago Press.
- Kökönyei 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. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- 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.
- 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.
- 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.
- Pikó, B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek - munkahelyi stressz - társas támogatás. *Legis Artis Medicinae*, 11(4), 318-325.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York, NY: Free Press.
- Preston, S. D., & de Wall, F. B. M. (2002). Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behaviour and Brain Sciences*, 25, 1-72.
- 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.
- Reiss, H. (2010). Empathy in medicine – A neurobiological perspective. *Journal of American Medical Association*, 304(14), 1604-1605.

- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3(2), 131-41.
- 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.
- 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.
- 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.
- Simon, M., Herold, R., Fekete, S., & Tényi, T. (2007). A tükörneuronok avagy újabb adatok az interszubbektivitás neurobiológiájáról. *Psychiatria Hungarica*, 22, 418—429
- 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>
- 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.
- 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 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).
- 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>

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.

A DISSZERTÁCIÓ TÉMÁJÁBAN MEGJELENT SAJÁT PUBLIKÁCIÓK ÉS KONFERENCIARÉSZVÉTELEK

Nemzetközi publikációk

Fülöp, E., Papp-Zipernovszky, O., Kiss, J., Devecsery, Á., Kurimay, T., & Csabai, M.(2016) When empathy becomes risky. – Empathy and emotional regulation in the healing process. *Psychiatria Danubina* közlésre benyújtva

Komolafe, C., Csernus, M., & **Fülöp E.**(2015) Patients’ anxiety during the perioperative care from the point of view of the nursing staff and patients. *Kontakt 17(2)* pp. e80-e88.
[doi:10.1016/j.kontakt.2015.01.006](https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.006)

Fülöp, E., Devecsery, Á., Kurimay, T., & Csabai, M.(2013) Correspondence among emotional regulation, mentalization and burn-out at hungarian health care workers. *European Psychiatry 28(S1)* p. 1.

Fülöp, E., Devecsery, Á., Hausz, K., Kurimay, T., & Csabai, M.(2012) Over-involvement and burnout among psychiatry residents in Hungary. *European Psychiatry 27(SU1)* p. P-1386.

Fülöp, E., Devecsery, Á., Hausz, K., Kovács, Zs., & Csabai, M. (2011) Relationship between empathy and burnout among psychiatric residents. *New Medicine 15:(4)* pp. 143-147.

Hazai publikációk

Fülöp, E. (2016) Érteni vagy érezni? Empátia és érzelemszabályozás a segítő kapcsolatban. *Imágo* közlésre benyújtva

Fülöp, E., Páll, N., & Csabai, M.(2016) Amikor elfogy az energia. Kiegészés és hozzá kapcsolódó jelenségek a gyógyításban. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle* közlésre elfogadva

Fülöp, E. (2015) Kockázatok és kihívások a munka világában: A kiegészés. In: Falus, A. (szerk.), *Sokszínű egészségtudatosság: Értsd, csináld, szeresd!*,(181-190). Budapest: SpringMed Kiadó,
(ISBN:[9786155166587](https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.006))

Fülöp, E. (2013). Másodlagos traumatizáció és kiégés összefüggései az érzelemszabályozási folyamatokkal. In M. Csabai, J. N. Pintér (szerk.), *Pszichológia a gyógyításban* (167-190). Budapest: Oriold és társai.

(ISBN:[978 963 9771 92 5](#))

Páll, N., & **Fülöp, E.** (2013). Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása a gyermekápolókra. *Nővér*, 26(5), 3-11.

Fülöp, E., Devecsery, Á., & Csabai, M. (2012). Az érzelmi bevonódás és a kiégés összefüggései pszichiáter rezidensek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 201-217.

Nemzetközi konferencia részvételek

Fülöp, E., Devecsery, Á., Kurimay, T., & Csabai, M.(2013) Correspondence among emotional regulation, mentalization and burn-out at hungarian health care workers. EPA 21th Congress, Franciaország, Nizza 2013. 04.06-09

Fülöp, E., Devecsery, A., Hausz, K.(2012) Over-involvement and burnout among psychiatry residents in Hungary. EPA 20th Congress, Cseh Köztársaság, Prága 2012. 03.03-06.

Fülöp, E., Csabai, M. & Kurimay, T.(2011)The representation aspects of the therapeutic relationship among Hungarian psychiatric residents. 15th World Congress of Psychiatry, September 18-22. 2011. Argentina, Buenos Aires. *Abstract Book p.245*.

Hazai konferencia részvételek

Fülöp, E., Purebl, Gy.(2016) Orvos-beteg kommunikáció. workshop Interdiszciplináris Konferencia. Izgalmas Határterületi Kérdések a Korszerű Orvoslásban. Budapest, 2016. 04. 15-16.

Fülöp, E. (2014) Egészség és érzelemszabályozás a gyógyító munkában. Gyógyítók egészsége Szeged, 2014. 07. 01.

Fülöp, E.(2014) Stresszkezelés a pszichiátriai betegellátásban. Lilly Pszichiátriai Akadémia, Siófok, 2014. 09.26-27. (akkreditált képzés)

Fülöp, E., Szakács, K. & Zeley, R. (2012) Rugalmas határok Egy interszubjektív szemléletű szupervízió alakulásának lépései, nehézségei. „Határátkelők” Pszichoterápia folyóirat 8. konferenciája. 2012. május 11-12. Budapest. *Pszichoterápia* 21:(klsz) p. 33.

- Fülöp, E.** & Csabai, M. (2011) A páciens fókuszú attitűd változásai, és lehetséges magyarázatai. Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlése. Budapest május 25-27. Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság, 2011. p. 91.
- Fülöp, E.** & Csabai, M. (2011) A női orvos gyógyszer mellékhatásai. Civilizáció, lélek, Agykutatás. A Magyar Pszichiátriai Társaság Vándorgyűlése. Sopron, 2011. január 26-29. *Psychiatria Hungarica* 25:(Suppl.) p. 46.
- Csabai, M., Bálint, K. & **Fülöp, E.** (2011) Nők és férfiak bevonódási különbségei a gyógyító kapcsolatban. Az egészségi állapottal való összefüggések és a kutatás dilemmái XI. Magatartástudományi Napok Gödöllő, 2011. június 28-29.
- Fülöp, E.**(2010) Kapcsolatokba ágyazódva – A gyógyítás nonspecifikus hatótényezői interszjektív nézőpontból. Egyén és Kultúra. Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlése. 2010. május 27-29. Pécs: Magyar Pszichológiai Társaság, 2010. p. 60.

Egyéb publikációk

- Kovács, Zs., Szabó, Cs. & **Fülöp, E.** (2013) A terápia segít - emlőrákos betegek pszichoszociális támogatása, a depresszió és a szorongás csökkentése. *Psychiatria Hungarica* 28:(4) pp. 454-463.
- Komolafe, C., Raskovicsné Csernus, M., Lockenő Pincze, A. & **Fülöp E.**(2013) A betegek szorongása a perioperatív ellátás során. *Ápolásügy* 27:(2) pp. 11-16.
- Komolafe, C., Csernus, M., & **Fülöp E.** (2013) Műtét előtt álló betegek szorongásának összefüggése szociodemográfiai tényezőkkel. *Ápolásügy* 27:(3) pp. 14-16.
- Kovács, Zs., Pigniczkiné Rigó, A., Szabó, É., Sebestyén, Á., Hoyer, M., **Fülöp, E.**, Garamvölgyi, N., Török, I.A. & Petke, Zs.(2011) The prevalence of depression and anxiety in patients with malignant breast tumour. *New Medicine* 15:(2) pp. 61-66.
- Felkai, P., Kurimay, T., & **Fülöp, E.** (2011) Pszichiátriai beteg - a legkiszolgáltatottabb utazó. *Orvosi Hetilap* 152:(4) pp.131-138