

A pszichológiai segítséggel kapcsolatos laikus attitűdök

A pszichológiai segítséggel kapcsolatos laikus attitűdök

Problémafelvetés

Mind a testi, mind a lelki betegségek gyógyítása szempontjából nagyon fontos az a kérdés, hogy a közgondolkodásban milyen kép él a betegségekről, a pszichológusokról, a pszichoterápiáról és a pszichiáterekről. Napjainkban, ha betegségekről és azok gyógyításáról beszélünk, a tapasztalat azt mutatja, hogy a magyar lakosság döntő része az első számú segítségforrást az orvosokban és a gyógyszeres kezelésekben látja. Szocializációnk részeként már gyerekkorunktól fogva rendszeresen járunk orvoshoz és találkozunk orvoslással kapcsolatos mesékkel (pl. Dr.Bubó). Megtanuljuk, hogy mi várható egy orvosi kezeléstől, tudjuk, hogy milyen esetben kérünk orvosi segítséget és tisztában vagyunk azzal, hogy ott mire számíthatunk. Míg az orvoshoz járást mindennapi dolognak tekintjük, addig a pszichológus felkeresése sokkal ritkább, ennek megfelelően szokatlanabb is. Mivel sokkal kevesebb információval rendelkezünk arról, hogy miként zajlik egy pszichoterápiás kezelés, az emberek többsége számára ez a segítségi forma még ma is idegen és kissé misztikus. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy amikor pszichológiai segítségről beszélünk, az alatt a pszichológus, pszichiáter vagy pszichoterapeuta segítségét is érthetjük. Sok esetben tisztázatlanok a szakemberek munkája közötti különbségek is (Szönyi & Füredi, 2008). A hétköznapi tapasztalásaink során gyakran találkozhatunk előítéletekkel a pszichológusokkal, pszichoterápiával, pszichiátereikkel kapcsolatban, amely szerint (csak egy néhányat felsorolva) a pszichiáterhez az „örültek” járnak vagy, hogy a terápia során a kliens minden esetben egy kanapén fekve „önti ki a lelkét” a terapeutának. Azt is lehet tapasztalni, hogy sokan szinonimaként használják a pszichológus és pszichiáter kifejezéseket. Véleményem szerint a pszichológiai segítséggel kapcsolatos előítéletek egyik legfőbb forrása a hiányos ismeretekben keresendő. Emellett az idegenkedés hátterében, olyan negatív érzelmek is állhatnak, mint a szégyen, a megbélyegzéstől való félelem. A tájékozottság hiánya és az ismeretlentől való félelemmel összefüggő bizonytalanság együttesen meggátolhatja, hogy egy személy ilyen típusú segítséget vegyen igénybe.

Azonban ezek a feltevések elsősorban személyes tapasztalatokon alapszanak, mivel ennek a kérdéskörnek a feltárásával eddig hazai kutatások nem, vagy csak érintőlegesen foglalkoztak. Munkámmal ezt a hiány szeretném pótolni, pontosabban megtenni az első

lépéseket annak érdekében, hogy megtudjuk, hogy a „laikusok” hogyan vélekednek az eltérő pszichológiai kezelésekkel kapcsolatban, milyen esetben fordulnának segítségért, milyen fogalmakat kapcsolnak erőteljesebben és gyengébben a pszichológus, pszichiáter és pszichoterápia fogalmaihoz. Illetve, hogy tapasztalhatóak-e attitűdbeli különbségek a 3 segítő foglalkozással kapcsolatban. A továbbiakban áttekintem a témával összefüggő nemzetközi kutatási eredményeket, majd bemutatom saját vizsgálatomat, és annak eredményeit.

A pszichés betegségekkel kapcsolatos attitűdök

A testi bajok háttérében meghúzódó lelki okok feltételezése már az ókori görög medicinában is megjelent. Hippokratész a betegséget, mint pszichoszomatikus tünetet értelmezte. Elmélete szerint a betegség nem más, mint az ember test-lelki folyamatai és a környezete közötti diszharmónia, amelynek helyreállítása is csak holisztikus, testre és lélekre egyaránt ható, gyógymóddal lehetséges. Ez a szemlélet azonban az orvostudomány rohamos technikai fejlődésével és az egészségügyi intézményrendszer szervezeti kiszélesedésével, a gyógyítás folyamatában egyre inkább háttérbe szorult és az ún. medicinális modell vált közismertté, amely a biológiai folyamatokat nevezi meg a betegségek elsődleges és szinte kizárólagos okaként. A pszichológiai tényezők (az orvos-beteg kapcsolat fontossága) és lelki tényezők (egy-egy betegség háttérében meghúzódó pszichés probléma) figyelembevétele egyre csökkent és a testi tünetek kezelése vált központi kérdéssé. Az orvosi kiadványok is sok esetben elkülönítik és egymástól függetlennek kezelik a pszichés és szomatikus betegségeket. Gyakori, hogy a szomatikus diszciplínát képviselő orvosok egyáltalán nem tartják saját kompetenciájuk körébe tartozónak azokat a pszichés problémákat, amelyek a betegség okai, következményei lehetnek. De az is előfordul, hogy a pszichológusok és pszichiáterek nem szívesen foglalkoznak az organikus betegségek által okozott pszichés problémákkal (Csabai & Molnár, 2009). Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy az organikus és pszichés betegségek között még a szakmai köztudatban is gyakran szakadék húzódik, amelynek eredményeként a testi és lelki zavarokat nem egymásra ható, egymással összefüggő problémaként kezelik, hanem külön diszciplínákban jelenik meg. Mindezek alapján nem meglepő, hogyha a gyógyítással foglalkozó szakemberek így vélekednek, akkor ezek a nézetek a laikusok pszichés betegségről alkotott reprezentációiban is tükröződhetnek.

A pszichés betegségekkel kapcsolatos laikus attitűdökkel először az 1950-es években kezdtek a kutatók részletesebben foglalkozni. Az első vizsgálatok eredménye szerint az emberek meglehetősen kevés információval rendelkeztek a mentális betegségekről. Véleményüket ezért inkább az előítéletek formálták, mint a valós tudás. A kutatások szerint a

pszichés betegségeket gyakran illették: „veszélyes”, „kiszámíthatatlan” (Star 1952, 1955), valamint a „mocskos”, „rossz”, és „gyenge” jelzőkkel. (Nunnally, 1961). Ezek a szélsőségesen negatív vélemények az orvostudomány és főleg a pszichiátria fejlődésével napjainkra csökkenni látszanak. Valószínűleg szerepet játszik ebben a pszichés betegségekkel kapcsolatos ismeretek szélesebb körben való terjesztése, az oktatáson és a médián keresztül.

Laikus vélekedések a mentális betegségek okairól

A mentális betegségek okaira vonatkozó nézetek több tényező mentén szerveződhetnek. Ezek lehetnek adott esetben, pszichológiai (pl. személyiségzavar, instabil személyiség), társadalmi (pl. munkanélküliség, alkoholizmus, drogfogyasztás), pszichoszociális (pl. stressz, családi vagy párkapcsolati problémák), biológiai (pl. organikus betegségek, agyi károsodás) és genetikai tényezők. Kutatások eredményei azt mutatják, hogy a laikusok a mentális betegségek értelmezésekor általában nagyobb hangsúlyt helyeznek a pszichológia, társadalmi és pszichoszociális tényezőkre, mint a biológiai és genetikai okokra (Angermeyer & Matschinger, 1996; Furnham & Thompson, 1996). Ugyanakkor a mentális betegség jellegétől függően is változhatnak a legjellemzőbbnek tartott okok. Így például Lauber és munkatársai (2003) interjúik során azt találták, hogy depresszió esetén a laikusok leginkább a családi és párkapcsolati problémákat tartották a betegség okának, legkevésbé pedig a biológiai okokat hangsúlyozták. Szkizofrénia esetében ez az arány megfordult és a stressz tényezőt kívül a biológiai és genetikai tényezőket tartották a betegség hátterében meghúzódó legfőbb oknak (Furnham & Rees, 1988). Ezek a kutatások azt bizonyítják, hogy a laikusok rendelkeznek bizonyos ismeretekkel a mentális betegségekről, ám ezek messze nem annyira differenciáltak és koherensek, mint tudományos elméletek vagy kutatási eredmények. Furnham és Telford (2011) szerint vannak betegségek, amelyeket negatívabban ítélnék meg, mint másokat. Például a szkizofréniáról negatívabb attitűd él a köztudatban, mint a depresszióról. Ennek legfőbb oka az információk mennyiségében és minőségében rejlik. A depresszióról sokkal kiterjedtebb ismeretekkel rendelkezünk, mint a szkizofréniáról. A média (filmek, könyvek, színdarabok) gyakran mutatja be a veszélyes bűnözőket szkizofrénként, (illetve fordítva) míg a depressziósokat sokkal esendőbbnek, segítségre szorulóbbnak ábrázolják. A depressziósokkal való együttérzést az is fokozza, hogy magát a depressziós hangulatot az emberek többsége valamilyen személyes élmény alapján is ismerheti, míg a szkizofréniáról (szerencsére) nem sokan rendelkeznek ilyen közvetlen tapasztalatokkal. A betegségek megítélésével kapcsolatos kutatások eredményei rámutatnak a tájékozottság fontosságára, a meglévő információk vagy azok hiányának hatásaira. Ezért úgy vélem, hogy ennek a faktornak valószínűleg szerepe lehet a pszichés segítségnyújtás megítélésében is.

A pszichoterápiával kapcsolatos laikus nézetek

Definiálva, pszichoterápiáról beszélhetünk akkor, amikor képzett és jogosítvánnyal bíró személy (terapeuta) problémákkal küzdő másik embernek (páciens, kliens) segít viselkedése, illetve lelkiállapota megváltoztatásában; pszichológiai eszközökkel; általában rendszeres találkozások folyamatában; saját személyiségének bevonása és a terápiás kapcsolat erői révén; sajátos terápiás szituációban; meghatározott lépések algoritmusán át hatva (Kulcsár, 2009).

Jóllehet a pszichológusokkal, pszichoterápiával és pszichiáterrel kapcsolatban az emberek többségének nincs olyan közvetlen tapasztalata, mint az orvosi kezeléssel kapcsolatban, ennek ellenére filmek, könyvek, iskolai tanulmányok és másoktól származó információk alapján kialakítanak sémákat velük kapcsolatban is. Az utóbbi két évtizedben számos kutatás célja volt, hogy feltárja ezek tartalmát és szerveződésének jellegzetességeit. Furnham (1990) arra a következtetésre jutott, hogy a legelterjedtebb hiedelmek a terápiás ülés során tanult ismeretek, a terápia körülményei és a terápia során felmerülő konfliktusok és érzelmek köré szerveződnek. A kérdezett személyek többsége szerint a terapeuta saját érzelmeink megértésére és félelmeinkkel való szembenézésre tanít meg, a sikeres terápiás ülés feltétele a természetes és barátságos környezet. Illetve a személyek hamis elképzelésként értékelték, hogy a terapeuta gyakran ír fel gyógyszert és hogy a kliensek az ülés során kanapén fekszenek. Egy későbbi kutatásban Wong (1994) szintén hasonló eredményeket kapott, amik azt sugallják, hogy a pszichoterápiával kapcsolatos téves elképzelések kezdenek felülíródni. Valamint a személyes tapasztalat is hatással lehet az egyén véleményére. Azok a személyek, akik rendelkeztek pszichoterápiás tapasztalattal kevésbé voltak optimisták, ám realisabb elképzelésük volt a terápia potenciális előnyeivel kapcsolatban (Furnham, 1990; Wong, 1994). Az egyes terápiás formák közül a kutatásban résztvevők a hagyományos terápiákat (pl. egyéni terápia) hatékonyabbnak értékelték, mint az újabb, kevésbé elterjedt terápiás formákat (pl. születésterápia, ös-sikoly terápia) (Furnham & Wardley, 1991). A nembeli különbségekre koncentrálva, úgy tűnik, hogy a férfiak ritkábban kérnének terápiás segítséget, mint a nők, ha valami lelki problémájuk adódik (Padesky & Hammen, 1981; Leong & Zachar, 1999).

Gyógyszeres kezelésekkel kapcsolatos laikus nézetek

Mivel konkrét pszichiáterrel kapcsolatos laikus attitűdöket felmérő kutatásokat nem találtam, gyógyszeres kezelésekkel kapcsolatos attitűdkutatásokat tekintettem át, amely alapján az efajta kezelésekkel kapcsolatban a közvélemény inkább egy negatív véleménnyel

rendelkezett, inkább elkerülné (a súlyos mellékhatások miatt) és csak pszichózisok esetében értékelte hatékonynak, mint a szkizofrénia vagy a bipoláris zavar (Furnham, 2009). A pszichoterápiáról a laikusok általánosságban sokkal pozitívabban vélekednek, mint a gyógyszeres kezelésekről (Angermeyer & Dietrich 2006) és sok mentális betegség gyógyításában hasznos szerepet tulajdonítanak neki, így a depresszió, kényszerbetegségek esetén is. Ezen kutatási eredményekből kiindulva feltételezésem, hogy a többi lelki segítségformához képest a pszichiáterről az emberek általánosságban negatívabban fognak vélekedni.

Összegzés

A pszichológiai segítség témájával kapcsolatos eddigi kutatásokat áttekintve, kitűnik, hogy bár az orvosi kezelésekről az emberek többsége differenciáltabb véleménnyel rendelkezik, a pszichológussal, terápiával kapcsolatban is élnek koherens nézetek a köztudatban és ezeket a sémákat jelentősen befolyásolhatja a személyes tapasztalat. Ugyanakkor ezek az eredmények nem magyarországi, hanem nemzetközi kutatások alapján születtek, olyan országokban, ahol a pszichológiai segítség elterjedtebb és ezért szokványosabb tevékenységnek számít, mint hazánkban. Kutatásom célja a pszichológia segítséggel kapcsolatos attitűdök feltárása volt egy kisebb magyar minta kérdőíves vizsgálatával. Hipotéziseimet a nemzetközi szakirodalomra, valamint a tanulmányaim és önkéntes munkám során szerzett tapasztalataimra alapozva fogalmaztam meg.

Első hipotézisem, hogy a megkérdezettek, erősebben kapcsolnak pozitív (bizalom, segítség, remény) fogalmakat a pszichológus és pszichoterápia definíciójához, mint negatívakat (gyengeség, félelem, szégyen). Furnham (2009) kutatásából kiindulva, amely szerint a közvélemény a gyógyszeres kezeléseket inkább elkerülné, *második hipotézisem*, hogy a pszichiáterrel kapcsolatban is negatívabb attitűddel fognak rendelkezni a személyek, mint a pszichológussal vagy pszichoterápiával kapcsolatban. Angermeyer és Dietrich (2006) kutatásukban azt találták, hogy a pszichológiai segítséggel kapcsolatos negatív érzelmek elsődleges forrása a tapasztalat és tudás hiánya. Így *harmadik hipotézisem*, szerint a pszichoterápiában már részt vett (azaz tapasztalt) személyek kevésbé társítanak negatív érzelmeket a pszichológushoz és pszichoterápiához, mint azok, akik még nem vettek részt. *Negyedik hipotézisem* a nemi különbségek vizsgálatára vonatkozott (Padesky & Hammen, 1981; Leong & Zachar, 1999). Feltételeztem, hogy a férfiak a 3 pszichológiai segítséghez erősebben társítják a „gyengeség” és a „szégyen” fogalmát, mint a nők. Mivel a laikusok a depresszióról általában kiterjedtebb ismeretekkel rendelkeznek, mint más pszichés

betegségekről, *ötödik hipotézisem*, hogy a megkérdezettek szerint az emberek legnagyobb valószínűséggel depresszió esetén fordulnának pszichológiai segítségért (Furnham & Telford, 2011). *Hatodik hipotézisem*, hogy az elégedett személyek, erősebben kapcsolnak pozitív fogalmakat (bizalom, segítség, remény) pszichológiai segítség fajtáihoz (pszichológus, pszichoterápia és pszichiáter), mint az elégedetlen személyek.

Módszerek

Résztvevők

A kutatás során 250 személlyel vettem fel kérdőíveket, akik közül 76 személy férfi (30%) és 174 személy (70%) nő volt. Az életkori megoszlás és iskolai végzettség tekintetében is erős heterogenitás volt jellemző. A kérdezettek többsége (80 %) 20 és 50 év közötti volt és több mint fele (54,8 %) felsőfokú végzettséggel rendelkezett. A válaszadók közül 124 személy vett már igénybe pszichológiai segítséget (49,6%), 126 személy még nem (50,4%), így e tekintetben a minta homogénnek bizonyult. A további pontos megoszlásokat az 1. táblázat szemlélteti.

1. táblázat: A minta összetétele elemszám és százalékos megoszlás tekintetében (N=250)

	Nem		Iskolai végzettség			Életkor (év)					
	Férfi	Nő	Alapfok	Középfok	Felsőfok	<20	20-30	30-40	40-50	50-60	>60
n	76	174	19	94	137	9	52	100	48	24	17
%	30,4	69,6	7,6	37,6	54,8	3,6	20,8	40,0	19,2	9,6	6,8

Vizsgálat eszközei

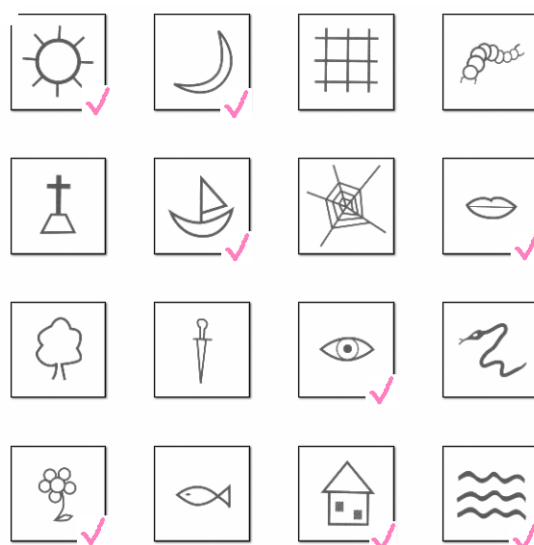
A kutatásban komplex kérdőíves eljárást alkalmaztam, amelyben a témával kapcsolatos nézetekre több szempontból is rákérdeztem. A kérdőív három részből állt. Az első rész az ún. Semantic Selection Test¹ (Urbánek, 2000, de' Escury, 2008, Szabó, 2010) volt, amely a pszichológiai segítségnyújtáshoz társított jelentéseket vizsgálja. A második rész egy önálló fejlesztésű kérdéssor volt, amely a különböző pszichés tünet és zavar megítélését vizsgálja. A harmadik részben a pszichoterápiás tapasztalatok minőségére kérdeztem rá. Ezen

¹ A tesztnek jelenleg még nincs magyar neve. A hazai validálás eredményei publikálás alatt (Szabó É, Németh R, Náfrádi L. - Alkalmazott Pszichológia folyóirat.)

túlmenően a kérdőívben szerepeltek demográfiai jellegű kérdések is. A teljes kérdőívet az 1. melléklet tartalmazza. Kutatásomat a módszerek részletes bemutatásával folytatom.

I. A SST (Semantic Selection Test) részletes bemutatása

A Semantic Selection Test (SST) egy viszonylag új fél-projektív eljárás, amely segítségével különböző fogalmak egymáshoz való viszonyát vizsgálhatjuk képek felhasználásával. A módszer első tudományos igényű alkalmazása Filip és Urbanek (2006) nevéhez fűződik. A teszt alapfeltevése, hogy a számunkra hasonló jelentéssel bíró fogalmakhoz hasonló képeket, jeleket társítunk. Így jelen esetben 9 fogalmat társítottam a pszichológiai segítséggel kapcsolatos érzelmek feltárásához (pszichológus, pszichoterápia, pszichiáter, bizalom, segítség, remény, gyengeség, félelem, szégyen). A tesztben minden egyes fogalom mellett 16 piktogram található, amelyből a személynek minden esetben azt a 8-at kell megjelölnie (lásd 1.ábra), amely szerinte leginkább kapcsolódik az adott szóhoz, fogalomhoz. A képsorozat minden szó esetében ugyanazokat az ábrákat, ugyanabban a sorrendben tartalmazza.



1. ábra: Az SST-ben használt ábrakészlet

Két fogalom között az asszociatív kapcsolat erősségére a mindkét szó esetében azonosan választott képek számából következtetünk. Az egybeesések száma 0-8-ig terjedhet. Mivel a válaszadás képek megjelölésével történik és nem nyilvánvaló a kiértékelés módja, a vizsgált személy nem tudja válaszait a vizsgálatvezető vélt elvárásaihoz vagy a szociális kíváncsiság szempontjaihoz igazítani. Így a teszt alkalmas arra, hogy olyan fogalmakhoz való viszonyt is vizsgáljunk, amelyekről az emberek esetleg nem szívesen nyilatkoznak, amelyek bizonyos értelemben „tabu” témának tűnhetnek, mint amilyen a pszichológushoz vagy a pszichoterápiához való viszony.

II. Pszichés tünetek és zavarok megítélése

A kérdőív következő részében, arra voltam kíváncsi, hogy a válaszadók szerint az emberek mely problémákkal fordulnának nagyobb valószínűséggel pszichológushoz és melyekkel kevésbé. A 14 felkínált tünet esetében a pszichológushoz fordulás valószínűségének megítélésére 5 fokozatú Likert skála állt a rendelkezésre, amelyen az 1-es érték az egyáltalán nem valószínűt, míg az ötös érték a nagyon valószínűt jelentette. A kérdőív összeállítása során korábbi kutatási eredményekre (Furnham, 1991; 2009) és, egy pszichoterápiával foglalkozó cégnél végzett, önkéntes munkám tapasztalataira támaszkodtam (lásd 1. melléklet).

III. A pszichoterápiás tapasztalatok minősége

A kérdőív harmadik részében a tapasztalt személyek (N=124) pszichoterápiás élményeinek a minőségére kérdeztem rá. A pszichoterápiás segítséget korábban már igénybe vett (azaz tapasztalt) személyek (N=124) négy lehetőség közül választva fejezhették ki, hogy milyen mértékben ítélték hasznosnak a kezelést.

1. egyáltalán nem segített, talán még rosszabbul is lettem tőle
2. nem segített, de nem is ártott
3. kicsit segített
4. jelentős segítséget nyújtott

A személyek válaszaik alapján feltérképezhető volt, az általános elégedettség mértéke és eloszlása a mintában.

Eljárás

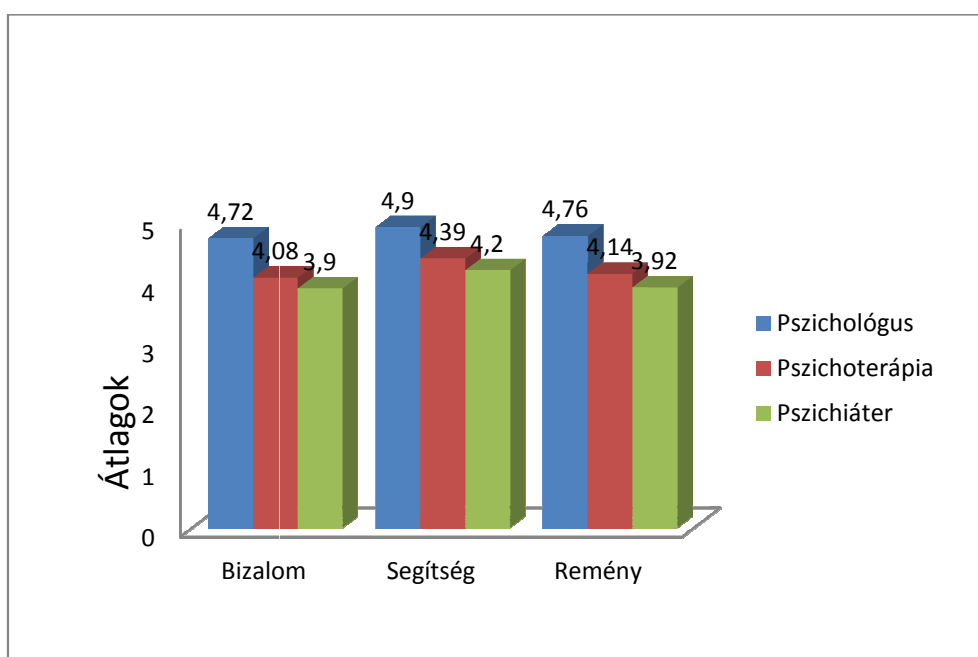
A kérdőívek felvétele a Feldmár Intézet önkéntes segítőinek közreműködésével, személyesen történt, a kitöltés anonim és önkéntes volt. A mintavételi eljárás hólabda módszerrel történt, így a minta nem tekinthető reprezentatívnak, az eredmények csak a vizsgált csoportra vonatkoznak, nem általánosíthatók. Az adatokat az SPSS 17.0 statisztikai programcsomaggal dolgoztam fel. Az alkalmazott próbákat és eljárásokat az eredmények bemutatásánál ismertetem.

Eredmények

1. A pozitív és negatív tartalmú fogalmak asszociatív kapcsolata a pszichológus, pszichoterápia és pszichiáter fogalmakkal

Elsőként arra kerestem a választ, hogy a kutatásban résztvevő személyek gondolkodásában milyen erősséggel kapcsolódnak a felkínált pozitív fogalmak (bizalom, segítség, remény) a pszichológus, pszichoterápia és pszichiáter fogalmához. Az SST eredményét a 2. ábra mutatja.

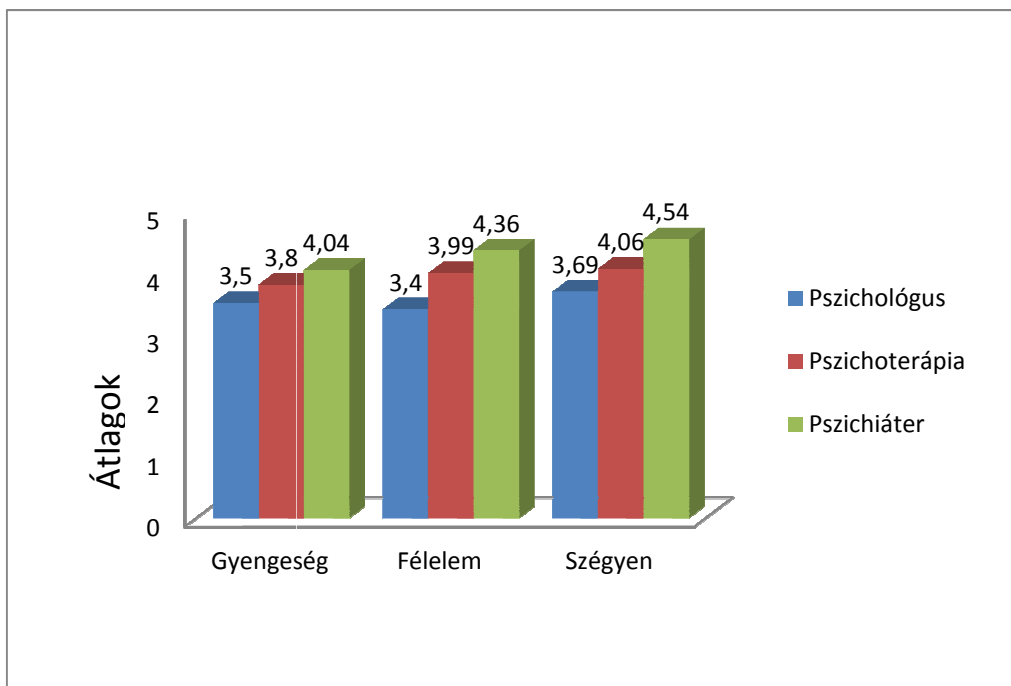
2. ábra A pozitív fogalmak kapcsolatának erőssége a megadott fogalmakhoz (N=250).



Jól látható, hogy a pozitív fogalmak egyértelmű asszociatív kapcsolatban vannak a pszichológus, pszichoterápia és pszichiáter fogalmával. A páros t-próbák eredménye szerint azonban a pszichológus fogalmához erőteljesebben kapcsolódnak a bizalom ($t_{(249)} = 5,675$; $p < 0,05$) a remény ($t_{(249)} = 5,652$; $p < 0,05$) és a segítség ($t_{(249)} = 5,128$; $p < 0,05$) fogalmai, mint a pszichoterápiához. A pszichiáter fogalmához a pozitív tartalmú szavak, mint a bizalom ($t_{(249)} = 6,073$; $p < 0,05$), a remény ($t_{(249)} = 6,219$; $p < 0,05$) és a segítség ($t_{(249)} = 5,500$; $p < 0,05$) minden esetben szignifikánsan gyengébben kapcsolódtak, mint a pszichológushoz. A pszichoterápia-pszichiáter fogalompár esetében, a pszichoterápiához kapcsolt erősebb pozitív fogalmak, mint a bizalom ($t_{(249)} = -1,477$; $p = 0,141$), a remény ($t_{(249)} = -1,706$; $p = 0,089$) és a segítség ($t_{(249)} = -1,614$; $p = 0,108$) nem bizonyultak szignifikáns különbségeknek.

A három felkínált negatív fogalom (gyengeség, félelem, szégyen), esetében is elvégeztem a jelentéstársításos vizsgálatot (SST). Megnéztem, hogy ezek milyen erősséggel kapcsolódnak a pszichológus, pszichoterápia és pszichiáter fogalmához, aminek eredményét a 3. ábra mutatja.

3. ábra A negatív fogalmak asszociatív kapcsolata a pszichológiai segítség fajtáival (N=250).

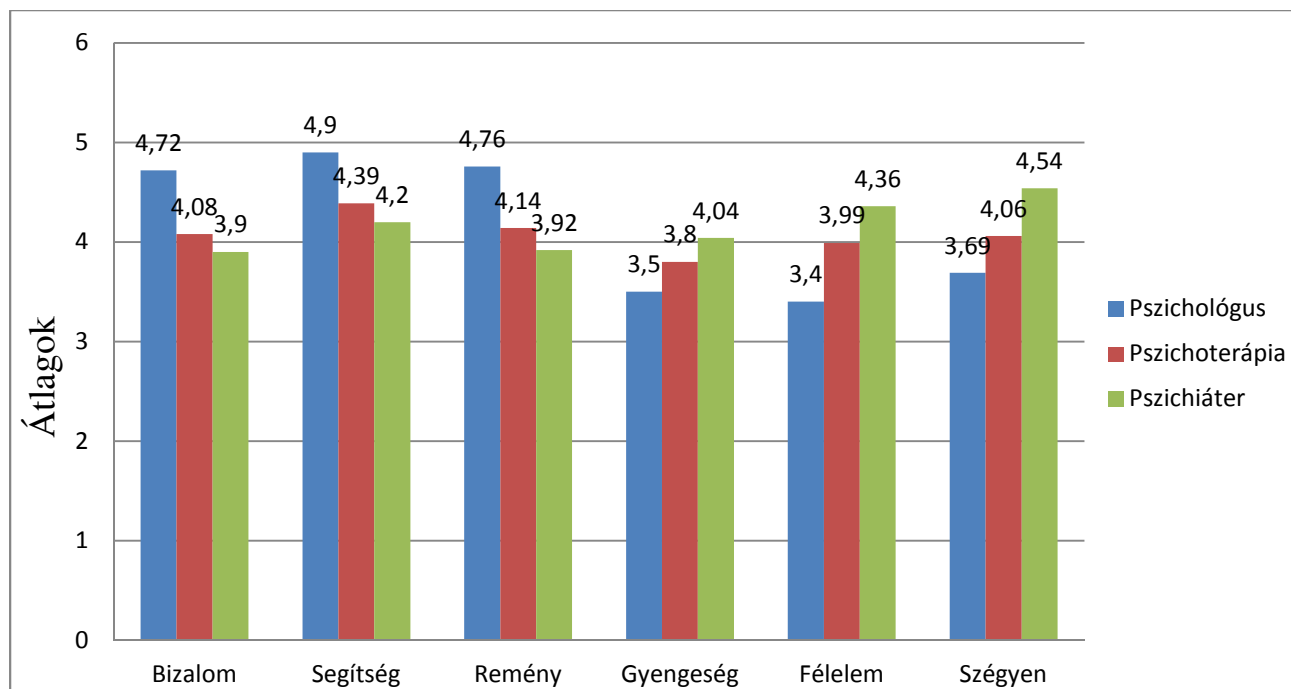


A negatív fogalmak kapcsolatának a vizsgálata során a kutatás résztvevői minden esetben gyengébben kapcsolták a negatív fogalmakat, tehát a gyengeség ($t_{(249)} = -3,126$; $p < 0,05$) félelem ($t_{(249)} = -5,342$; $p < 0,05$) és szégyen ($t_{(248)} = -3,345$; $p < 0,05$) fogalmát, a pszichológushoz, mint a pszichoterápiához. Valamint minden esetben szignifikánsan erősebben kapcsolták a negatív fogalmakat, mint a gyengeséget ($t_{(249)} = -5,054$; $p < 0,05$), a félelmet ($t_{(249)} = -7,153$; $p < 0,05$) és a szégyent ($t_{(249)} = -6,420$; $p < 0,05$) a pszichiáterhez, mint a pszichológushoz. Ez a szignifikáns különbség a pszichoterápia-pszichiáter fogalompár esetében is fennállt, ahol minden esetben a pszichiáterhez erősebben kapcsolódtak a gyengeség ($t_{(249)} = 2,413$; $p < 0,05$), a félelem ($t_{(249)} = 3,007$; $p = 0,003$) és a szégyen ($t_{(249)} = 4,196$; $p < 0,05$) fogalmai. A félelem és a szégyen fogalmát erősen társították a személyek a pszichoterápia és pszichiáter fogalmához is. Kiemelten a pszichiáter esetén.

További páros t-próbák eredményeiből kiderült, hogy a résztvevők minden esetben kevésbé erősen társították a negatív tartalmú fogalmakat, a pszichológus és a pszichoterápia szóhoz, mint a pszichiáter szóhoz.

A pozitív és negatív tartalmú szavak asszociatív kapcsolatát összehasonlítva, a három segítői forma esetében, egyértelműen láthatóvá válik, hogy a személyek a pszichológushoz kapcsolt pozitív és negatív szavakat egyértelműen elkülönítik. A pozitív és negatív szavak átlagai közötti különbségeket a 4.ábra mutatja. Ugyanez azonban nem mondható el a pszichoterápia és pszichiáter esetében. A pszichoterápiához a kérdezettek a félelem és a szégyen szavakat megközelítőleg ugyanolyan mértékben kapcsolták mint a pozitív tartalmú szavakat (bizalom, segítség, remény). A pszichológus szóval ellentétben a pszichiáter szó esetében megfordult a helyzet. Itt a személyek mind a három negatív tartalmú szót erősebben kapcsolták a pszichiáterhez, mint a pozitívakat. A t-próbák eredményét és az értékeket részletesen a 2.mellékletben foglaltam össze.

4.ábra: A pozitív és negatív fogalmak asszociatív kapcsolatát szemléltető összefoglaló táblázat a 3 segítői forma esetében



Az eddigi eredményeket összefoglalva elmondható, hogy megkérdezettek általánosságban inkább pozitívan, mint negatívan vélekedtek a pszichológusról és a pszichoterápiáról. Így első hipotézisem beigazolódott. A válaszadók a pszichiáterről viszont inkább negatívan, mint pozitívan vélekedtek, így második hipotézisem is igazolást nyert. Érdekes eredmény hogy a pszichoterápia esetében a pozitív fogalmak mellett a negatív tartalmú fogalmak (különösen a félelem és a szégyen) is erősen jelen voltak, egyfajta kettősség jellemezte a válaszadók elképzeléseit ezzel a fajta segítséggel kapcsolatban.

A megítélést befolyásoló tényezők vizsgálata: a tapasztalat és a nem hatása

A negyedik és ötödik hipotézisemben feltételeztem, hogy a nézeteket befolyásolhatja, a személyes tapasztalat, illetve a kérdezett neme. Ezért a továbbiakban ezek szerint a szempontok szerint osztottam csoportokra a résztvevőket és az így kialakult csoportok adatait hasonlítottam össze

A tapasztalat hatása a fogalmakhoz társított érzelmekre

A kutatás során kérdőíves formában arra is rákérdeztem, hogy a válaszadó igénybe vett-e már valaha pszichoterápiás vagy pszichológusi segítséget. A válaszok alapján a minta két nagyjából azonos létszámú alcsoportra oszlott. A kérdezettek közel fele (49,6%) már vett igénybe ilyen jellegű segítséget (őket a továbbiakban „tapasztaltak”-nak fogom nevezni), míg 50,4% még nem vett részt pszichoterápiás folyamatban (ők kerültek a „nem tapasztalt” csoportba). Független mintás t-próbával összehasonlítottam a két csoport SST-ben adott válaszainak átlagait. Az eredményeket a 2. táblázat szemlélteti.

2. táblázat: A fogalmak közötti kapcsolat erőssége a két csoport esetén (N=250).

	Csoport	Átlag	Szórás
Pszichológus – Bizalom	Tapasztalt	4,94	1,719
	Nem tapasztalt	4,50	1,638
Pszichológus – Gyengeség	Tapasztalt	3,23	1,464
	Nem tapasztalt	3,77	1,421
Pszichológus – Félelem	Tapasztalt	3,10	1,655
	Nem tapasztalt	3,70	1,717
Pszichológus – Remény	Tapasztalt	5,02	1,727
	Nem tapasztalt	4,50	1,604
Pszichoterápia – Segítség	Tapasztalt	4,59	1,525
	Nem tapasztalt	4,19	1,457
Pszichoterápia – Félelem	Tapasztalt	3,76	1,660
	Nem tapasztalt	4,22	1,512
Pszichoterápia – Remény	Tapasztalt	4,39	1,622
	Nem tapasztalt	3,89	1,555
Pszichiáter – Szégyen	Tapasztalt	4,25	1,920
	Nem tapasztalt	4,83	1,653

**Az eredmények minden esetben szignifikánsak voltak*

A táblázat adataiból is látszik, hogy a „nem tapasztaltak”, erőteljesebben kapcsolták a pszichológushoz a gyengeség ($t_{(248)} = -2,982$, $p < 0,05$) és félelem fogalmát ($t_{(248)} = -2,820$, $p < 0,05$), mint a tapasztaltak. A pozitív fogalmaknál éppen ellentétes tendencia volt megfigyelhető, a „tapasztalt” résztvevők inkább bizalommal ($t_{(248)} = 2,051$, $p < 0,05$) és reménnyel ($t_{(248)} = 2,487$, $p < 0,05$) gondoltak a pszichológusra. A pszichoterápiához

egyértelműen pozitívabban viszonyulnak, azok, akik tapasztaltak, ők erőteljesebben kapcsolták a segítség ($t_{(248)} = 2,111$, $p < 0,05$) és remény ($t_{(248)} = 2,479$, $p < 0,05$) gondolatát a terápiához. Míg a nem tapasztalt csoport tagjainál erősebb félelemérzet ($t_{(248)} = -2,312$, $p < 0,05$) asszociálódott a fogalomhoz. Érdekes, hogy a pszichiáter szó esetében csupán egy lényeges attitűdbeli eltérés volt felfedezhető a tapasztalat tekintetében, nevezetesen a szégyen fogalmánál ($t_{(248)} = -2,576$, $p < 0,05$), ami a társadalmi megítéléstől való erős félelem jele lehet. Mivel a pszichoterápiában már részt vett személyek valóban kevésbé társították a negatív érzelmeket a pszichológushoz és pszichoterápiához, mint azok, akik még nem, harmadik hipotézisem igazolódott.

A nem hatásának vizsgálata a fogalmakhoz társított érzelmekre

Az eredmények szerint a két csoport között egyetlen esetben sem találtunk szignifikáns különbséget. Tehát a férfiak és a nők egyforma arányban kapcsoltak pozitív és negatív érzelmeket a pszichológus, pszichoterápia és pszichiáter fogalmához. Meg kell azonban jegyezni, hogy a mintába jelentősen több nő (70%), mint férfi került be. Így az összehasonlítás eredményéből nem volna helyes határozott következtetéseket levonni. Negyedik hipotézisem, miszerint a férfiak a terápiás segítséghez erősebben társítják a „gyengeség” és a „szégyen” fogalmát, mint a nők nem nyert igazolást.

2. Pszichés zavarok és tünetek megítélése

A kutatás második részében egyes pszichés zavarok és tünetek megítélésére kérdeztem rá. Nevezetesen, hogy a kérdezettek szerint, általánosságban az emberek többsége milyen tünetek vagy problémák esetén fordulnának pszichológushoz. Gyakornoki munkám során szerzett tapasztalatok valamint Furnham és Telford (2011) kutatási eredményei alapján 14 tünetet soroltam fel. A felkínált tünetek esetében a pszichológushoz fordulás valószínűségét kellett megítélni egy 5 fokozatú Likert skála segítségével, amelyen az 1-es érték az egyáltalán nem valószínűt, míg az ötös érték a nagyon valószínűt jelentette. A válaszok átlagait és szórását csökkenő sorrendben a 3. táblázat mutatja.

3. táblázat A laikusok vélekedése a pszichológiai segítség igénybevételének valószínűségéről eltérő okok esetén (N=250).

Sorszám	Állítás	Átlag	Szórás
4.	Ha depressziósak	3,59	0,911
13.	Ha kellemetlen és kényszerítő gondolataik támadnak.	3,09	1,135
7.	Ha párkapcsolati problémájuk van.	3,01	0,976
11.	Ha kábítószerfüggő lennének	2,95	1,127
6.	Ha szexuális problémájuk van.	2,8	0,979

5.	Ha alkoholfüggők	2,77	0,971
12.	Ha hangulatingadozástól szenvednek.	2,63	1,042
10.	Ha régóta nem tudnak pihentetően aludni.	2,61	1,067
14.	Ha gyászolnak	2,58	1,066
1.	Ha szoronganak, vagy feszültek valami miatt	2,5	1,035
9.	Ha nem tudnak beilleszkedni egy közösségbe	2,28	0,962
8.	Ha munkahelyi nehézségekkel küzdenek.	2,25	0,902
3.	Ha krónikus fejfájásuk van.	1,92	0,906
2.	Ha nem tudnak leszokni az dohányzásról.	1,65	0,774

Az átlagokat megvizsgálva azt látjuk, hogy a legvalószínűbbnek tartott probléma, amivel, a kérdezettek szerint, az emberek pszichológushoz fordulnak a depresszió volt, így hatodik hipotézisem alátámasztást nyert. Hasonlóképpen eléggé valószínűnek tartották, hogy kényszerítő gondolatok vagy párkapcsolati problémák esetén valaki pszichológushoz fordul. A válaszadók a krónikus fejfájás és a dohányzásról való leszokás esetében tartották a legkevésbé valószínűnek, hogy valaki pszichológushoz forduljon. Független mintás t-próbát alkalmazva megvizsgáltam, hogy van-e különbség a tapasztalt és nem tapasztalt csoport között ebben a kérdésben, de nem találtam szignifikáns különbségeket. A nők minden esetben kissé magasabb valószínűségi értéket adtak meg, mint a férfiak. Néhány tünet megítélése esetében ez a különbség szignifikánsnak bizonyult. A statisztikai eredményeket a

4. táblázat szemlélteti.

4. táblázat A nők és férfiak véleményének átlagai (N=250).

Állítás	Nem	Átlag	Szórás
7. Ha párkapcsolati problémájuk van.	Nő	3,17	0,956
	Férfi	2,66	0,932
5. Ha alkoholfüggők.	Nő	2,87	0,991
	Férfi	2,54	0,886
14. Ha gyászolnak.	Nő	2,68	1,042
	Férfi	2,37	1,094
12. Ha hangulatingadozástól szenvednek.	Nő	2,71	1,036
	Férfi	2,43	1,037
1. Ha depressziósak	Nő	3,66	1,046
	Férfi	3,42	1,012

*Dőlt betűvel jelölt állítások, tendenciaszerűen térnek el nők és férfiak esetében.

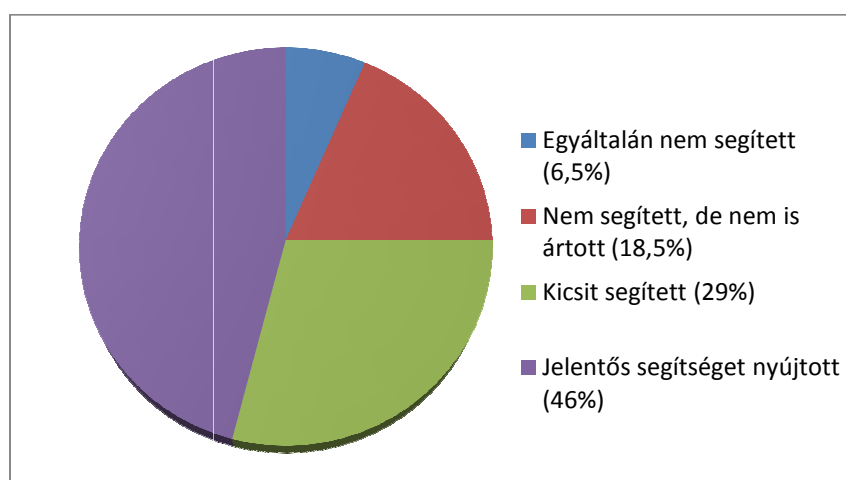
A táblázat adataiból jól látszik, hogy a nők valószínűbbnek tartották, hogy az emberek pszichológushoz fordulnak, ha párkapcsolati problémáik vannak ($t_{(248)}=3,900$; $p<0,001$), alkoholfüggők ($t_{(248)}=2,486$; $p=0,014$) vagy ha gyászolnak ($t_{(248)}=2,129$; $p=0,034$),

mint a férfiak. A hangulatingadozás ($t_{(248)}=1,954$; $p=0,052$) és depresszió ($t_{(248)}=1,926$; $p=0,055$) megítélésében tendenciaszerű eltéréseket találtam a két csoport között.

3. A tapasztalat minőségének hatása

A kutatásom harmadik részében a tapasztalt személyek terápiás élményeinek a minőségére voltam kíváncsi, nevezetesen, hogy inkább elégedettek vagy elégedetlenek voltak a kapott segítséggel. A pszichoterápiás segítséget korábban már igénybe vett (azaz tapasztalt) személyek ($n=124$) négy lehetőség közül választva fejezhették ki, hogy milyen mértékben ítélték hasznosnak a kezelést (lásd 1. ábra).

1. ábra A tapasztalt személyek terápiás élményeinek a minősége (N=124).



Négy válasz alapján 2 csoportba osztottam a személyeket. Akik úgy érezték, hogy a terápiás tapasztalatai *egyáltalán nem segítettek, talán még rosszabbul is lettek tőle vagy nem segítettek, de nem is ártottak* kerültek az „elégedetlen” csoportba, akik úgy gondolták, hogy ez a fajta segítség *kicsit segített vagy jelentős segítséget nyújtott*, kerültek az „elégedett csoportba”. A diagramon jól látható, hogy a tapasztalt válaszadók jelentős többsége (75%) elégedett volt a pszichológiai segítséggel, míg 25%-a elégedetlen volt.

Független mintás t-próbával, összehasonlítottam a két csoport SST-vel mért pozitív és negatív attitűdjeit (lásd 5.táblázat).

5. táblázat Az elégedett és elégedetlen személyek pszichológussal és pszichoterápiával kapcsolatos attitűdjei (N=124).

	Csoport	Átlag	Szórás
Bizalom-pszichológus	Elégedettek	5,24	1,354
	Elégedetlenek	3,97	1,716
Segítség-pszichológus	Elégedettek	5,35	1,197
	Elégedetlenek	4,03	1,441
Remény-pszichológus	Elégedettek	5,29	1,494
	Elégedetlenek	4,10	1,579
Félelem-pszichológus	Elégedettek	2,83	1,461
	Elégedetlenek	4,00	1,606
Gyengeség-pszichológus	Elégedettek	3,01	1,660
	Elégedetlenek	4,03	1,626
Szégyen-pszichológus	Elégedettek	3,29	1,351
	Elégedetlenek	4,32	1,652
Bizalom-terápia	Elégedettek	4,55	1,586
	Elégedetlenek	3,23	1,704
Segítség-terápia	Elégedettek	4,74	1,524
	Elégedetlenek	4,00	1,342
Remény-terápia	Elégedettek	4,65	1,025
	Elégedetlenek	3,48	1,544
Félelem-terápia	Elégedettek	3,76	1,660
	Elégedetlenek	4,22	1,512
Gyengeség-terápia	Elégedettek	3,49	1,544
	Elégedetlenek	4,42	1,025
Szégyen-terápia	Elégedettek	3,73	0,958
	Elégedetlenek	4,58	1,575
Bizalom-pszichiáter	Elégedettek	4,37	2,031
	Elégedetlenek	3,10	1,660
Segítség-pszichiáter	Elégedettek	4,62	1,756
	Elégedetlenek	3,16	1,393
Remény-pszichiáter	Elégedettek	4,35	1,998
	Elégedetlenek	3,06	1,711
Félelem-pszichiáter	Elégedettek	3,88	1,977
	Elégedetlenek	4,94	1,413
Gyengeség-pszichiáter	Elégedettek	3,66	1,671
	Elégedetlenek	4,71	1,101
Szégyen-pszichiáter	Elégedettek	3,92	1,946
	Elégedetlenek	5,29	1,488

A táblázat eredményei alapján látható hogy, az elégedett személyek magasabb arányban kapcsolták a bizalom ($t_{(122)} = -3,744$; $p < 0,001$), segítség ($t_{(122)} = -4,092$; $p < 0,001$) és remény ($t_{(122)} = -3,521$; $p = 0,001$) fogalmát a pszichológushoz, mint az elégedetlen személyek. Alacsonyabb arányban kapcsolták a félelem ($t_{(122)} = 3,596$; $p < 0,001$), gyengeség ($t_{(122)} = 3,557$; $p = 0,001$) és szégyen ($t_{(122)} = 3,143$; $p = 0,002$) fogalmát a

pszichológushoz, mint az elégedetlen személyek. Ehhez hasonló eredményt kaptam a pszichoterápiával kapcsolatosan is. Az elégedett személyek sokkal magasabb arányban kapcsolták a bizalom ($t_{(122)} = -3,806$; $p < 0,001$), segítség ($t_{(122)} = -2,415$; $p < 0,005$) és remény ($t_{(122)} = -3,651$; $p < 0,001$) fogalmát a pszichoterápiához, mint az elégedetlen személyek. Alacsonyabb arányban kapcsolták a félelem ($t_{(122)} = 2,528$; $p < 0,005$), gyengeség ($t_{(122)} = 3,110$; $p < 0,005$) és szégyen ($t_{(122)} = 2,829$; $p = 0,05$) fogalmát a pszichoterápiához, mint az elégedetlen személyek. A pszichiáter megítélése esetében is egy ilyen fajta tendenciára lehetünk figyelmesek. Az elégedett személyek magasabb arányban kapcsolták a bizalom ($t_{(122)} = -3,143$; $p < 0,005$), segítség ($t_{(122)} = -4,211$; $p < 0,001$) és remény ($t_{(122)} = -3,221$; $p < 0,005$) fogalmát a pszichiáterhez, mint az elégedetlen személyek. Alacsonyabb arányban kapcsolták a félelem ($t_{(122)} = 2,740$; $p = 0,007$), gyengeség ($t_{(122)} = 3,277$; $p = 0,001$) és szégyen ($t_{(122)} = 3,571$; $p < 0,005$) fogalmát a pszichiáterhez, mint az elégedetlen személyek. Az eredmények alapján igazolódott a hatodik hipotézis. A tapasztalt személyek többsége elégedett volt, azzal a pszichológiai segítséggel, amit kapott és ennek eredményeként minden esetben pozitívabban vélekedtek a pszichológusról, a pszichoterápiáról és pszichiáterről, mint az elégedetlen személyek.

Konklúzió

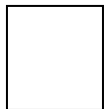
Kutatásom célja a pszichológiai segítséggel kapcsolatos attitűdök feltárása volt. Nevezetesen, annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy a laikus személyek hogyan vélekednek a pszichológusról, pszichoterápiáról és a pszichiáterrel kapcsolatban. Vizsgálatom az első lépést jelenti annak feltárása felé, hogy a köztudatban inkább egy pozitív vagy negatív kép él-e a pszichológiai segítséggel kapcsolatban, hasznosnak ítélik-e meg segítségüket, valamint, hogy a nem és a személyes tapasztalat hatással lehet-e ezekre a véleményekre. Első és második hipotézisem beigazolódt, a pszichológussal és pszichoterápiával kapcsolatos attitűdök általánosságban valóban inkább pozitívak, míg a pszichiáter esetében negatívak voltak. Akik erősen asszociáltak pozitív tartalmú fogalmakat a pszichológusi segítséghez azok gyengébben kapcsolnak hozzá negatívakat (Furnham, 1992), míg a pszichiáter esetében megfordult ez az arány. Akik erősen kapcsolnak negatív tartalmú fogalmakat a pszichiáterhez, azok gyengébben kapcsolnak hozzá pozitívakat. Ez azt jelentheti, hogy általánosságban a pszichológussal és pszichiáterrel kapcsolatos ambivalenciák nem egy-egy személyen belül vannak jelen, sokkal inkább arról van szó, hogy a személyek vélhetően két csoportba oszthatóak. Vannak, akik bizalommal vannak a pszichológus (pszichiáter) iránt, és ezért kevés negatív érzésük van ezzel kapcsolatban, míg mások egyértelműen inkább negatívan éreznek. A harmadik hipotézisem (a személyes tapasztalat meghatározó fontossága) is beigazolódt, így, akik már vettek részt pszichoterápiás folyamatban, azok sokkal pozitívabban vélekedtek a pszichológusról és a terápiáról. A negyedik hipotézisem a nemek hatására vonatkozott. Nem találtam különbséget a nők és férfiak között abban a tekintetben, hogy milyen erősséggel társítják a felkínált negatív és pozitív fogalmakat a pszichológus, pszichoterápia és pszichiáter fogalmához. Meg kell azonban jegyezni, hogy a nemek aránya nem volt kiegyenlített. A vizsgálat kitért az egyes pszichés betegségek és problémák megítélésére is. Úgy tűnik, hogy a kérdezettek szerint az emberek a legvalószínűbben depresszió, kényszeres gondolatok és párkapcsolati problémák esetén fordulnának elsősorban pszichológushoz. A munkahelyi problémák és a dohányzásról való leszokás esetében tartották ezt a legkevésbé valószínűnek. Az eredmények tehát alátámasztották ötödik hipotézisemet, és egybe esnek a nemzetközi szakirodalomból ismert adatokkal is (Furnham és Telford 2011.) A nők minden esetben valószínűbbnek tartották a pszichológiai segítség igénybevételét, mint a férfiak, ami részben azzal magyarázható, hogy a nők természetükből adódóan, gyakrabban kérnek segítséget és könnyebben beszélnek a problémáikról, mint a férfiak. Ez a különbség néhány esetben azonban nemcsak tendenciaszerű, hanem szignifikáns is volt. Így a férfiak kevésbé gondolták,

hogy párkapcsolati problémával, alkoholfüggőséggel vagy gyással pszichológushoz kell fordulni. Elképzelhető, hogy a megkérdezett férfiak ezeket a problémákat tekintették a legszemélyesebb problémáknak, amelyek szerintük nem tartoznak idegen személyekre, de az is lehet, hogy ezeket az élet természetes velejárójának tartják, amivel mindenkinek képesnek kell lennie megbirkózni. A pszichoterápiával és a pszichológussal kapcsolatos idegenkedés egyik legfőbb oka, az információ hiány lehet (Angermeyer és Dietrich, 2006). Ezért lényeges kutatásomnak az az eredménye, amely szerint a kedvező terápiás tapasztalat egyértelműen pozitívabb vélekedést eredményezett a pszichológiai segítséggel kapcsolatban. Ezzel egyben hatodik hipotézisem is igazolást nyert.

Összefoglalva a kutatás eredményeit, arra a következtetésre jutottam, hogy míg a személyek többségében egy pozitív kép él a pszichológusokkal és a pszichoterápiával kapcsolatban, addig a pszichiáterekről inkább egy negatív. Ugyanakkor a pszichoterápia esetében egyfajta ambivalencia is megfigyelhető a személyek gondolkodásában, a pozitív kifejezések mellett erősen kapcsolatba hozták a félelemmel és a szégyennel is. Így elképzelhető, hogy bár sokan hiszik, hogy a terápia segít, és hasznos lehet, ugyanakkor sokan félnek is tőle. Meglehet azonban, hogy nem magától a terápiától félnek, hanem attól a stigmától, amit ma még a pszichológiai segítségre szorulás jelent hazánkban. Eredményeim alapján ez a fajta társadalmi megbélyegzéstől való félelem a pszichiáteri segítség esetében még erősebben jelen lehet. Így kiemelten fontosnak tartom a pszichológusi és pszichoterápiás segítség népszerűsítését hazánkban, akár a médián, akár oktatási intézmények tantervi programjain keresztül, valamint a pszichiáteri segítség e mértékű negatív megítélése mögött rejtőzködő attitűdök, hiedelmek feltárását.

Jelen kutatás korlátait az jelentheti, hogy a minta nem tekinthető reprezentatívnak és a kérdezettek a hólabda módszernek köszönhetően egy meghatározott körből kerültek ki. A kvalitatív eljárások, bár jóllehet az SST egy olyan fél-projektív módszer, amely nem sok teret enged a szociálisan kíváncsú válaszok irányába való torzításnak, nem tudnak egy teljes képet adni a pszichológiai segítségről kialakult laikus attitűdök háttéréről. Jövőbeli kutatási célom nagyobb mintán, kvalitatív eljárásokat (interjú, szabad asszociáció stb.) is bevonva megvizsgálni ezt a kérdéskört.

Kérdőív



(A/B)

Kedves válaszadó!

Hosszú távú célunk, hogy felmérjük a magyarok jártasságát, kulturáltságát az érzelmi, lelki kérdésekben, a viszonyulásukat a pszichológiai problémákhoz, így egy teljesebb képet kapva a jelenlegi attitűdökről.

1. Vett-e már igénybe bármilyen pszichológiai segítséget?

1. Igen – A csoport
2. Nem – B csoport

2. Neme:

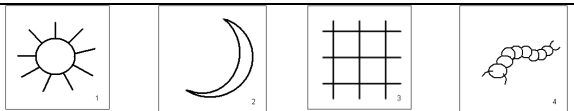
1. Férfi
2. Nő

3. Iskolai végzettsége:

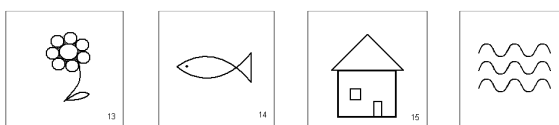
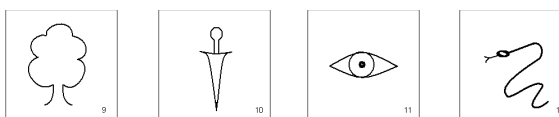
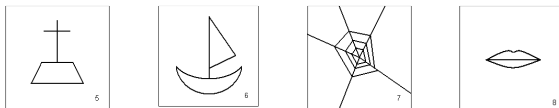
1. Kevesebb mint 8 általános
2. Általános iskola
3. Szakmunkásképző
4. Szakközépiskola,technikum
5. Gimnázium
6. Főiskola
7. Egyetem

4. Instrukció

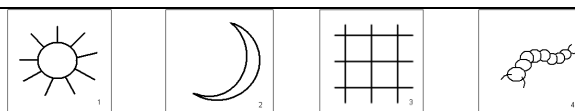
A következő oldalakon 8 szót talál. Mindegyik mellett 16 képet lát, apró számokkal a kép sarkában. Arra kérnénk, hogy válasszon ki 8 képet minden egyes szóhoz. Nincs jó vagy rossz választás. Az a fontos, hogy olyan képet válasszon, ami ön szerint illik az adott szóhoz. Előfordulhat, hogy egyes képeket gyakrabban választ, mint másokat. Ez nem baj, nem kell a képeket egyenletesen elosztania. Ne gondolkozzon túl sokat a választásán.



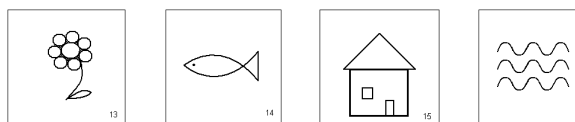
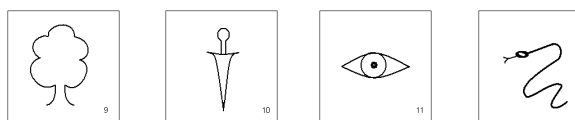
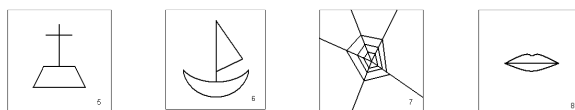
1. Bizalom



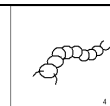
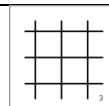
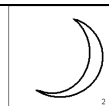
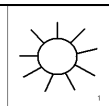
Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!



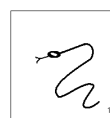
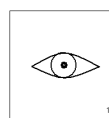
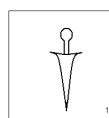
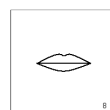
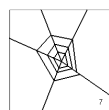
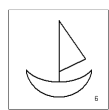
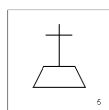
2. Gyengeség



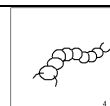
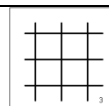
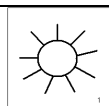
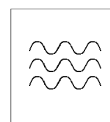
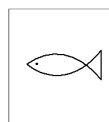
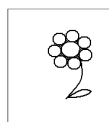
Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!



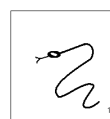
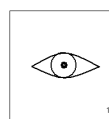
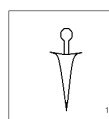
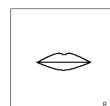
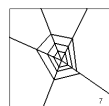
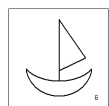
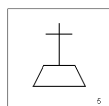
3. Pszichoterápia



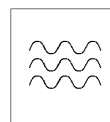
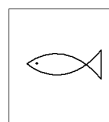
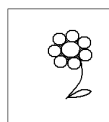
Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!



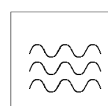
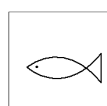
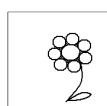
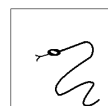
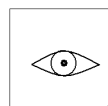
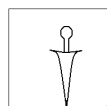
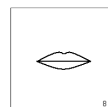
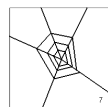
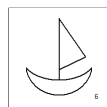
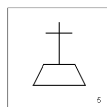
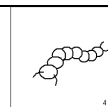
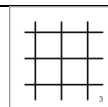
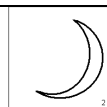
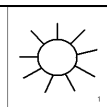
4.Segítség



Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!

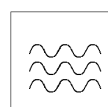
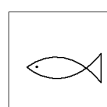
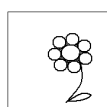
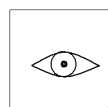
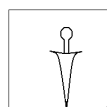
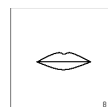
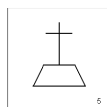
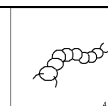
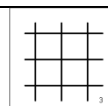
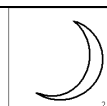
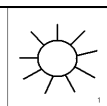


5. Félelem



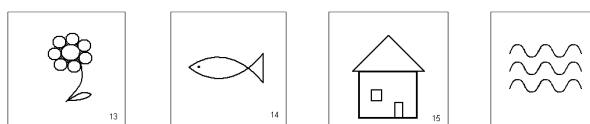
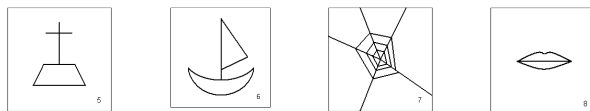
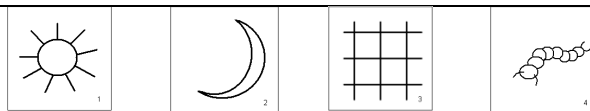
Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!

6. Pszichológus



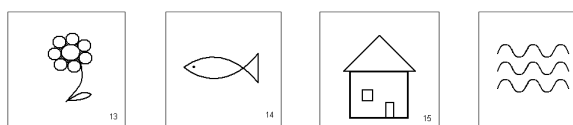
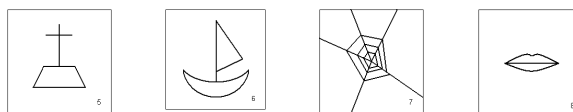
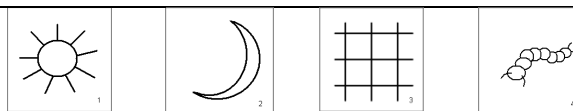
Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!

7. Remény

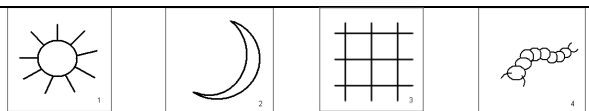


Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!

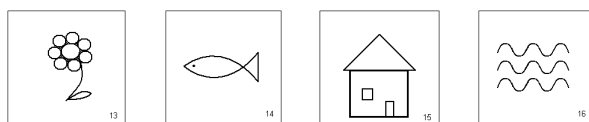
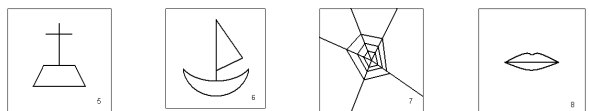
8. Szégyen



Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!



9. Pszichiáter



Ellenőrizd, hogy 8 képet választottál-e!

5. Ön szerint mennyire valószínű, hogy az emberek az alábbi problémával pszichológushoz fordulnak? Válaszát jelölje 1-től-5-ig.

1. egyáltalán nem 2. nem valószínű 3. lehetséges 4. elég valószínű 5. nagyon valószínű

	1	2	3	4	5
1. Ha szoronganak, vagy feszültek valami miatt.					
2. Ha nem tudnak leszokni az dohányzásról.					
3. Ha krónikus fejfájásuk van.					
4. Ha depressziósak.					
5. Ha alkoholfüggők.					
6. Ha szexuális problémájuk van.					
7. Ha párkapcsolati problémájuk van.					
8. Ha munkahelyi nehézségekkel küzdenek.					
9. Ha nem tudnak beilleszkedni egy közösségbe.					

10. Ha régóta nem tudnak pihentetően aludni.					
11. Ha kábítószerfüggők.					
12. Ha hangulatingadozástól szenvednek.					
13. Ha kellemetlen és kényszerítő gondolataik támadnak.					
14. Ha gyászolnak.					

6. A csoport- Mennyiben érezte a problémája megoldódása (gyógyulása) szempontjából hasznosnak ezt a segítséget?

1. egyáltalán nem segített, talán még rosszabbul is lettem tőle
2. nem segített, de nem is ártott
3. kicsit segített
4. jelentős segítséget nyújtott

2.melléklet:

Fogalompárok	p-érték	t-érték	df
BizPszichol – BizTerápia	0,000	5,675	249
BizPszichol – GyenTerápia	0,000	5,643	249
BizPszichol – SegTerápia	0,000	2,839	249
BizPszichol – FélTerápia	0,000	4,114	249
BizPszichol – RemTerápia	0,000	5,267	249
BizPszichol – SzégyTerápia	0,000	3,928	249
GyenPszichol – BizTerápia	0,000	-3,548	249
GyenPszichol – GyenTerápia	0,000	-3,126	249
GyenPszichol – SegTerápia	0,000	-5,898	249
GyenPszichol – FélTerápia	0,000	-4,618	249
GyenPszichol – RemTerápia	0,000	-4,020	249
GyenPszichol – SzégyTerápia	0,000	-5,090	249
SegPszichol – BizTerápia	0,000	-6,773	249
SegPszichol – GyenTerápia	0,000	7,039	249
SegPszichol – SegTerápia	0,000	5,128	249
SegPszichol – FélTerápia	0,000	5,474	249
SegPszichol – RemTerápia	0,000	6,652	249
SegPszichol – SzégyTerápia	0,000	5,387	249
FélPszichol – BizTerápia	0,000	-3,835	249
FélPszichol – GyenTerápia	0,000	-3,566	249
FélPszichol – SegTerápia	0,000	-6,038	249
FélPszichol – FélTerápia	0,000	-5,342	249
FélPszichol – RemTerápia	0,000	-4,246	249
FélPszichol – SzégyTerápia	0,000	-5,583	249
RemPszichol – BizTerápia	0,000	5,470	249
RemPszichol – GyenTerápia	0,000	6,050	249
RemPszichol – SegTerápia	0,002	3,183	249
RemPszichol – FélTerápia	0,000	4,526	249
RemPszichol – RemTerápia	0,000	5,652	249
RemPszichol – SzégyTerápia	0,000	4,304	249
SzégyPszichol – BizTerápia	0,016	-2,426	248
SzégyPszichol – GyenTerápia	0,000	-0,806	248
SzégyPszichol – SegTerápia	0,421	-4,606	248
SzégyPszichol – FélTerápia	0,018	-2,383	248
SzégyPszichol – RemTerápia	0,006	-2,768	248
SzégyPszichol – SzégyTerápia	0,002	-3,345	248
BizPszichol-BizPszichi	0,000	6,073	249
BizPszichol-GyenPszichi	0,000	4,191	249
BizPszichol-SegPszichi	0,000	3,793	249
BizPszichol-FélPszichi	0,054	1,933	249
BizPszichol-RemPszichi	0,000	5,954	249
BizPszichol-SzégyPszichi	0,325	0,987	249

Fogalompárok	p-érték	t-érték	df
GyenPszichol-BizPszichi	0,021	-2,139	249
GyenPszichol-GyenPszichi	0,000	-5,054	249
GyenPszichol-SegPszichi	0,000	-4,369	249
GyenPszichol-FélpPszichi	0,000	-6,833	249
GyenPszichol-RemPszichi	0,000	-4,020	249
GyenPszichol-SzégyPszichi	0,000	-5,090	249
SegPszichol-BizPszichi	0,000	7,026	249
SegPszichol-GyenPszichi	0,000	5,534	249
SegPszichol-SegPszichi	0,000	5,500	249
SegPszichol-FélpPszichi	0,002	3,152	249
SegPszichol-RemPszichi	0,000	6,935	249
SegPszichol-SzégyPszichi	0,031	2,173	249
FélpPszichol-BizPszichi	0,006	-2,761	249
FélpPszichol-GyenPszichi	0,000	-5,106	249
FélpPszichol-SegPszichi	0,000	-4,788	249
FélpPszichol-FélpPszichi	0,000	-7,153	249
FélpPszichol-RemPszichi	0,005	-2,858	249
FélpPszichol-SzégyPszichi	0,000	-8,116	249
RemPszichol-BizPszichi	0,000	6,245	249
RemPszichol-GyenPszichi	0,000	4,544	249
RemPszichol-SegPszichi	0,000	4,084	249
RemPszichol-FélpPszichi	0,027	2,228	249
RemPszichol-RemPszichi	0,000	6,219	249
RemPszichol-SzégyPszichi	0,214	1,245	249
SzégyPszichol-BizPszichi	0,229	-1,206	248
SzégyPszichol-GyenPszichi	0,005	-2,820	248
SzégyPszichol-SegPszichi	0,001	-3,223	248
SzégyPszichol-FélpPszichi	0,000	-4,891	248
SzégyPszichol-RemPszichi	0,174	-1,365	248
SzégyPszichol-SzégyPszichi	0,000	-6,420	248
BizPszichi-BizTer	0,141	-1,477	249
BizPszichi-GyenTer	0,565	0,576	249
BizPszichi-SegTer	0,000	-3,846	249
BizPszichi-FélpTer	0,593	-0,535	249
BizPszichi-RemTer	0,070	-1,819	249
BizPszichi-SzégyTer	0,355	-0,927	249
GyenPszichi- BizTer	0,774	-0,287	249
GyenPszichi- GyenTer	0,014	2,413	249
GyenPszichi- SegTer	0,022	-2,306	249
GyenPszichi- FélpTer	0,710	0,372	249
GyenPszichi- RemTer	0,528	-0,632	249
GyenPszichi- SzégyTer	0,832	-0,213	249
SegPszichi- BizTer	0,329	0,978	249
SegPszichi- GyenTer	0,014	2,486	249
SegPszichi- SegTer	0,108	-1,614	249
SegPszichi- FélpTer	0,209	1,260	249
SegPszichi- RemTer	0,583	0,594	249
SegPszichi- SzégyTer	0,382	0,876	249

Fogalompárok	p-érték	t-érték	df
Félpeszichi- BizTer	0,132	1,500	249
Félpeszichi- GyenTer	0,000	4,684	249
Félpeszichi- SegTer	0,889	-0,140	249
Félpeszichi- FélTer	0,003	3,007	249
Félpeszichi- RemTer	0,204	1,275	249
Félpeszichi- SzégyTer	0,015	2,460	249
RemPeszichi- BizTer	0,205	-1,270	249
RemPeszichi- GyenTer	0,473	0,718	249
RemPeszichi- SegTer	0,000	-3,627	249
RemPeszichi- FélTer	0,690	-0,399	249
RemPeszichi- RemTer	0,089	-1,706	249
RemPeszichi- SzégyTer	0,432	-0,787	249
SzégyPeszichi- BizTer	0,013	2,513	249
SzégyPeszichi- GyenTer	0,000	6,466	249
SzégyPeszichi- SegTer	0,357	0,923	249
SzégyPeszichi- FélTer	0,000	4,351	249
SzégyPeszichi- RemTer	0,021	2,321	249
SzégyPeszichi- SzégyTer	0,000	4,196	249

Felhasznált irodalom

- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1996). Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 94, 326–336.
- Angermeyer, M. & Dietrich, S. (2006) Public belief about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandanavia*, 133, 163–179.
- Brewin, C. R.; Furnham, A.(1986). Attributional versus preattributional variables in self-esteem and depression: A comparison and test of learned helplessness theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 1013-1020.
- Buda, B. (1981). Pszichoterápia. Gondolat, Budapest.
- Calnan, M. (1987). Health and Illness: The lay perspective. London: Tavistock.
- Csabai M. & Molnár P.(2009). Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia.
- Corrigan, J.D., & Schmidt, L. D.(1983). Development and validation of revisions in the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 395–441.
- d’Escriy, A. C., Gajdosjova, E., & de Beunje, C. (2008) The Semantic Selection Test, an individually based assessment method: a short training and result of two studies in Slovakia and the Netherlands. Paper presented at Colloquium of International School Psychology Association, Utrecht, Nederland
- Filip, M., Urbánek, T. (2006): Measuring preverbal constructs through the Semantic Selection Test and its use in a clinical setting. Paper presented in 8th European Conference on Personal Construct Psychology, Bäckaskog Slott, Kristianstad, Sweden.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1972). Orientations to seeking professional help: Development and Research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Furnham, A., Lowick, V. (1984). Lay theories of the causes of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 57(4), 319–332.
- Furnham, A. & Rees, J. (1988). Lay theories of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 212–220.

- Furnham, A. & Thomson, L. (1996). Lay theories of heroin addiction. *Social Science and Medicine*, 43, 29–40.
- Furnham, A. & Wardley, Z. (1990). Lay theories of psychotherapy I: Attitudes to and beliefs about psychotherapy and psychotherapists. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 878–890.
- Furnham, A. & Wardley, Z. (1991) Lay theories of psychotherapy II: The efficacy of different therapies and prognosis or different problems. *Human Relations*, 44, 1197–2010.
- Furnham, A. & Telford, K. (2011). Public Attitudes, Lay Theories and Mental Health Literacy: The Understanding of Mental Health. In: L'abate, L. (Ed), *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control* (pp.3–23). Rijeka, Croatia: InTech.
- Kulcsár, É. (2009). *Tanácsadás és Terápia*. Elte Eötvös Kiadó.
- Kushner, M. G., & Sher, K.J. (1989). Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(4), 251–257.
- Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C. & Rossler, W. (2003). Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, (suppl. 418), 96–99.
- Leong, F. & Zachar, P. (1999) Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27, 123–132.
- McKay, J. R., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., & Kabasakalian-McKay, R. (1996). Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 616–622.
- McKeen, P. & Corrick, S. (1991). Public attitudes to depression: A national survey. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8, 116–121.
- Millstein, S. G., Irwin, C. E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6(6), 515–524.
- Nunnally, Jum C. (1961). *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Padesky, C. A., & Hammen, C. L. (1981). Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles*, 7, 309–320.

- Sims, A. (1993). The scar that is more than skin deep: The stigma of depression. *British Journal of General Practitioners*, 43, 30–31.
- Star, S., & Shirley, A. (1952). "What the Public Thinks about Mental Health and Mental Illness." Chicago: National Opinion Research Center
- Star, S. (1955). The public's ideas about mental illness. Paper presented at: Annual Meeting of the National Association for Mental Health; November 5, Indianapolis, Ind.
- Szabó, É. (2010). Semantic Selection Test – A new methodological approach towards the exploration of children's views on social issues. In Cunningham Peter–Fretwell Nathan (eds.): Life long learning and active citizenship. Proceedings of the 12th Children's Identity and Citizenship in Europe, London Metropolitan University, London, 455.
- Szőnyi G., Füredi J. (2008): A pszichoterápia tankönyve.
- Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems: 1. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81, 777–788.
- Urbanek, T. (2000) Possibilities of quantification of the Semasiological selection test. *Studia Psychologica*, 42(3), 283-287
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98–111.
- Wong, J. (1994) Lay theories of psychotherapy and perceptions of therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 624-632.