

Debreceni Egyetem
Bölcsészettudományi Kar
Pszichológiai Intézet

**A pszichológusok öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjei,
ismeretei és tapasztalatai a kényszeres segítséssel és a
kiégéssel összefüggésben**

Készítette: Gaál Emese Réka

3. évfolyam

Pszichológia BA

Témavezető: Kató Szabolcs
egyetemi tanársegéd



**DEBRECENI
EGYETEM**

Debrecen, 2024

Tartalomjegyzék

Absztrakt	2
Bevezetés	2
Szakirodalmi áttekintés	3
<i>Az öngyilkos magatartás kapcsolata a pszichológus szakmával</i>	3
<i>Az öngyilkosság krízise</i>	5
<i>Az öngyilkosság rizikófaktorai</i>	6
<i>Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök az öngyilkossági kockázat felmérésében</i>	7
<i>A pszichológusok öngyilkossággal kapcsolatos attitűdje</i>	8
<i>A segítő foglalkozások kockázatai</i>	9
<i>A kényszeres segítés és a helper szindróma</i>	9
<i>A kiégés szindróma</i>	11
<i>A pszichológusok és a kiégés</i>	12
<i>A kiégés prevalenciája pszichológusok körében</i>	12
<i>Demográfiai tényezők</i>	13
<i>Munkahelyi tényezők</i>	13
<i>Intraperszonális tényezők</i>	14
<i>A kiégés következményei</i>	16
Vizsgálat	19
<i>A vizsgálat célja</i>	19
<i>Minta</i>	20
<i>Módszer</i>	21
<i>Eredmények</i>	22
<i>Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdökre és tapasztalatokra vonatkozó hipotézisek</i> ...	24
<i>A kiégéssel és a kényszeres segítéssel kapcsolatos hipotézisek</i>	26
<i>További vizsgálatok</i>	26
Következtetések	28
Nyilatkozat Mesterséges Intelligencia használatáról	32
Irodalomjegyzék	32

Absztrakt

Dolgozatom a pszichológusok öngyilkossági veszélyeztetettségének kérdéskörét vizsgálja. Tekintettel a pszichológus szakma és az öngyilkosság szempontjából különösen veszélyeztetett egészségügyi foglalkozások közötti párhuzamokra, a pszichológusok az átlagpopulációhoz képest ugyancsak nagyobb kockázatnak lehetnek kitéve az öngyilkosság szempontjából. Az öngyilkossággal kapcsolatos elfogadó, normalizáló attitűd és az öngyilkossággal kapcsolatos élményeknek való fokozott kitettség a pszichológus szakma kézenfekvő következményei lehetnek, ugyanakkor az öngyilkossági rizikót nagyban növelik, akár csak a kiégéshez vezető kényszeres segítség jelenléte. Ebből kifolyólag a mintát alkotó pszichológusok öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjeit, ismereteit és tapasztalatait vizsgáltam a kényszeres segítséssel és a kiégéssel összefüggésben. A statisztikai vizsgálat a kényszeres segítség és a kiégés együttjárásának bizonyítása mellett támogatja azt az elképzelést, miszerint a kényszeres segítség növeli a kiégés mértékét a pszichológusok körében, ami hatással van az öngyilkossággal kapcsolatos dicsőítő attitűdökre. Fontos eredmény továbbá, hogy az elemzés során minél nagyobb volt az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség, annál erősebbnek mutatkozott a kényszeres segítség hatása az öngyilkosság glorifikációjára. Az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy mind a szuicídumra vonatkozó attitűdök és az öngyilkossági veszélyeztetettség pontos összefüggései, mind a pszichológusok jólléte több figyelmet érdemelne a tudományos életben, továbbá rámutatnak az öngyilkosság-megelőzést érintő kutatások fontosságára, és a kiégés pszichoanalitikus megközelítésű vizsgálatainak szükségességére.

Bevezetés

Annak ellenére, hogy a szuicídum a világ minden részén jelentős társadalmi probléma, s bármilyen származású, életkorú, nemű, foglalkozású embert érinthet, vannak az öngyilkosság szempontjából nagyobb kockázatnak kitett csoportok, akik kiemelt figyelmet érdemelnek. Ilyen csoportokat képeznek az egészségügyben, humán szolgáltatások területén dolgozó, „professzionális segítő” szakemberek, például a pszichológusok is.

A pszichológusok bizonyos értelemben a személyiségükkel dolgoznak, emiatt fokozottan ki vannak téve az ún. helper szindróma vagy kényszeres segítség, és a kiégés problémájának (Fekete, 2000). A pszichológusok munkájuk során az átlagembernél gyakrabban találkoznak megterhelő érzelmi helyzetekkel, szuicid gondolatokkal küzdő páciensekkel, ami a témában való magasabb ismeretszintüket eredményezheti (Williams et al.,

2018). A kényszeres segítség és a kiégés, valamint az öngyilkossággal kapcsolatos élményeknek való fokozott kitettség növelheti az öngyilkossági kockázatot (Fekete, 2000; Miklin et al., 2019), hiszen hatással lehet az öngyilkossági gondolatok megjelenésére, ami öngyilkossági kísérletbe hajszolhatja az egyént (Hegedűs, 2019).

Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök vizsgálatai szerint az attitűdök segítséget nyújthatnak az szuicid prevenció komplex feladatában. Több kutatási eredmény szól amellett, hogy a megengedő attitűdök öngyilkossági rizikófaktornak tekinthetők. A pszichológusok, akik feltételezhetően nagyobb gyakorisággal találkoznak az öngyilkosság jelenségével, s alapvető „kötelességük” az előítéletmentes beállítódás, hajlamosak lehetnek elfogadóbbá válni az öngyilkosság gondolatával szemben, ami növelheti saját öngyilkossági kockázatukat. A személyes veszteségélmények ugyancsak eredményezhetik az elfogadó hozzáállást.

Mindezek ismeretében dolgozatom fő célja a pszichológusok öngyilkossági veszélyeztetettségének alapos körbejárása. Azt vizsgálom, hogy a pszichológusok milyen öngyilkossággal kapcsolatos attitűdökkel jellemezhetőek, és hogy ezek az attitűdök mutatnak-e összefüggést a szuicídumra vonatkozó ismeretszintjükkel és tapasztalataikkal, valamint az esetleges öngyilkossági gondolataikkal. Vizsgálom továbbá a kiégés és a kényszeres segítség közötti potenciális kapcsolatot, és annak attitűdökre gyakorolt hatását.

Fontosnak tartom, hogy a pszichológusok jóléte előtérbe kerüljön a tudományos életben, mert az öngyilkossági kockázatok megértése és kezelése hozzájárulhat a pszichológiai szolgáltatások minőségének javításához, és a pszichológusok egészségének megőrzéséhez.

Szakirodalmi áttekintés

Az öngyilkos magatartás kapcsolata a pszichológus szakmával

Az öngyilkosság az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO, 2018 idézi Balázs, 2018) definíciója szerint olyan humánspecifikus cselekedet, amelynek során az egyén saját akaratából vet véget az életének úgy, hogy teljesen tudatában van tettének végzetes és visszafordíthatatlan kimenetelével.

Az öngyilkosság a világ minden részén jelentős népegészségügyi probléma. Az Egészségügyi Világszervezet kimutatásai szerint minden évben több mint 700.000 ember hal meg öngyilkosságban (WHO, 2023). 2020-ban az Európai Unióban 47 252-en hunytak el öngyilkosság következtében, ami a 2020-ban bejelentett összes haláleset 0,9 százalékának felelt meg (Eurostat, 2023). E kimutatás szerint Magyarország a második helyen áll a százezer főre jutó öngyilkosságot tekintve.

Az egészségügyben dolgozó szakemberek más foglalkozásokhoz képest kifejezetten magas öngyilkossági rátákkal jellemezhetőek, emiatt több kutatás foglalkozott az okoknak, következményeknek és a megelőzés lehetőségeinek körbejárásával (Chan et al., 2022; Tanaka & Ikeuchi, 2023). A COVID-19 járványt követően az orvosokra, ápolókra még több figyelem irányult (Galbraith, 2021; Guille, 2021). A pszichológusok az öngyilkosság szempontjából szintén nagyobb kockázatnak lehetnek kitéve, mint az átlagpopuláció, tekintettel a pszichológus szakma és más egészségügyi területek közötti párhuzamokra (Zuckerman, 2017). Ennek ellenére rendkívül alacsony azoknak a kutatásoknak a száma, amelyek a pszichológusok öngyilkossági rátáival foglalkoznak.

Pope és Tabachnick (1994) 800 pszichológust felölelő vizsgálatában a résztvevők 29%-a öngyilkossági érzésekről számolt be, 4%-uk pedig elmondásuk alapján meg is kísérelt öngyilkosságot. Egy 2022-es tanulmány szerint az Egyesült Államokban 2003 és 2018 között 159 pszichológus halt meg öngyilkosság következtében: az elhunytak 64%-a férfi volt, továbbá becslések szerint a 2018-as évben a pszichológusok által elkövetett öngyilkosság a vizsgált egészségügyi szakmák összes öngyilkosságának 4,9%-át tette ki (Li et al., 2022). Ezek az eredmények rávilágítanak arra, hogy a pszichológusok öngyilkosság-megelőzése nagyobb figyelmet érdemelne a tudományos életben, amit megerősít Kleespies és munkatársainak (2011) azon eredménye is, miszerint a pszichológus öngyilkossága rendkívül erős érzelmi hatást gyakorol nem csupán a családtagokra, barátokra, hanem a pszichológussal együtt dolgozó kollégákra, kliensekre, hallgatókra, gyakornokokra, egészségügyi személyzetre is. Mindemellett a nagy nyilvánosság elé tárt esetek különösen negatív benyomást kelthetnek a szakmáról, aminek fő célja éppen a mentális egészség elősegítése (Kleespies et al., 2011).

Az egészségügyben, szociális szférában, humán szolgáltatások területén dolgozó szakemberek megnövekedett öngyilkossági rizikójához hozzájárulhat az is, hogy ők azok, akik leggyakrabban találkoznak az öngyilkosság problémájával: Trimble és munkatársai (2000) például ausztrál pszichológusokat vizsgáltak, akiknek háromnegyede számolt be arról, hogy volt öngyilkosságot megkísérlő kliense, s több mint egyharmada veszített el egy vagy több klienst öngyilkosság következtében. Az öngyilkosság-kutatások jelenlegi álláspontja szerint az öngyilkosságnak való kitettség öngyilkossági rizikófaktornak tekinthető, mert egyesek számára az öngyilkossági veszteség a szuicídumot elképzelhetőbb megoldássá teszi a személyes problémákra (Miklin et al., 2019). Az öngyilkos páciensekkel, kliensekkel való foglalkozás tehát önmagában érzékenyebbé teheti a szakembereket az öngyilkossági

magatartás kialakítására, amellet, hogy őket terheli a legnagyobb kockázatú krízisállapottal való foglalkozás felelőssége.

Az öngyilkosság krízise

A krízishelyzet Caplan (1964 idézi Hajduska, 2008) definíciója szerint egy érzelmileg nagy jelentőséggel bíró, lélektanilag kritikus szituáció, amellyel az egyén kénytelen szembenézni és minden erőfeszítését a megoldásnak szentelni, ugyanakkor a szokásos problémamegoldó eszközei ehhez nem bizonyulnak elegendőnek. A szuicid krízis kiváltó oka leggyakrabban a családi élet válsága, szerep-, teljesítmény-, identitás- és karrierkonfliktusok, és a kiszolgáltatottság helyzete (Hajduska, 2008). Hátterében az érzelmi élet stabilizálására való képtelenség áll. A megoldhatatlannak tűnő válsághelyzetben a szuicid egyén számára az öndestrukció tűnik az egyetlen és végleges megoldásnak, miközben az ambivalencia önmagában is megterhelő érzésével küzd: „az önfenntartás vágya vívódik a megsemmisülési fantáziákkal” (Hajduska, 2008, p. 183).

Az öngyilkosság természetesen rendkívül komplex jelenség, kialakulásában számtalan biológiai, pszichológiai, pszichiátriai, szociális és kulturális tényező szerepet játszik, amelyek „összjátékaként” jöhet létre az önpusztítás mellett való elköteleződés. Ebben hatalmas szerepet játszanak az egyéni történet jellegzetességeinek és dinamikájának, a krízis súlyosságának és halmozódásának, a személyiség szocializációs sajátosságainak és aktuális teherbíró képességének együttes, kedvezőtlen fennállása (Hajduska, 2008).

A kialakult krízishelyzetben számos olyan veszélyre utaló jelet felfedezhetünk, amelynek korai felismerésével megelőzhetővé válhat a katasztrófa. Szinte minden esetben megelőzi a tettet a segélykérés valamilyen formája (Temesváry, 2005), az ún. „cry for help”, amelynek során az egyén verbális vagy nonverbális formában közli a környezetével, hogy öngyilkosságra készülődik. E jeleknek a felismerése azonban nem egyszerű feladat, mert a krízisállapotba került ember közléseit a környezet gyakran nem érzékeli, nem érti meg, mert aki lelki válságban van, az kommunikációs válságba is kerül, vagyis mást, máshogyan és más eszközökkel kommunikál, mint ami a hétköznapi érintkezésben megszokott (Müller, 1991). Ennek következményeként az egyén a környezet számára érthetatlenné, maga számára pedig meg nem értetté válik. A szakemberhez fordulás az egyetlen járható út a bajbajutott számára, hiszen a krízisre orientált szakember empátiás és módszeres megértéssel képes válaszolni az öngyilkossági krízis által fenyegetett jelzéseire, és képes azt a visszajelzést kommunikálni a bajbajutott felé, hogy elfogadja őt, ezáltal elszigeteltségét is képes oldani (Müller, 1991). Ugyanakkor a másik, „segítő” oldalon a szakemberek számára különösen megterhelő lehet a

szuicid páciensekkel való foglalkozás, hiszen a nekik nyújtott segítség sok esetben nem ér célba vagy a beavatkozás már túl későn történik. A haláleset hírére a szakemberek tagadással, elfojtással, a szakmai tekintély elvesztésétől való félelemmel, a személyes és szakmai alkalmatlanság, a harag, a bűntudat és az önvád érzéseivel reagálhatnak (Chemtob et al., 1988).

Az öngyilkosság rizikófaktorai

Az öngyilkosság krízisének ismertetése mellett érdemes áttekinteni a prevenciós beavatkozások alapjául szolgáló rizikófaktorokat. Az általános rizikófaktorok kifejtése mellett a pszichológusokat veszem górcső alá.

Elsődleges rizikófaktoroknak a pszichiátriai betegségeket, és az azok miatt csökkent központi idegrendszeri szerotoninaktivitás tekinthetjük (Rihmer & Fekete, 2012). A legfontosabb közülük az aktuálisan fennálló major depressziós epizód jelenléte (Rihmer & Fekete, 2012; Rihmer & Németh, 2014), valamint az alkohol-és/vagy gyógyszerdependencia és a szkizofrénia is, különösen, ha az előzetes öngyilkossági kísérlettel társul (Rihmer, 2007).

Pope és Tabachnick (1994) pszichológusokat vizsgáltak, akiknek 61%-a számolt be klinikai depresszióról. Későbbi tanulmányok is a depresszió magas arányáról számoltak be a pszichológusokat illetően (Gilroy et al., 2002; Richardson et al., 2018), továbbá vannak eredmények arra vonatkozóan, hogy a szerhasználat ugyancsak gondot jelent a pszichológusok körében: 393 tanácsadó pszichológus vizsgálatakor a megkérdezettek 10%-a számolt be arról, hogy a múltjukban küzdöttek szerhasználati problémával, és 43%-uk ismert olyan férfi, 28%-uk pedig olyan női pszichológust, aki jelenleg is alkoholproblémákkal küzd (Good et al., 1995). Kleespies és munkatársai (2011) öngyilkosságot elkövetett pszichológusok kollégáival készített interjú során azt találták, hogy az elhunyt pszichológusok több mint fele depresszióval vagy szerhasználati problémákkal küzdött.

Ugyancsak elsődleges rizikófaktornak tekinthető az előzetes öngyilkossági kísérlet, ugyanis a klinikai és epidemiológiai vizsgálatok rávilágítottak arra, hogy a kísérletek letalitása minden újabb kísérlettel növekszik (López-Castroman et al., 2011 idézi Goñi-Sarriés et al., 2018). A depresszióhoz gyakran társuló komorbid szorongásos betegségek, valamint személyiségzavarok és a súlyos testi megbetegedések szintén növelik az öngyilkossági rizikót (Rihmer & Fekete, 2012). A családi halmozódás ugyancsak megfigyelhető: több vizsgálat szerint nő az öngyilkosság elkövetésének valószínűsége abban az esetben, ha korábban már fordult elő öngyilkosság a családban (Runeson & Asberg, 2003; Rajalin et al., 2013; Rihmer et al., 2017).

A másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok az elsődleges rizikófaktorok fennállásakor növelik a szuicid magatartás esélyét (Rihmer & Fekete, 2012). Ide sorolható a gyermekkori traumatizáció, fizikai és szexuális abúzus, a tartósan fennálló negatív életesemények emelkedett gyakorisága (Osváth et al., 2004 idézi Rihmer & Fekete, 2012), s az olyan demográfiai rizikófaktorok, mint a nem, az életkor és azok az időszakok, amikor gyakoribbak az öngyilkosságok, öngyilkossági kísérletek (tavasz, kora nyár, perimenstruális időszak, reggeli-délelőtti órák stb.) (Rihmer & Fekete, 2012). A legveszélyeztetettebb életkor az idősebb korosztály, akiknek a biológiai hanyatlás, a szaporodó betegségek, a korlátozottságok és az időskori depresszió mellett pszichoszociális nehézségek, anyagi-, presztízs-, és tárgyvesztések sorával kell szembenézniük (Temesváry, 2005). Különösen veszélyeztetettek továbbá a férfiak: habár az öngyilkossági kísérletek a nők körében gyakoribbak, a férfiak körében lényegesen magasabb a befejezett szuicídumok száma, egyrészt a violencebb módszerválasztásuk (Vörös et al., 2004), másrészt az alkohol abúzus és dependencia nagyobb előfordulási gyakorisága miatt (Cavanagh et al., 2003).

Pszichológusok esetében ezeken a rizikófaktorokon túl más tényezők is növelhetik az öngyilkossági rizikót. Zuckerman (2017) a családi érintettség, a depresszió és szorongás általános mértéke mellett az élet során elszenvedett traumák számát említi, mint az öngyilkosság szignifikáns előrejelzőjét a pszichológusok körében. A szerző ugyancsak felveti a munkahelyi stresszorok szerepét az öngyilkosság kialakulásában, köztük a kiégést is, ugyanakkor az általa vizsgált mintán mindezt nem sikerült alátámasztani. Ezzel szemben orvosok esetében több alkalommal is sikerült a kiégést kapcsolatba hozni az öngyilkossággal (Lheureux et al., 2016; Moukaddam et al., 2020). Annyi bizonyos, hogy további kutatásokra lenne szükség a témában.

Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök az öngyilkossági kockázat felmérésében

Az attitűdök olyan mentális reprezentációk, amelyek egy attitűdtárgy értékelését összegzik (Smith et al., 2021). Jellegzetességük, hogy hármas szerkezetűek: kognitív, affektív és viselkedéses tényezőket foglalnak magukba. Megismerésük legfőbb „haszna”, hogy általuk gyakran bejósolhatóvá válik a viselkedés (Smith et al., 2021).

A szuicídumra vonatkozó attitűdrendszer ismerete az öngyilkosság-kutatásban egyéni szinten azért lehet jelentős, mert „az attitűdskála (...) sokszor helyettesítő mutatóként használható az öngyilkosság-veszély felismerésére.” (Hegedűs, 2019, p. 152). Számos kutatási eredmény született arra vonatkozóan, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos megengedő attitűdök öngyilkossági rizikófaktorok tekinthetők (Batterham et al., 2013; Jeon

et al., 2013; Park et al., 2016), vagyis azok, akik elfogadóak az öngyilkossággal kapcsolatban, hajlamosabbak arra is, hogy öngyilkossági gondolataik legyenek (Hegedűs, 2019). Ez utóbbi könnyen elvezet az öngyilkosság konkrét tervezgetéséhez, ami növeli az öngyilkosság megjelenésének kockázatát (Hegedűs, 2019).

Batterham és munkatársai (2013) az öngyilkosságot elkövető emberekkel kapcsolatos stigmatizáló, elfogadó és dicsőítő attitűdök vizsgálatakor azt találták, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos élményeknek fokozottabban kitett emberek – vagyis azok, akik öngyilkossággal kapcsolatos médiatartalmakat fogyasztanak, vagy öngyilkossági kísérletet/öngyilkosságot követett el valaki a közvetlen környezetükben – több tudással rendelkeztek az öngyilkosságról, valamint nagyobb arányban magyarázták az öngyilkosságot depresszióval és társas izolációval stigmatizálás helyett. Az öngyilkossági gondolatokat több kutatásban is sikerült pozitív kapcsolatba hozni az öngyilkosság glorifikálásával (Batterham et al., 2013; Batterham et al., 2018; Lyu & Li, 2023). Rendberg és munkatársai (2008 idézi Hegedűs, 2019) felhívták arra a figyelmet, hogy az előzetes öngyilkossági tapasztalatok – akár saját, akár fontos másik emberé – növelik az elfogadást, ami pedig az öngyilkossági gondolatok valószínűségét növeli.

Williams és munkatársai (2018) azt találták, hogy a depresszív tünetekről beszámoló résztvevők és az előzetesen öngyilkosságot megkísérlők nagyobb arányban vallottak dicsőítő/normalizáló attitűdöket, s kevésbé stigmatizáltak. Az öngyilkossági gondolatokról beszámoló emberek és az öngyilkossággal nagyobb arányban találkozó emberek szintén alacsonyabb stigmatizálás-pontszámokat értek el. Mindemellett az öngyilkossággal kapcsolatos tudás szintje is befolyásolja az attitűdöket: a tudás nagyobb szintje nagyobb elfogadást eredményez (Domino & Swain, 1986).

A fentebb kifejtett, öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök vizsgálati eredményeit összefoglalva tehát a következő látható: az öngyilkossággal kapcsolatos megengedő attitűd az öngyilkossági gondolatokon keresztül növeli az öngyilkosság kockázatát. A megengedő, elfogadó attitűd háttérében állhat személyes tapasztalat (előzetes öngyilkossági kísérlet, mentális betegség a kórtörténetben, közvetlen környezetben előforduló öngyilkosság, öngyilkossági gondolatok, öngyilkossági kísérlet stb.), ami az öngyilkosság jelenségével kapcsolatos mélyebb tudáshoz vezethet, ezáltal csökkentve a stigmatizáló hozzáállást.

A pszichológusok öngyilkossággal kapcsolatos attitűdje

A pszichológusok öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjének vizsgálatai egyöntetűen a pozitív attitűdjeiket és a szuicídium témájában való magas ismeretszintüket hangsúlyozzák

(Domino & Swain, 1986; Werth & Liddle, 1994; Gagnon & Hasking, 2012; Osafo et al., 2012; Norheim et al., 2016). Az öngyilkosságra általában, mint mentális problémára tekintenek (Gagnon & Hasking, 2012; Norheim et al., 2016) és a szuicid páciens felé való empátikus, gondoskodó odafordulást, és a prevenciót hangsúlyozzák (Werth & Liddle, 1994; Osafo et al., 2012), valamint inkább a külső környezetre adott reakcióként látják az öngyilkosságot, nem manipulációként értelmezik azt (Domino & Swain, 1986). Mivel a stigmatizáló nézetek akadályozhatják mind a segítségkérést, mind a segítségnyújtás hatékonyságát (Gagnon & Hasking, 2012), ez a pozitív hozzáállás szinte „kötelessége” ennek a hivatásnak, ez azonban – ahogyan az előző részben láthattuk – az öngyilkossági kockázatot is növelheti.

A segítő foglalkozások kockázatai

Az előző részben áttekintettem az öngyilkosság általános rizikófaktorait, az attitűdök szerepét, és körbejártam a pszichológus szakma kapcsolódási pontjait az öngyilkosság jelenségével. Dolgozatom következő részében a segítő foglalkozásúak két olyan jellegzetes kockázatát, a helper szindrómát és a kiégés jelenségét tekintem át, amelyek relevánsak lehetnek a pszichológusok öngyilkossági veszélyeztetettsége szempontjából.

A kényszeres segítés és a helper szindróma

A kényszeres segítés pszichológiai hajtóereje az a szükséglet, hogy szükség legyen ránk. Robert Lefever (2005/2007) két fő típusát különbözteti meg: az uralkodó és az alávetett típust. Az uralkodó módon segítő életét kitölti a más emberek problémáinak rendbehozatalán való munkálkodás, amelyen kívül szinte nincs személyes életszférája. Az alávetett kényszeres segítő saját érzéseinek kontrollálására használja a segítő tevékenységet, önbizalma abból táplálkozik, hogy ő nem jelent terhet mások számára.

A kényszeres segítők hajlamosak segítő foglalkozást választani maguknak, hiszen ilyen módon lehetővé válik számukra annak megélése, hogy szükség van rájuk (Lefever, 2005/2007). A „professzionális segítők” alatt elsősorban az egészségügyi dolgozókat, pszichológusokat, tanácsadó szolgálatoknál dolgozókat, pedagógusokat, lelkeseket, szociális munkásokat, nevelőket, önkéntes segítőket stb. értjük, akiknek tevékenysége állandó interperszonális relációban zajlik, tevékenységük „tárgya” egy másik ember, „munkaeszközüket” saját pszichikumuk jelenti, emiatt nem mentesek olyan mélylélektani folyamatoktól (áttétel-viszontáttétel, pszichés védekezőmechanizmusok), amelyek erősen kihatnak a pszichikumukra (Temesváry, 2005).

1977-ben Schmidbauer a „professzionális segítők betegségét” helper szindrómának nevezte. Schmidbauer (1977 idézi Fekete, 2000) megállapításai alapján a helper szindróma kialakulásának előzménye a kora gyermekkorban átélt indirekt szülői elutasítás, vagy annak érzése, amit a gyermek csak felettes-én, illetve énídeál—identifikáció nyomán tud feldolgozni. Ennek során az egyén a társadalmi altruista normákkal azonosul, így a személy megbízható, önfeláldozó, kényszeres segítővé válik (Fekete, 2000). A kora gyermekkori nárcisztikus sérülés a későbbiekben a humanisztikus pályaorientációjának alapja lehet: az egyén „öngyógyításból” olyan foglalkozást fog választani, ahol gyógyítani, ápolni, tanítani tud másokat (Temesváry, 2005). A korai sérülés miatti belső űrt, aminek hátterében a spontán érzésektől való félelem áll, a segítő a kliens/beteg segítségért való hálájával igyekszik kitölteni, s önbecsülését a rászorulókra fordított idővel és energiával stabilizálja (Schmidbauer, 2018 idézi Maringele et al., 2023).

A személyiség gratifikációját a segítő-segített viszony aszimmetrikus jellege segíti, hiszen a segítő szakismerete miatt fölénybe kerül az arra rászoruló felett, a segítő hivatásokkal együtt járó speciális presztízs pedig elrejti a külvilág elől a segítő önértékelési labilitását, komoly lelki problémáit (Temesváry, 2005). Súlyos esetben a kényszeres segítő már csak erre az aszimmetrikus viszonyra képes, állandó külső megerősítésekre van szüksége, kívánságait gyakran dühkitörések során vagy közvetett módon juttatja kifejezésre, a betegség, drog, szuicídum eszközeivel (Fekete, 2000). Érzelmait szigorú kontroll alatt tartja, direkt agressziója gátolt, viszont más segítőkkel szemben gyakran mutatja az indirekt agresszió (pl. áskálódás) jeleit (Berta & Csabai, 2018).

Az öngyilkossági veszély szempontjából leglényegesebb az a látens agresszió, amelyet a segítő a segítséget nem igénylők felé mutat. A későbbiekben ugyanis ezt a látens agressziót a helper szindrómában szenvedő személy önmaga ellen fordíthatja, ami ezáltal a látens szuicid készítés mobilizációjában szerepet kaphat (Temesváry, 2005). A szuicid páciensekkel való interakció különösen kritikus: a megmentésnek nem örülő, „hálátlan” szuicid páciensekkel való találkozás olyan mélylélektani folyamatokat eredményez a segítőben, amely az egyén szuicid készítéseire – akár szavak nélkül, nonverbálisan – hatással lehet (Temesváry, 2010). Ez kétféle módon valósulhat meg: az orvos halállal/öngyilkossággal kapcsolatos rendezetlen attitűdje miatt felnagyíthatja a páciens szuicid-veszélyeztetettségét, vagy elbagatellizálja azt, így elkerülve azt, hogy a saját (elfojtott) öngyilkosság-készítése felszínre kerüljön (Temesváry, 2010).

A viszontátvétel problematikája a fentebb kifejtett öngyilkossági veszély mellett a kiégés szempontjából nagyon lényeges. A helper szindrómás segítő, mivel rendkívül érzékeny a

negatív visszajelzésekre, szinte várja a negatív áttételt, amire viszontáttételes reakciója lehet a rezignáció, ez pedig a kiégés következményét vonja maga után (Fekete, 2000).

Annak ellenére, hogy Schmidbauer óta közel öt évtized telt el, a helper szindrómával kapcsolatos kutatások száma rendkívül alacsony. Egy friss kutatásban Maringgele és munkatársai (2023) feltételezték, hogy a COVID-19 világjárvány idején a helper szindróma kockázati tényező lehet a mentális problémák kialakulásában. A kutatásban első alkalommal sikerült bemutatni a schmidbauer-i koncepciót: a helper szindrómára jellemzőként meghatározott személyiségstílusok és -vonások egy része ugyanis szignifikánsan jobban kifejeződött azokban az egyéneknél, akik helper szindrómásként írták le magukat. Összhangban Schmidbauer elképzelésével, miszerint a helperes segítő az agresszió nyílt kifejezése helyett inkább választja a passzív agresszió formáit, az ápolók szignifikánsan alacsonyabb pontszámot mutattak az agresszivitás tekintetében, mint a kontrollcsoport, ugyanakkor nem volt szignifikáns különbség a helper szindróma prevalenciájában a nők és a kontrollcsoport között (Maringgele et al., 2023). A szerzők felhívják arra a figyelmet, hogy a jövőben több kutatás lenne szükséges a témában.

A kiégés szindróma

A segítő foglalkozásúak másik jellegzetes kockázata a helper szindróma mellett a kiégés vagy burnout-szindróma, amely számos ponton átfedést mutat a kényszeres segítséssel, hiszen a helper szindrómás számára a hivatás „droggá” válik, ami idővel visszaéléshez, azon keresztül pedig kiégéshez vezethet. A helper szindróma, a segítők motivációinak pszichoanalitikus indíttatású kutatása ezen a ponton kapcsolódik a kiégés vizsgálataihoz, amelyek egyre nagyobb szerepet tulajdonítanak a vizsgáltak motivációinak, attitűdjeinek és személyiségének a burnout kérdésében (Fekete, 2000).

A burnout-szindróma jellemzői. A burnout-szindróma a „krónikus emocionális megterhelések, stressz nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.” (Fekete, 2000, p. 179). Freudenberg (1974) leírta azokat a fizikai- és viselkedési jellemzőket, amelyek a burnout-szindrómában szenvedő dolgozókon megfigyelhetők. A fizikai jelek közé tartozik a fáradtság és kimerültség-érzés, a gyakori és elhúzódó megfázásos megbetegedések, a rendszeres fejfájásos és emésztési panaszok, légszomj és inszomnia. Viselkedési tünetei közé tartoznak az indulatkezelési problémák, csökkent frusztrációs tolerancia és az érzelmek

kontrollálásának csökkent képessége. Gyakran jelenik meg paranoid gondolkodás, amelynek elsődleges célpontjai az ügyfelek, munkatársak, kliensek.

A kiégés multidimenzionális megközelítése Christina Maslach (1993 idézi Maslach & Goldberg, 1998) nevéhez fűződik. A maslachi modell szerint a kiégés egyfajta elhúzódó válasz a munkával kapcsolatos érzelmi és interperszonális stresszorokra, tüneteit három területre lehet elkülöníteni: a kiégés okozta emocionális reakciókat az érzelmi kimerülés dimenzióba lehet sorolni, a munkahelyi társas közegtől való távolságtartást a deperszonalizáció/elidegenedés megnevezéssel lehet leírni, míg a munkahelyi hatékonyságot érintő problémákat a teljesítménycsökkenés gyűjtőnévvel illetik.

Edelwich és Brodsky (1980 idézi Fekete, 2000) szerint a kiégés kialakulása, fejlődése ciklikus, négy állomással leírható: az első stádiumra a kezdeti nagy lelkesedés, a munkakörnyezet, kliensek idealizálása jellemző, ami a kliensekkel szembeni túlazonosulás lehetőségét rejtje magában. A második a stagnáció fázisa, amelyet a frusztráció fázisa követ. Ebben a szakaszban az egyént olyan kérdések foglalkoztatják, hogy hatékony és értékes-e az, amit csinál. A negyedik fázisban az apátia, mint a frusztráció elleni védekezés jelenik meg, s olyan jellemzők utalnak rá, mint a kihívások kerülése, vagy minél kevesebb időtöltés és találkozás a kliensekkel.

A pszichológusok és a kiégés

A kiégés prevalenciája pszichológusok körében

A pszichológusok, a többi segítő foglalkozású szakemberhez hasonlóan, fokozottan ki vannak téve a kiégés veszélyének. A pszichoterápiás munka jellemzőiből adódóan számos olyan stresszort von maga után, mint a mások életéért való fokozott felelősségérzet, a kliensekkel való konstruktív kapcsolat hosszútávú fenntartása, érzelmi bevonódás, etikai problémák stb., amelyek sajátos kihívásokkal állítják szembe a szakembereket (Rupert et al., 2015).

Egy korábbi, 562 gyakorló pszichológust felölelő vizsgálat szerint a résztvevők több mint egyharmada magas szintű érzelmi kimerülésről és deperszonalizációról számolt be (Ackerley et al., 1988). Iskolapszichológusok vizsgálatakor Mills és Huebner (1998) azt találták, hogy a vizsgálatban résztvevők közel negyven százaléka magas érzelmi kimerültséggel, tíz százalékuk deperszonalizációval, tizenkilenc százalékuk pedig teljesítménycsökkenéssel jellemezhető.

Egy 2013-as vizsgálat az ausztrál pszichológusok körében tapasztalt magas kiégettségről számolt be, míg egy viszonylag friss kutatás eredménye szerint a résztvevő

tanácsadó és klinikai szakpszichológusok közel fele mérsékelt vagy magas szintű érzelmi kimerüléssel volt jellemezhető (Simpson et al., 2018).

Williams és munkatársai (2020) kutatásukban akadémiai egészségügyi intézményekben dolgozó pszichológusokat vizsgáltak. A résztvevők 21%-a kiégettnak jellemezte magát, 59%-uk alkalmanként stresszesként utalt magára, 12%-ban pedig a stressz tüneteit állandóan fennállónak jellemezték. A megkérdezettek 41 %-a arról számolt be, hogy teljes kapacitással dolgozik, 39%-uk pedig túlhajszoltként jellemezte magát.

Demográfiai tényezők

Számos vizsgálat foglalkozott a pszichológusok kiégésének háttérében álló tényezőkkel. A demográfiai tényezők feltérképezésekor több eredmény is született arra vonatkozóan, hogy a férfi nem és a fiatal életkor rizikófaktor lehet (Vredenburg et al., 1999; Rosenberg & Pace, 2006). A férfiak rendre alacsonyabb értékeket érnek el az MBI deperszonalizáció alkskáláján (Maslach & Jackson, 1985; Rosenberg & Pace, 2006), ami a hagyományos nemi-szerep szocializáció következményeként értelmezhető, hiszen míg a nők felé szinte elvárás, hogy empátikusak, nyitottak legyenek, addig a férfiak számára az autonómia és az érzelmek szupressziója a szocializációs érték (Gilligan, 1982 idézi Rosenberg & Pace, 2006). Ezzel szemben a szakirodalomban találhatunk olyan eredményeket is, amelyek a nemek között nem fedeztek fel különbséget (Rupert et al., 2009), vagy éppen ellenkezőleg, a nőket találták rizikócsoporthoz (Emery et al., 2009).

A fiatal életkorra, mint kockázati tényezőre vonatkozóan Emery és munkatársai (2009) 190 ausztrál klinikai pszichológus vizsgálatok a munkatapasztalat és a kiégés közötti negatív kapcsolatot támogató eredményeket kaptak. Más kutatásokkal egybehangzóan Vredenburg és munkatársai (1999), valamint Rosenberg és Pace (2006) megállapították, hogy az életkor előrehaladtával a deperszonalizáció és az érzelmi kimerülés szintje csökken. Rosenberg és Pace (2006) ezt úgy indokolták, hogy az idősebb terapeuták az idő során kifejlesztenek olyan időtálló személyes és szociális támogatási rendszert és megküzdési stratégiákat, amelyek védőfaktorként funkcionálnak a kiégés ellen.

Munkahelyi tényezők

A jelenlegi álláspont szerint a munka jellegzetességei azok a tényezők, amelyek a kiégés legjobb prediktorai: Maslach és Leiter (2016) többek között a munkaterhelést emelik ki, mint a kiégésben elsődleges szerepet játszó tényezőt. Devilly és munkatársai 2009-es vizsgálatukban megerősítették, hogy a munkával kapcsolatos stresszorok jósolták be

legjobban a terapeuták által megtapasztalt distresszt. Simpson és munkatársai (2018) klinikai szakpszichológusok és tanácsadó pszichológusok vizsgálatakor a munka-magánélet egyensúlyának a felborulását találták a legjelentősebb stresszornak. Az olyan munkakövetelmények, mint a hosszú munkaidő vagy a problémás páciensek, hozzájárulhatnak a pszichológusok érzelmi kimerültségéhez és a deperszonalizációhoz, amelyek a burnout központi komponensei (Rupert et al., 2015; Boccio, 2016). Egy 116 pár-és családterapeutát felölelő vizsgálat szerint a klinikusok kiégésének legerősebb előrejelzője a munkával eltöltött órák száma és a munkabeosztás volt (Rosenberg & Pace, 2006). Ackerley és munkatársai (1988) eredményei szerint viszont nincs szignifikáns kapcsolat a kliensek mennyisége és az érzelmi kimerültség-deperszonalizáció között. Vredenburgh és munkatársai (1999) hasonló megállapításra jutottak, amit azzal indokoltak, hogy a kliensek számának megnövekedése lehetőséget teremt a pszichológusok számára, hogy még több segítséget nyújtsanak és növeljék a bevételüket.

Az intézmények dolgozói veszélyeztetettebbek a kiégés szempontjából, mint azok, akik magánpraxisban tevékenykednek, aminek háttérében többek között az intézményi dolgozók adminisztratív terhei állnak (Vredenburgh, 1999; Rosenberg & Pace, 2006). A magánpraxis előnyös lehet abból a szempontból, hogy a szakember nagyobb autonómiát él meg a munkájában, megválogathatja klienseit, megszabhatja a konzultációs díjat, illetve a konzultáció hosszát is (Trudeau et al., 2001 idézi Rosenberg & Pace, 2006), ugyanakkor problémát jelenthet számára a más szakemberektől való izoláció, ami a szupervízió hiányához vezethet (Raqupaw & Miller, 1989).

A pszichológusokat kifejezetten érinti a nagy munkamegterhelés mellett az érzelmi megterhelés. Lee és munkatársai (2011) pszichoterapeuták körében vizsgálták a kiégés három dimenzióját. A metaanalízis eredményei szerint a munkahelyi stressz mellett a túlzott érzelmi bevonódás volt leginkább kapcsolatba hozható a kiégés érzelmi kimerülés dimenziójával. A túlzott érzelmi bevonódás érzelmi kimerültséghez és deperszonalizációhoz vezethet (Rupert et al., 2015), amivel összhangban több kutatás is megerősítette, hogy a súlyos problémákkal (pl. öngyilkossági gondolatok, súlyos depresszió, gyermekbántalmazás) küzdő páciensekkel foglalkozó szakemberek esetében a kiégés tüneteinek megjelenésének nagy a kockázata (Azar, 2000 idézi Rosenberg & Pace, 2006; Pereira et al., 2011).

Intrapersonális tényezők

A pszichológusok tevékenysége nem csupán „szakképzettség-használat”, hanem empatisz odafordulást, mások szenvedéséhez való közvetlen hozzáférést igényel. Egy idő

után érzelmileg telítődhetnek, s mindez rendkívül megterhelővé válhat számukra (Papovic, 2009).

A kiégés különösen tragikus „végponttá” válik azon segítő szakemberek számára, akik lelkesedéssel, mások segítése iránti elkötelezettséggel kezdtek bele munkájukba a rájuk vonatkozó kimondatlan, de világos normák miatt: a jó segítőnek önzetlennek és önfeláldozónak kell lennie (Maslach & Goldberg, 1998). A lelkes segítő idealisztikus elvárásai után idővel szinte törvényszerű a kudarcélmények megtapasztalása. Ha a terapeuta nem hajlandó elfogadni ezen alkalmi kudarcokat a terápiás helyzetben, az arra ösztönözheti, hogy erején felül igyekezzen bizonyítani szakmai kompetenciáját, ilyen módon érve el önbecsülését (Friedman, 1985 idézi Rosenberg & Pace, 2006), ezáltal a kiégésbe hajszolva önmagát. A szakember bizonyos személyiségjellemzői tehát hajlamosíthatnak a burnout-szindróma kialakulására. A következőkben a teljesség igénye nélkül ezeket az intraperszonális jellemzőket fogom áttekinteni.

Freudenberger burnout-szindrómához köthető karakter-tipológiája. Freudenberger 1975-ös cikkében leírta a burnout kialakulásának szempontjából különösen veszélyeztetett négy karaktert, amely közül három átfedést mutat a helper szindrómás, kényszeres karakterű segítővel. Az első típus a „munkájában túlzottan elkötelezett” karakter, aki munkáját a szociális életének helyettesítőjeként használja. A második karakter, a „tekintélyelvű” típus számára a kontroll folyamatos fenntartása a legfontosabb, olyannyira, hogy munkatársait nem hagyja érvényesülni. Freudenberger (1975) a harmadik típus, a „szakember” karakterisztikájának leírásakor kiemelte a pszichológusokat és a többi segítő foglalkozásúakat, mint elsődlegesen veszélyeztetett csoportot, mert ők munkájukból adódóan hajlamosak túlzottan azonosulni a kliensekkel, páciensekkel. Freudenberger (1975) megfigyelései abból a szempontból nagyon lényegesek, hogy ráirányították a figyelmet a kiégés személyiségbeli tényezőire, ami a későbbiek során is kutatott területté válhatott. A következőkben néhány kutatást fogok ismertetni az elmúlt évtizedekből, amelyek a személyiség jellemzőinek kiégésre gyakorolt hatásával foglalkoztak.

A kiégés kialakulásában szerepet játszó személyiségjellemzők. A személyiség kutatásának tárgyalásakor nem hagyhatjuk ki a legismertebb személyiségmodellnek, a Big Five-nak rövid ismertetését. A Big Five, vagy „Nagy ötök” elmélete a személyiséget öt nagy vonásdimenzióból felépülő rendszerként határozza meg: extravenzió, barátságosság, lelkiismeretesség, neuroticizmus és nyitottság (Nagy & Gyurkovics, 2016). A BIG-5 személyiségtesztet felhasználva Mills és Huebner (1998) iskolapszichológusok körében

vizsgálódva az előzetes eredményekhez hasonlóan úgy találták, hogy a kiégés mindhárom dimenziója szignifikánsan korrelált a neuroticizmus faktoral, míg az érzelmi kimerültség az extraverzióval, kedvességgel és lelkiismeretességgel korrelált leginkább.

Rzeszutek és Schier (2014) kétszáz lengyel terapeuta vizsgálatakor azt találták, hogy az érzelmi reaktivitás és a kitartás is potenciális rizikófaktora lehet a kiégés kialakulásának. Az érzelmi reaktivitás ugyanis szoros pozitív korrelációt mutatott az intenzív nyugtalansággal és izgatottsággal járó agitációval, a neuroticizmussal, az észlelt munkahelyi stressz szintjével, az ellenségességgel, vonásszorongással, valamint negatívan korrelált az élettel való elégedettséggel, amelyek a kiégés jó előrejelzői (Fruehstorfer, 2011 idézi Rzeszutek, 2014).

Emery és munkatársai (2009) 87 ausztrál pszichológus vizsgálatakor azt találták, hogy a perfekcionizmus és a kiégés kapcsolatba hozható direkt és indirekt módon, a stressz közvetítésével. A változásnak rendkívül ellenálló kliensekkel való közös munka különösen nagy kihívás lehet azoknak a terapeutáknak, akik a tökéletességre törekszenek, ezért kevés teret hagynak a személyes kudarcokkal való szembenézésnek (Rosenberg & Pace, 2006).

A kiégés következményei

A kiégésnek számos negatív hatása van a szakemberekre, a segítő intézményekre, s a társadalomra nézve egyaránt. A kiégés gyakran vezet pályaelhagyáshoz, foglalkozásváltásokhoz, ami financiaális terhet ró a szakemberekre, emellett a segítő intézményeket, az ott dolgozó munkatársakat is nehéz helyzetbe hozhatja a nagyszámú, képzett segítő szakember „leállása” (Fekete, 2000). Nem szabad elfelejtkezni arról sem, hogy a kiégéssel járó frusztráció, stagnálás, apátia állapota „fertőző” modellt ad, befolyásolhatja a segítők, sőt a kliensek attitűdjeit is (Pines, 1981 idézi Fekete, 2000), vagyis a kiégés a segítő-segített kapcsolatra is rányomja a bélyegét és befolyásolja a segítségnyújtás hatékonyságát.

A pszichológusi burnout lehetséges következményei közé tartozik a csökkent szakmai kompetencia, az interperszonális szorongás és a rossz terápiás eredmények (Morse et al., 2012 idézi Williams et al., 2020), mert a kiégéssel összefüggésbe hozható fáradtság, érzelmi fásultság és kapcsolatvesztés ronthatja a pszichológusok empátia képességét, ezáltal kevésbé lesznek képesek a klientúra érzelmeit helyesen azonosítani és adekvát módon reagálni arra (Figley, 2002 idézi Williams et al., 2020). Kiégésre utaló jel, ha a segítő egyre rigidebbé válik, irritábilis, gyanakvó lesz, a kliensek negatív oldalait látja csupán, valamint igyekszik kerülni a kontaktust, s attitűdjeit a cinizmus hatja át (Fekete, 2000).

A kiégés következményeként továbbá pszichoszomatikus panaszok, betegségek is megjelenhetnek: magas koleszterinszint, a kettes-típusú cukorbetegség, koszorúér-betegségek,

elhúzódó fáradtság, fejfájás, gyomor-bélrendszeri problémák, légzési problémák, álmatlanság, depresszív tünetek, pszichoaktív szerek és antidepresszánsok használata (Salvagioni et al., 2017).

A kiégés és az öngyilkosság kapcsolata. A pszichiátriai megbetegedések tehát a kezeletlen burnout-szindróma következményei lehetnek amellet, hogy a kiégés kialakulásához is hozzájárulhatnak (McFarland et al., 2019). A kiégés és a pszichopatológiák közötti kapcsolat tárgyalásakor nagyon fontos kitérni a depresszióra. A kiégés és a depresszió, ez a két rendkívül hasonló konstruktum pontos kapcsolata hosszú ideje vita tárgyát képezi, nincs egyetértés azzal kapcsolatban, hogy a két jelenség mekkora átfedést mutat egymással (Bianchi et al., 2015).

Freudenberger (1974) a kiégés fogalmának megalkotásakor úgy írta le a burnout-szindrómában szenvedő személyt, mint aki „úgy néz ki és úgy viselkedik, mintha depressziós lenne”. A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (DSM-5, Amerikai Pszichiátriai Társaság) a major depresszív zavar kritériumai között szerepelő érdeklődés- és örömvésztes (anhedónia), fáradtság, energiahány, csökkent koncentráció, inszomnia a kiégés következményeként is megjelenhet. „Mind kiégett, mind depressziós állapotban megfigyelhető a mások problémáira adott érzelmi válaszok számának csökkenése, az empátias kognícióról a nem empátias kognícióra való átváltás (Leiter & Durup, 1994 idézi Mészáros, 2013) (...) és a szociális ingerektől való eltávolodás.” (Houkes et al., 2008 idézi Mészáros, 2013). A reménytelenség és a tehetetlenség érzése szintén mind a kiégés, mind a depresszió esetében megjelenik (Bianchi et al., 2015).

A két jelenség összefüggése tüneti és fiziológiai hasonlóságukból adódóan nem vitatott, de fogalmi meghatározásuk törekény (Shirom & Ezrachi, 2003). Vannak eredmények arra vonatkozóan, hogy a burnout-szindróma önmagában egy mentális betegségnek tekinthető, míg mások úgy vélik, hogy a kiégés a pszichés működés zavaraként váltja ki a szorongást, depressziót, önértékelési problémákat stb. (Maslach et al., 2001).

A két fogalom közötti különbségtétel mellett érveltek Maslach és munkatársai (2001): szerintük a kiégés a munka kontextusában megjelenő probléma, míg a depresszió az élet minden területén érezteti hatását. Koutsimani és munkatársai 2019-es metaanalízisük eredményei alapján szintén arra következtettek, hogy a kiégés és a depresszió egymástól eltérő és robusztus konstrukciók. Ugyanakkor a kiégésre és a depresszióra ilyen módon külön entitásként tekinteni azért lehet problémás, mert ez a megközelítésmód azt a konnotációt

vonja maga után, hogy a kiégés kevésbé ad okot aggodalomra, amely meggyőződés akadályozhatja a segítségkérést (Maslach & Leiter, 1997 idézi Schonfeld & Bianchi, 2015).

Maslach és munkatársai (2001) mindemellett azt is kiemelték, hogy a depresszióra hajlamos emberek sebezhetőbbek a kiégéssel szemben, továbbá Ahola és munkatársai (2014) vizsgálatukban a depresszió és a kiégés tüneteit az idő előrehaladtával együtt változónak találták, vagyis a kiégés tüneteinek növekedésével/csökkenésével párhuzamosan növekednek/csökkennek a depresszív szimpptomák. Ezek a szoros átfedések támogatják azt az elképzelést, miszerint a kiégés a depresszió egy formája, amely mellett Schonfeld és Bianchi (2015) is érveltek. Véleményük szerint, ha a kiégés állapotát a depresszió tüneteként fognák fel az emberek, akkor nagyobb arányban keresnének fel szakembert a tünetek észlelésekor, valamint számos olyan kezelési módszert fel tudnának használni a kiégés kezelésére, amelyek a depresszió kezelésében már hatékonynak bizonyultak.

A depresszió és a kiégés kapcsolatának megismerése rendkívül fontos lehet az öngyilkossági veszély kérdésében. A DSM-5 a major depresszív zavar kritériumaként tartalmazza a halállal és az öngyilkossággal kapcsolatos visszatérő gondolatokat, s az öngyilkosság elsődleges rizikófaktorának tekintjük a fennálló major depressziós epizód jelenlétét (Rihmer et al., 2017). A depresszióban szenvedő emberek 20-szor nagyobb eséllyel követnek el öngyilkosságot, mint azok, akiknél nem áll fenn a depresszió problémája (Bhattacharjee & Deb, 2007), s a krónikus depresszióban szenvedő emberek közel egyötödének volt öngyilkossági kísérlete egy 2020-as kutatás szerint (Ernst et al., 2020). Ezen felül a depresszióhoz gyakran társuló pszichoaktív szerhasználat fokozza a szuicid magatartás esélyét (Rihmer & Fekete, 2012). A pszichoaktív szerhasználat szintén megjelenhet a burnout-szindróma következményeként (Dyrbye L et al., 2008 idézi Kuhn & Flanagan, 2016).

Ahogy az öngyilkosság és a pszichológus szakma kapcsolatának tárgyalásakor láthattuk, az öngyilkosság természetesen rendkívül komplex jelenség, aminek kialakulásához több tényező együttjárása szükséges. Ugyanakkor az öngyilkosság gyakran a depresszió, a kiégés, szerfüggőség, a reménytelenség érzésének és az önpusztításra való hajlandóság kombinációjának eredménye (Sonneck & Wagner, 1996), ezért a hatékony prevenció érdekében nagyon fontos ezeknek a tényezőknek, köztük a burnout-szindróma természetének minél mélyebb megismerése. A helper szindrómára a kiégés személyiségbeli jellemzőire visszavezethető eredetének koncepciójaként tekinteni egyrészt elősegítené, hogy mind a schmidbauer-i elmélet, mind a pszichológusok speciális öngyilkossági veszélyeztetettsége nagyobb figyelmet kapjon a tudományos életben.

Vizsgálat

A vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja a pszichológusok öngyilkossági veszélyeztetettségének körbejárása. A szakemberek öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjének felmérése mellett a kényszeres segítség és a kiegészítés felmérésére és összevetésére került sor.

Több vizsgálat alátámasztja, hogy a pszichológusok pozitív, megengedő attitűdöket mutatnak az öngyilkossággal kapcsolatban és általában magas tudással rendelkeznek a szuicídumról (Domino & Swain, 1986; Werth & Liddle, 1994; Gagnon & Hasking, 2012; Osafo et al., 2012; Norheim et al., 2016). Az öngyilkossággal kapcsolatos megengedő attitűdök az öngyilkossági veszélyeztetettséget növelhetik azáltal, hogy az öngyilkossági gondolatok megjelenésének valószínűségét növelik (Hegedűs, 2019). Az öngyilkosság jelenségével kapcsolatos tudás magas szintje, az öngyilkossági gondolatok és az öngyilkossággal kapcsolatos élményeknek való fokozottabb kitettség ugyancsak növelheti az elfogadást (Domino & Swain, 1986; Batterham et al., 2013; Batterham et al., 2018; Hegedűs, 2019; Lyu & Li, 2023). Mindebből kiindulva tehát a következő hipotéziseket vizsgálom:

H1: A pszichológusok átlagosan magasabb értéket érnek el az SOSS-SF „izolálás/depresszió” alskálán, mint a „stigmatizálás” alskálán.

H2: Azok a pszichológusok, akik veszítettek el számukra fontos személyt öngyilkosság következtében, átlagosan magasabb értéket érnek el az SOSS-SF „dicsőítés/normalizálás” alskálán, mint azok, akik nem veszítettek el számukra fontos személyt szuicídum következtében.

H3: Azok a pszichológusok, akik életük során tapasztaltak már meg öngyilkossági gondolatokat, átlagosan magasabb értéket érnek el az SOSS-SF „dicsőítés/normalizálás” alskálán, mint azok, akik nem számoltak be öngyilkossági gondolatokról.

H4: Azok a pszichológusok, akik életük során tapasztaltak már meg öngyilkossági gondolatokat, átlagosan alacsonyabb értéket érnek el az SOSS-SF „megbélyegzés/stigmatizálás” alskálán, mint azok, akik nem számoltak be öngyilkossági gondolatokról.

H5: Azok a pszichológusok, akik az RFOS kérdőíven átlagosan magasabb pontszámot érnek el, az SOSS-SF „megbélyegzés/stigmatizálás” alskálán alacsonyabb értéket érnek el.

H6: Azok a pszichológusok, akik alacsonyabb öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettséggel jellemezhetőek, az RFOS kérdőíven átlagosan alacsonyabb pontszámot

érnek el, mint azok a pszichológusok, akik az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való fokozottabb kitettségéről számolnak be.

A kiégés, amint az előzőekben láthattuk, közrejátszhat az öngyilkosság kialakulásában, akár csak a kényszeres segítség. Mind a kiégés, mind a kényszeres segítség olyan problémák, amelyek foglalkozásukból adódóan a segítő foglalkozásúakat, beleértve a pszichológusokat, érintik leginkább (Fekete, 2000). A szakirodalmi adatok alapján a kiégés és a kényszeres segítség szoros kapcsolatban áll egymással: a helper szindróma gyakran vonja maga után a burnout szindróma kialakulását (Fekete, 2000). A kiégés, a kényszeres segítség és az öngyilkosságot glorifikáló attitűd kapcsolatára vonatkoznak a dolgozat alábbi hipotézisei:

H7: A PROMIS kérdőív alszámai („uralkodó kényszeres segítség” és „alávetett kényszeres segítség”), az összesített kényszeres segítség skála és az SOSS-SF „dicsőítés/normalizálás” alszámai között pozitív irányú kapcsolat van.

H8: A Mini Oldenburg Kiégés kérdőív alszámai („kiábrándultság” és „kimerülés”), az összesített kiégés skála és az SOSS-SF „dicsőítés/normalizálás” alszámai között pozitív irányú kapcsolat van.

Minta

A vizsgált pszichológusok toborzása online módon történt. A toborzó szöveget és az összeállított kérdőívsomagot öt nagy létszámú, potenciális kitöltőkkel rendelkező, kifejezetten okleveles pszichológusoknak létrehozott Facebook- csoportban osztottam meg, illetve az adminok engedélyével elérhetővé tettem. A csoportlétszámokat alapul véve a kérdőívsomag megközelítőleg 10.000 szakemberhez juthatott el. Az adatgyűjtés december és március között, körülbelül három hónapon keresztül zajlott.

A toborzás során kizárólag okleveles pszichológus végzettséggel rendelkező személyek kitöltését vártam, amelyet a kérdőívsomag elején található Tájékoztató és beleegyező nyilatkozatban egyértelműen feltüntettem (A Melléklet).

A kérdőívsomagot összesen 84 személy töltötte ki, 11 férfi és 73 nő. Minden kitöltő adatai felhasználásra kerültek. A legfiatalabb kitöltők, egy férfi és egy nő, 24 évesek voltak, a legidősebb 82 évesnek vallotta magát. A mintát alkotó férfiak átlagéletkora 34 év (min=24, max=60), a nőké 40,5 év volt (min=24, max=82).

A felvett demográfiai adatok az életkoron kívül a lakhelyre, a képzettségre és az öngyilkossággal kapcsolatos tapasztalatokra vonatkoztak. Az elmondások alapján a vizsgált férfiak közül 4-en fővárosban, 6-an megyeszékhelyen, 1 személy pedig városban él. A nők esetében a legtöbb kitöltő budapestinek vallotta magát (n=26), 23-an megyeszékhelyen, 16-an

városban, 8-an pedig faluban élnek. Egészségügyben 18-an, felsőoktatásban 10-en, magánellátásban 39-en, szociális szférában 11-en, versenyszférában 2-en dolgoznak. A kitöltők közül 7-en a felsorolt területeken kívül, 5-en pedig nem pszichológusként tevékenykednek. 30 kitöltő több munkaterületen is dolgozik.

Végzettséget tekintve 36-an rendelkeznek szakirányú szakképzettséggel, szakirányú továbbképzésen pedig 47-en vettek részt. Nemek szerint 5 férfi és 31 nő vett részt szakirányú szakképzésen, posztgraduális képzésben pedig 1 férfi és 11 nő. A többi kitöltő (5 férfi és 31 nő) legmagasabb végzettsége mesterfokozat. A leggyakoribb szakirányú szakképzettség a mintában a (felnőtt- és gyermek) klinikai szakpszichológus volt (n=18), amit a tanácsadó szakpszichológus követett (n=12).

Módszer

A vizsgálathoz szükséges etikai engedély megadását követően megkezdtem az adatgyűjtést (UD-IP-2023/104). Az adatgyűjtéshez négy sztenderdizált kérdőívet használtam (B Melléklet).

Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök. Az attitűdök felmérésére a Batterham és munkatársai (2013) által kidolgozott Stigma of Suicide Scale-Short Form (továbbiakban SOSS-SF) 16-ites, magyarra fordított változatát használtam, amelyhez a fordítást mi készítettük el, tekintettel arra, hogy hazánkban még nem validált skáláról van szó. Az SOSS-SF 16 jellemzőt tartalmaz, amellyel gyakran illetik az öngyilkosságot elkövető személyeket (pl. gyávák, magányosak, erősek). A kitöltőknek ötfokú Likert-skálán kell értékelniük ezeket a jellemzőket aszerint, hogy mennyire értenek egyet azokkal (1- Egyáltalán nem értek egyet, 5- Teljesen egyetértek). Az SOSS-SF első alskálája, a „megbélyegzés/stigmatizálás” az öngyilkosságot elkövetők felé mutatott stigmatizáló attitűdöt méri fel, a második, az „izolálás/depresszió” alskála, az öngyilkosságot a magányossággal, elszigetelődéssel hozza kapcsolatba, a harmadik alskála, a „dicsőítés(glorifikáció)/normalizálás” pedig az öngyilkos tettet normalizáló és dicsőítő attitűd fényében vizsgálja (Batterham et al., 2013).

Az öngyilkossággal kapcsolatos ismeretek. Az ismeretek felmérésére a Hubbard és McIntosh (1992) nevével fémjelzett Revised Facts on Suicide Quiz (RFOS) magyarra fordított kérdőívet használtam fel. Az eredeti, 36 ítemes kérdőív 18 klinikai megközelítésű állítást és 18 demográfiai adatokra vonatkozó állítást tartalmaz az öngyilkosságra vonatkozóan. Vizsgálatomban a Susánszky és munkatársai (2008) által használt klinikai szemléletű állítások kerültek felhasználásra, amelyek az öngyilkosságot elkövetők személyére, az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatokra és cselekedetekre, s azok társadalmi

beágyazottságára utalnak. A kitöltőknek arról kellett dönteniük, hogy az adott állítást igaznak vagy hamisnak tartják-e. A kiértékeléskor a helyes válaszok után egy pont járt, így maximálisan 16 pontot lehetett szerezni.

A kényszeres segítség. Felmérésére a rövidített PROMIS kérdőív kényszeres segítségre vonatkozó kérdőíveit használtam (Lefever, 2005/2007). Az eredeti PROMIS kérdőívek 16 addikciós csatornára vonatkozóan tartalmazzak kérdéseket, minden csatornára 30 kérdés vonatkozik, ezek között szerepel a kényszeres segítség is. Vizsgálatomban az uralkodó és az alávetett kényszeres segítségre vonatkozó 10-10 állítást használtam fel, amelyet hatfokú Likert-skálán kellett értékelniük a válaszadóknak (0 – Nem jellemző, 5 – Nagyon jellemző).

A kiégés. A pszichológusok kiégettségének feltérképezésére a Mini Oldenburg Kiégés Kérdőívet (Mini Oldenburg Burnout Inventory, MOLBI; Demerouti et al., 2003 idézi Mészáros & Ádám, 2021) használtam, amelynek magyar adaptációját Ádám Szilvia és Mészáros Veronika (2020) végezték. A MOLBI 10 tételes, elméleti hátterét a kiégés követelmény-erőforrás modellje képezi, amely a burnout két fontos dimenziójára, a kimerülésre és a kiábrándultságra helyezi a hangsúlyt (Mészáros & Ádám, 2021). A MOLBI e két dimenziót öt-öt itemmel méri. A tíz állítást a kérdőív kitöltőinek négyfokú skálán kell értékelniük (1 – Teljesen egyetértek, 4 – Egyáltalán nem értek egyet). A tételek fele fordított, pontszámaik összeadandók, ezáltal kiszámíthatók a kérdőív skálái külön-külön, illetve a skálák összpontszámai alapján meghatározható a teljes kiégés-pontszám is. A skálakon és a teljes kérdőívben elért magasabb pontszám intenzívebb kiégést jelöl (Mészáros & Ádám, 2021).

Eredmények

Az adatgyűjtés lezárását követően az adatok feldolgozása a Jamovi elnevezésű statisztikai programmal történt. A kérdőívcsomag (B Melléklet) a demográfiai kérdések mellett az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettségére vonatkozó kérdéseket tartalmazott, valamint rákérdeztem arra, hogy a kitöltőnek eddigi élete során voltak-e öngyilkossági gondolatai vagy sem. Az öngyilkossággal kapcsolatos élményeknek való kitettség változót a baráti körben/közeli ismerősök között, családban/rokonságban előforduló öngyilkossági kísérletre vonatkozó kérdésekkel mértem fel, emellett az öngyilkossági veszteségre is rákérdeztem. A minta pszichológusainak eredményeit az alábbi ábra mutatja.

1. ábra. Az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség a minta pszichológusainak körében



A nemek megoszlását tekintve férfi kitöltők közül 3-an jelezték, hogy baráti körükben, közeli ismerőseik között volt öngyilkossági kísérlet. Családi körben, rokonságban a férfiak több, mint fele tapasztalt öngyilkossági kísérletet ($n=6$). Öngyilkosság következtében szeretett személyt 2 férfi veszített el. Nők közül 32-en tapasztaltak öngyilkossági kísérletet baráti, közeli ismeretségi körben, 31-en családi körben, és 15 fő számolt be arról a tapasztalatról, hogy számukra kedves személyt öngyilkosság következtében veszítettek el.

Az öngyilkossággal kapcsolatos tudás is felmérésre került: a lemagasabb összpontszám a mintában 15, a legalacsonyabb 8 pont volt. Az összpontszámok átlaga 12,3, mediánja 12. A legkevésbé azzal értettek egyet a kitöltők, hogy az öngyilkosság a környezet manipulálására és figyelemfelkeltésre szolgál: mindössze egy személy értett egyet ezzel, 83-an – helyesen – hamisnak ítélték ezt a kijelentést. A válaszadók több mint fele az előbbi kijelentést leszámítva minden esetben helyes válaszokat adott. Az öngyilkossággal kapcsolatos állításokat és a helyes válaszokat a C Melléklet 1. számú táblázata tartalmazza. A táblázatban az egyes állítások a helyes válaszok alapján csökkenő sorrendbe rendezve láthatóak.

A hipotézisek vizsgálata előtt a dolgozatban felhasznált mérőeszközök megbízhatóságát ellenőriztem Cronbach-féle alfa mutatóval. Mivel a mutató minden esetben a szükséges határérték felett volt ($\alpha > 0,7$), kijelenthető, hogy a vizsgált mérőeszközök megbízhatóan alkalmazhatóak az elemzés során.

Következő lépésként a kérdőívek alskáláinak, valamint a kényszeres segítés és a kiégés összesített skálák leíró statisztikáit készítettem el. Az átlag, medián, szórás, minimum, maximum és a normalitás értékeit a C Melléklet 2. táblázata tartalmazza.

SOSS-SF. Az SOSS-SF alskáláinak átlagaiból jól látható, hogy a mintát alkotó pszichológusok nagyobb arányban értettek egyet az olyan jellemzőkkel, amelyek a szuicid egyén

elmagányosodására utalnak ($M=3,60$, $Mdn=3,75$, $SD=0,969$), mint a megbélyegző ($M=1,28$, $Mdn=1,00$, $SD=0,447$) vagy dicsőítő ($M=2,24$, $Mdn=2,25$, $SD=0,765$) kijelentésekkel. A férfiak minden alskála esetében magasabb pontokat adtak, mint a nők. Férfiak esetében a stigmatizálás alskálán $M=1,61$, $Mdn=1,75$, $SD=0,555$; az izoláció alskálán $M=3,77$, $Mdn=3,50$, $SD=0,754$, a glorifikáció alskálán pedig $M=2,64$; $Mdn=2,75$; $SD=0,479$. Nők esetében ezek az értékek a következőképpen alakultak: a stigmatizálás alskálán $M=1,23$, $Mdn=1,00$, $SD=0,410$; az izoláció alskálán $M=3,58$, $Mdn=3,75$, $SD=0,999$; a glorifikáció alskálán $M=2,18$, $Mdn=2,00$, $SD=0,785$.

PROMIS. Lefever (2005/2007) szerint a kérdőívek bármelyikében elért 20 pont már jelentős mértékben utal addikcióra, emiatt ez az átlagos 30 pont összesített pontszám nem elhanyagolható. Az is látszik az eredményekből, hogy jelentős eltérések vannak a szakemberek között a kényszeres segítség szempontjából. Sem a nemek között, sem végzettség szerint nem születtek említésre méltó különbségek a minta pszichológusai között.

MOLBI. Az általam vizsgált mintán a kiegészítő-pontszámok középértékei magasak és közel azonosak voltak a két nem esetében. Végzettség alapján sem lehetett különbséget tenni a pszichológusok között. Peterson és munkatársai (2008 idézi Mészáros & Ádám, 2021) szerint a kimerültség dimenzió válaszainak 2,25 feletti, vagy a kiábrándultság dimenzió válaszainak 2,1 feletti átlaga jelez kiegészítést. A minta pszichológusai a kiábrándultság dimenzióan 10,6, a kimerülés dimenzióan 12,1, az összesített skálán pedig 22,7 átlagpontszámot értek el.

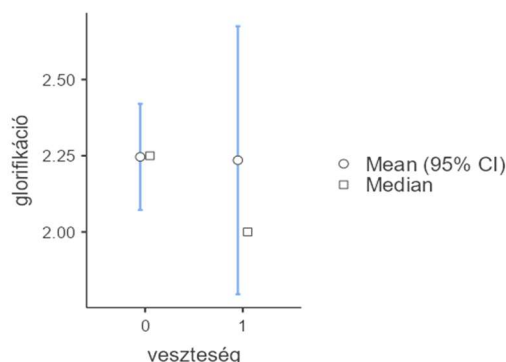
Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdökre és tapasztalatokra vonatkozó hipotézisek

Az első hipotézisem, miszerint a pszichológusok átlagosan magasabb értéket érnek el az SOSS-SF „izolálás/depresszió” alskálán, mint a stigmatizálás alskálán, beigazolódott. Mivel a minta nem követte a normál eloszlást, ezért a páros t-próba nemparaméteres megfelelőjét, Wilcoxon-próbát használtam. A próba eredménye szerint $Z=0,00$, $p<0,001$, ezért a H_1 hipotézist elfogadjuk.

Második hipotézisem az volt, hogy az öngyilkossági veszteséget megtapasztaló pszichológusok átlagosan magasabb értéket érnek el az SOSS-SF „dicsőítés/normalizálás” alskálán, mint azok, akik nem veszítettek el számukra fontos személyt szuicídium következtében. Mivel a normalitási feltétel ebben az esetben is sérült ($p=0,019$, $W=0,964$), Mann-Whitney tesztet alkalmaztam. Mivel $U=540$, $p=0,634$, ezért a H_0 hipotézist kellett elfogadni, miszerint a két összehasonlított csoport között nincs szignifikáns különbség az öngyilkosság glorifikálását illetően. A dicsőítés/normalizálás alskála szórásából annyi látható, hogy az öngyilkossági veszteségről beszámolóknak esetében nagyobb a szórás értéke

(SD=0,925), mint azoknál, akik nem számoltak be ilyen tapasztalatokról (SD=0,728), vagyis a veszteséget megtapasztaló pszichológusok a másik csoportnál valamelyest szélesebb dimenziót jártak be a glorifikáció tekintetében, amit jól szemléltet az 2. ábra.

2.ábra. Az öngyilkossági veszteséget átélt (1) és ilyen tapasztalatokkal nem rendelkező (0) pszichológusok glorifikáló attitűdjének alakulása



Harmadik hipotézisem tesztelésekor – miszerint az eddigi élet során öngyilkossági gondolatokat megtapasztaló pszichológusok körében jellemzőbb a glorifikálás, mint az öngyilkossági gondolatokat nem tapasztaló szakemberek esetében – hasonló eredményekre jutottam. A normalitás ez esetben sem teljesült ($W=0,969$, $p=0,039$), emiatt szintén Mann-Whitney tesztet végeztem ezekkel az eredményekkel: $p=0,090$, $U=696$. A p-érték ebben az esetben az 5%-os szignifikanciahatáron kívül esik, tehát szigorú értelemben véve nincs összefüggés, de megengedőbb 10%-os alfa mellett igazolódna a hipotézis.

A negyedik hipotézis szerint az eddigi élet során megtapasztalt szuicid gondolatokról beszámoló pszichológusok átlagosan alacsonyabb értéket érnek el az SOSS-SF „megbélyegzés/stigmatizálás” alskálán, mint azok, akik nem számoltak be öngyilkossági gondolatokról. A minta ez esetben sem követte a normál eloszlást ($p<0,001$). Az öngyilkossági gondolatokról beszámoló pszichológusok ($n=51$) esetében $M=1,37$, $Mdn=1,13$, $SD=0,514$, öngyilkossági gondolatot nem tapasztaló szakemberek ($n=33$) esetében $M=1,04$, $Mdn=1,00$, $SD=0,273$. A Mann-Whitney tesztel meg határozott magas p-érték ($p=0,990$) alapján a hipotézist el kell vetnünk. A várakozásokkal ellentétben azonban a fordított hipotézis tesztelése szignifikáns eredményt hozott ($p=0,011$, $U=609$), vagyis az öngyilkossági gondolatokat megtapasztalt pszichológusok jobban stigmatizálnak, mint azok, akiknek élete során nem voltak ilyen gondolataik.

Az öngyilkossággal kapcsolatos ismeretekre vonatkozó hipotéziseket (H5, H6) szintén nem sikerült bizonyítani: a Spearman-féle rangkorrelációk alapján a magasabb ismeretek nem jártak együtt alacsonyabb stigmatizálással ($\rho(82)=0,087$, $p=0,432$), és az öngyilkossággal

kapcsolatos élménynek való kitettség sem volt összefüggésbe hozható a szuicídumra vonatkozó ismeretszinttel ($\rho(82)=0,059$, $p=0,596$).

A kiégéssel és a kényszeres segítséssel kapcsolatos hipotézisek

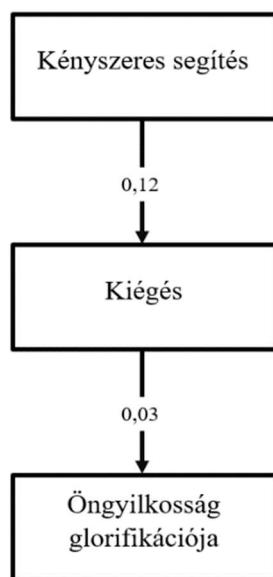
A 7. hipotézis a kényszeres segítség és az öngyilkosság glorifikálásának kapcsolatára vonatkozott. Feltételeztem, hogy a PROMIS kérdőív alskálái, az összesített kényszeres segítség skála és az SOSS-SF „dicsőítés/normalizálás” alskálája között pozitív irányú kapcsolat van. A hipotézis alapján korrelációs elemzést végeztem. Mivel a normalitás egyik változó esetében sem teljesült, Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztam, aminek eredménye alapján kijelenthető, hogy a glorifikáció szignifikáns, pozitív, gyenge együttjárást mutat mind az uralkodó kényszeres segítség alskálával ($\rho(82)=0,208$, $p=0,029$), mind az alávetett kényszeres segítség alskálával ($\rho(82)=0,237$, $p=0,015$), ami elmondható az összesített kényszeres segítség skálával kapcsolatban is ($\rho(82)=0,241$, $p=0,014$).

A 8. hipotézis a kiégés és az öngyilkosság dicsőítésének kapcsolatát járta körbe: a MOLBI alskálái („kiábrándultság” és „kimerülés”), az összesített kiégés skála és az SOSS-SF „dicsőítés/normalizálás” alskálája között pozitív irányú kapcsolat van. Tekintettel arra, hogy az előző hipotézis vizsgálatakor már láthattuk, hogy a glorifikáció alskála nem követi a normál eloszlást ($p=0,017$, $W=0,963$), ebben az esetben is Spearman-féle rangkorrelációt használtam. A hipotézis beigazolódott: a statisztikai próba eredménye szerint a öngyilkosság dicsőítése szignifikáns, gyenge pozitív kapcsolatban áll a kiábrándultság ($\rho(82)=0,218$, $p=0,023$), kimerülés ($\rho(82)=0,191$, $p=0,041$) alskálákkal, és az összesített kiégés skálával is ($\rho(82)=0,246$, $p=0,012$).

További vizsgálatok

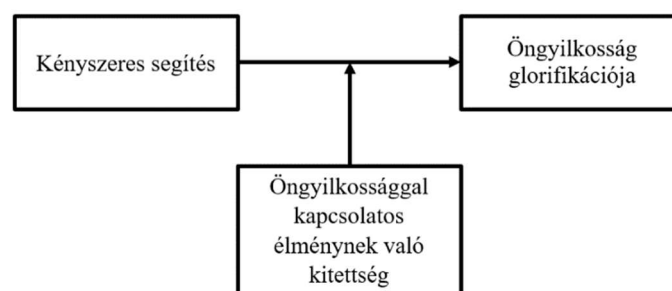
A hipotézisvizsgálatok eredményének fényében további vizsgálatokat is elvégeztem a konstruktumok közötti összefüggések átfogóbb megértése érdekében. A regressziószámítás kiterjesztésének tekinthető útelemzés eredményei szerint a kényszeres segítség szignifikánsan pozitívan hat a kiégésre, a kiégés pedig szignifikánsan pozitívan magyarázza az öngyilkosság glorifikációját. A glorifikáció változó R-négyzet értéke 0,0718, vagyis a modell körülbelül 7,18%-ban magyarázza glorifikációt, míg a kiégés változó R-négyzet értéke 0,1198, tehát a modell körülbelül 11,98%-ban magyarázza a kiégést. Ez alapján a modell teljes magyarázóereje 19,16%. A kapott útdiagramot a 3. ábra szemlélteti, a modell paramétereire vonatkozó becsléseket pedig C Melléklet 3. táblázata tartalmazza részletesen.

3. ábra. A kényszeres segítség, a kiegész és az öngyilkosság glorifikációja változók közötti kapcsolatok útdiagramja



Vizsgáltam továbbá azt, hogy hogyan hat a kényszeres segítség változó a glorifikációra az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség változó függvényében, amihez moderációs elemzést használtam. A kimeneti változó ebben az esetben az öngyilkosság glorifikációja, a prediktor változó a kényszeres segítség, a moderátor változó pedig az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség volt. Az elemzés során a kényszeres segítség változó szignifikáns pozitív hatást mutatott a glorifikáció változóra ($\beta=0,01192$, $p=0,010$), ami azt jelenti, hogy a kényszeres segítség nagyobb mértéke pozitívan hat az öngyilkosság dicsőítésére. Az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség változó direkt hatása nem szignifikáns ($\beta=0,02677$, $p=0,552$), tehát önmagában ez a változó nem befolyásolja a glorifikációt, azonban a kitettség pozitívan moderálja a kényszeres segítség glorifikációra gyakorolt hatását ($\beta=0,00552$, $p=0,020$). Ez azt jelenti, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség változó szintjének függvényében változik a kényszeres segítség változó hatása az öngyilkosság glorifikálására: ahogyan az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség szintje nő, úgy nő a kényszeres segítség pozitív (növelő) hatása is az öngyilkosság glorifikálására (4. ábra). A moderációs elemzés paraméterei a C Melléklet 4. táblázatában láthatóak.

4. ábra. A moderációs elemzés diagramja



Következtetések

Jelen kutatás a pszichológusok öngyilkossági veszélyeztetettségének körbejárását célozta. Szó volt a segítő foglalkozásúakat különösen érintő helper szindrómáról, amely olyan személyiségstruktúrát feltételez a kényszeres segítség háttérében, ami a kiégés kialakulásában fontos szerepet játszhat. Emellett a pszichológusok öngyilkossággal kapcsolatos tapasztalatai és ismeretei is felmérésre kerültek. Vizsgálatom a kényszeres segítség és a kiégés kapcsolatának bizonyítása mellett támogatja azt az elképzelést, hogy a kényszeres segítség növeli a kiégés mértékét a szakemberek körében (Fekete, 2000), ami hatással van az öngyilkossággal kapcsolatos dicsőítő attitűdökre.

Az RFOS kérdőíven elért eredmények alapján az látható, hogy a minta pszichológusai általában helyes ismeretekkel rendelkeznek az öngyilkosságról (C Melléklet 1. táblázat). A legkevesbé azzal értettek egyet a kitöltők, hogy az öngyilkosság a környezet manipulálására és figyelemfelkeltésre szolgál. Ez összhangban van Domino és Swain (1986) eredményével, miszerint a pszichológusok inkább a külső környezetre adott reakcióként látják az öngyilkosságot és nem manipulációként értelmezik azt. Problémás lehet ugyanakkor, hogy a vizsgált pszichológusok közül rendkívül kevesen, mindössze 12-en gondolják úgy, hogy az öngyilkosságra elszánt személyt vissza lehet tartani az öngyilkosság elkövetésétől. Ez a hozzáállás akár eredményezheti azt, hogy a szakember nem fog beavatkozni olyan helyzetben, amikor ezt az elszántságot érzékeli a szuicid krízisbe jutott páciensen.

A pszichológusok öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjét, mint potenciális öngyilkossági rizikófaktort vizsgáltam. Az eredmények azt mutatták, hogy a minta pszichológusaira kevésbé jellemző az öngyilkosok megbélyegzése, inkább hajlamosak az öngyilkosságot a magányossággal, elszigetelődéssel, reménytelenséggel magyarázni. Mindez egybehangzik a témában folytatott kutatások eredményeivel: Domino és Swain (1986), Werth és Liddle (1994), Gagnon és Hasking (2012), Osafo és munkatársai (2012), s Norheim és munkatársai (2016) egyöntetűen úgy találták, hogy a pszichológusok amellet, hogy rendkívül jártasak az

öngyilkosság témájában, a szuicídumra nem a manipulálás eszközeként, hanem mentális problémaként tekintenek, aminek kialakulásában a külső környezet nagy szerepet játszik. Az alacsonyabb stigmatizálás hátterében éppen az állhat, hogy a pszichológusok mélyebb ismeretekkel, nagyobb tudással rendelkeznek a témában, s szakmájukból adódóan tisztában vannak a stigmatizálás negatív következményeivel (pl. társas izoláció, demoralizáció, reménytelenség érzése), amelyek között kiemelt helyen szerepel a segítségkérés elutasítása (Tadros & Jolley, 2018). Az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) Pszichológusok etikai és szakmai kódexében (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, 2017) első általános alapelvként fogalmazza meg azt, hogy a pszichológusoknak törekedniük kell az elfogultságok, hovatartozások és előítéletek megszüntetésére, hiszen ezek negatívan befolyásolják munkájukat. A pszichológusoknak tehát munkájukból adódóan kötelességük negatív előítéletektől és a megbélyegzéstől mentes attitűdökkel viseltetni a segítségre szorulókkal szemben, beleértve a szuicid személyeket is.

Vizsgálatomban nem sikerült az öngyilkossági veszteséget kapcsolatba hozni az öngyilkosság magasabb dicsőítésével, ahogyan az a hipotézis sem igazolódott be, hogy az élet során megtapasztalt öngyilkossági gondolatok magasabb öngyilkossági dicsőítéssel járnak együtt. Erre magyarázat lehet a kutatás egyik módszertani hiányossága. Érdekes lett volna az öngyilkossági veszteséget jobban körüljárni, információt szerezni nem csupán az öngyilkossági veszteség tényéről, hanem arról is, hogy az illető mikor, milyen körülmények között, kit veszített el öngyilkosság következtében. Egy gyermekkorban, közeli családi körben megélt öngyilkossági veszteség ugyanis feltételezhetően más hatást gyakorol a fejlődő személyiségre, mint a felnőttként, akár már szakemberként megélt veszteség. Szintén többen jelezték a demográfiai kérdőívben, hogy volt olyan páciensük, aki szuicídum miatt halt meg. Ennek hatásáról szintén érdekes lehet vizsgálni, amit a tudományos életben több szerző is felismert már (Chemtob et al., 1988; Kleespies et al., 1990; Sandford et al., 2020).

Figyelemfelkeltő lehet, hogy az élet során megtapasztalt öngyilkossági gondolatok kifejezetten nagy arányban jellemezték a minta pszichológusait. A minta több mint fele, pontosan 51 személy számolt be arról, hogy élete során voltak öngyilkossági gondolatai, ami a minta 60,7%-át jelenti. Habár az eddigi élet során megtapasztalt öngyilkossági gondolatok és a szuicídum glorifikálása közötti kapcsolat alátámasztása 5%-os alfa mellett nem sikerült, figyelemre méltó, hogy 10%-os alfa mellett igazolódott volna a hipotézis. Emiatt javasolt lenne a két változó összefüggéseinek további, nagyobb mintán történő vizsgálata.

A várakozásokkal ellentétben az öngyilkossági gondolatokat megtapasztalókra nemhogy kevésbé, hanem jobban jellemzőek a stigmatizáló attitűdök, mint azokra, akik nem számoltak

be öngyilkossági gondolatokról. Rüsch és munkatársai (2014) felhívták a figyelmet arra, hogy különbséget kellene tenni a mentális betegségnek, mint az öngyilkosság rizikófaktorának stigmatizálása és magának az öngyilkosság cselekményének a megbélyegzése között, ugyanis az utóbbi esetében a stigmatizálás hasznos is lehet, mert elrettentheti az egyéneket az öngyilkosságtól. Ebből kiindulva elképzelhető, hogy ez a hozzáállás egyfajta önvédelemként funkcionál.

Az öngyilkossággal kapcsolatos magasabb ismeretek nem jártak együtt alacsonyabb stigmatizálással, és az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség szintje sem volt összefüggésbe hozható a szuicídumra vonatkozó ismeretszinttel. Ennek magyarázata lehet, hogy a pszichológusok az átlagpopulációnál – munkájukból adódóan – tájékozottabbak a szuicídum kérdésében, amint az a jelenlegi vizsgálatban is bebizonyosodott. Elképzelhető, hogy míg a laikusoknál az érintettség eredményezhet az öngyilkosság jelenségével kapcsolatos magasabb érdeklődést, s ez motiváló lehet arra vonatkozóan, hogy jobban tájékozódjanak a témában, addig logikusnak tűnik azt feltételezni, hogy a pszichológusoknál a szuicídum témájában való jártasság a szakmabeliség kézenfekvő következménye. Hasonló lehet a helyzet a stigmatizálás és ismeretszint közötti kapcsolat esetében is: ezt az elképzelést támogatják jelen kutatásom eredményei, és azok a már korábban ismertetett kutatási eredmények is, amelyek rendre kimutatták, hogy a pszichológusokra a stigmatizálás kevésbé jellemző. Batterham és munkatársai (2013) is úgy találták, hogy a magasabb ismeretszint nem feltétlenül eredményez alacsonyabb stigmatizálást, hiszen kutatásukban a fiatalok egyszerre voltak jellemezhetőek magas ismeretekkel és magas stigmatizálással.

További statisztikai elemzések során a kényszeres segítség, a kiégés és az öngyilkosság glorifikációja közötti pozitív kapcsolatok is bebizonyosodtak. Rendkívül fontos eredmény, hogy az útelemzés szerint a kényszeres segítség szignifikánsan növeli a kiégés mértékét, a kiégés pedig szignifikánsan magyarázza az öngyilkosság glorifikációjának magasabb értékét. Ez az eredmény támogatja azt az elképzelést, hogy a helper szindróma potenciális rizikófaktor lehet a kiégés kialakulásában, ami pedig közrejátszik az öngyilkosságot dicsőítő és normalizáló attitűdök alakításában. A kutatás másik figyelemre méltó eredménye, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség mértéke növeli a kényszeres segítségnek az öngyilkosság glorifikációjára gyakorolt hatását: minél nagyobb ugyanis az öngyilkossággal kapcsolatos élménynek való kitettség, annál erősebb a kényszeres segítség hatása az öngyilkosság glorifikációjára. Ez különösen azoknak a pszichológusoknak a szempontjából lehet érdekes, akik szuicid páciensekkel foglalkoznak, így munkájuk során gyakran szembesülnek az öngyilkosság problémájával. A kényszeres segítő terapeuta gyakori

„találkozásai” a szuicídummal ugyanis eredményezhetik az öngyilkosságot dicsőítő attitűdök felerősödését, amik potenciális öngyilkossági rizikófaktorra válhatnak. Fekete (2000) már korábban felhívta a figyelmet arra, hogy a kényszeres segítő gyakran szélsőséges eszközökkel juttatja kifejezésre az igényeit, legsúlyosabb esetben szuicídum útján, aminek fenyegető előrelője lehet a pszichológus dicsőítő viszonyulása a szuicid páciens felé.

Ezek az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a pszichológusi munka számos olyan tényezőt rejt magában, ami a szakemberek mentális jóllétét veszélyeztetheti. Ennél fogva nem lehet eléggé hangsúlyozni a szupervízió, a megfelelő stresszkezelés és munkahelyi feltételek, valamint az önismeret fontosságát (Demerouti, 2015; Fekete, 2000; Gilbreath & Benson, 2004).

A kutatásnak vannak limitációi. A legfontosabb, hogy az eredmények általánosíthatóságát fenntartásokkal kell kezelni a viszonylag alacsony mintaelemszám miatt. Amint az már korábban kifejtésre került, a résztvevőknek az öngyilkossági veszteséget érintő tapasztalataik kapcsán csupán a veszteség tényéről kellett beszámolniuk. Célszerű lett volna több irányított kérdést feltenni a veszteséggel kapcsolatban – természetesen az etikai szempontokat figyelembe véve –, hogy árnyaltabb képet kaphassunk az öngyilkossági veszteségek és az attitűdök kapcsolatáról. Az öngyilkossági gondolatokat illetően fontos megjegyezni, hogy míg az előzetes szakirodalmi eredmények az aktuálisan fennálló, vagy a vizsgálatot megelőző rövid időtartamon belül megtapasztalt öngyilkossági gondolatokat hozták kapcsolatba az öngyilkosság glorifikálásával, kutatásom az eddigi élet során tapasztalt ideáció kapcsolatát vizsgálta a glorifikálással. Elképzelhető, hogy csak az aktuális mentális állapot befolyásolja ezeket az attitűdöket, az évekkel ezelőtt megtapasztalt öngyilkossági gondolatoknak a jelenben nincsen jelentősége. A szuicid páciensekkel kapcsolatos tapasztalatokat szintén érdemes lenne megvizsgálni egy következő kutatásban, akár csak azt, hogy a munkaterületnek van-e hatása az attitűdök alakulására, és szerepet játszik-e a kiégés kialakulásában.

Összefoglalva tehát a vizsgálatom eredményei figyelemfelhívóak lehetnek arra vonatkozóan, hogy mind a szuicídumra vonatkozó attitűdök és az öngyilkossági veszélyeztetettség pontos összefüggései, mind a pszichológusok jólléte több figyelmet és kutatást érdemelne a tudományos életben, továbbá egyrészt az öngyilkosság-megelőzést érintő kutatások fontosságára, másrészt a kiégés pszichoanalitikus megközelítésű vizsgálatainak szükségességére is rámutatnak.

Nyilatkozat Mesterséges Intelligencia használatáról

Gaál Emese Réka nyilatkozom, hogy *A pszichológusok öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjei, ismeretei és tapasztalatai a kényszeres segítséssel és a kiegészéssel összefüggésben* című pályamunkám saját szellemi termékem, elkészítéséhez, megírásához nem használtam Mesterséges Intelligenciát.

Irodalomjegyzék

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624–631. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.6.624>
- Ahola, K., Hakanen, J. J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>
- American Psychological Association (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association.
- Buda, B. (1974). Erwin Ringel: A preszuicidális szindróma (öngyilkosság előtti tünetcsoport) tünettana. In Andorka, R., Buda, B., & Cseh-Szombathy, L., *A deviáns viselkedés szociológiája* (pp. 367-380). Gondolat Könyvkiadó.
- Balázs, J. Á. (2018). *Öngyilkosság: mentális rizikófaktorok és prevenciók lehetőségei, különös tekintettel a gyermek-és serdülőkorra*. [Akadémiai nagydoktori thesis, ELTE]. REAL-d - az MTA Könyvtárának Repozitóriuma. https://real-d.mtak.hu/1137/7/dc_1510_18_doktori_mu.pdf
- Batterham, P. J., Caley, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of Suicide Stigma and Suicide Literacy in the Community. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 43(4), 406–417. <https://doi.org/10.1111/sltb.12026>
- Batterham, P. J., Han, J., Caley, A. L., Anderson, J., & Christensen, H. (2018). Suicide Stigma and Suicide Literacy in a Clinical Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1136–1147. <https://doi.org/10.1111/sltb.12496>
- Berta, J., & Csabai, K. (2018). *Szocializáció gyermek- és serdülőkorban. Elakadások, zavarok és kibontakozás*. Akadémiai Kiadó. <https://mersz.hu/berta-csabai-szocializacio-gyermek-es-serdulokorban/>
- Bhattacharjee, A., & Deb, S. (2007). Suicidal Tendencies among Depressive Patients. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33(2), 213–218. https://www.researchgate.net/profile/Anjana-Bhattacharjee/publication/335653514_Suicidal_Tendencies_among_Depressive_Patients/links/5d722f4c299bfb1cb808ad774/Suicidal-Tendencies-among-Depressive-Patients.pdf

- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Boccio, D. E., Weisz, G., & Lefkowitz, R. (2016). Administrative pressure to practice unethically and burnout within the profession of school psychology. *Psychology in the Schools*, 53(6), 659–672. <https://doi.org/10.1002/pits.21931>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Chan, L. F., Salleh Sahimi, H. M., & Raudhah binti Mokhzani, A. (2022). A global call for action to prioritize healthcare worker suicide prevention during the COVID-19 pandemic and beyond. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 43(3), 163–169. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000852>
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(4), 416–420. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.4.416>
- Demerouti, E. (2015). Strategies used by individuals to prevent burnout. *European Journal of Clinical Investigation*, 45(10), 1106–1112. <https://doi.org/10.1111/eci.12494>
- 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 & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 373–385. <https://doi.org/10.1080/00048670902721079>
- Domino, G., & Swain, B. J. (1986). Recognition of Suicide Lethality and Attitudes toward Suicide in Mental Health Professionals. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 16(4), 301–308. <https://doi.org/10.2190/LHK3-PG0Y-2QQF-NPJH>
- Emery, S., Wade, T. D., & McLean, S. (2009). Associations Among Therapist Beliefs, Personal Resources and Burnout in Clinical Psychologists. *Behaviour Change*, 26(02), 83–96. <https://doi.org/10.1375/bech.26.2.83>
- Ernst, M., Kallenbach-Kaminski, L., Kaufhold, J., Negele, A., Bahrke, U., Hautzinger, M., Beutel, M. E., & Leuzinger-Bohleber, M. (2020). Suicide Attempts in Chronically Depressed Individuals: What Are the Risk Factors?. *Psychiatry Research*, 287, 112481. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112481>
- Eurostat. (2023, Sept 8). *Deaths by suicide down by almost 14% in a decade*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20230908-3>
- Fekete, S. (2000). Segítő foglalkozások kockázatai – helper szindróma és burnout jelenség. In Kelemen, G. (Ed.), *TELE-DIALÓGUS. Tanulmányok az öngyilkosság-megelőzés kommunikációs perspektíváiról* (pp. 179–191). Pannónia Könyvek.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12(1), 73–82. <https://doi.org/10.1037/h0086411>
- Gagnon, J., & Hasking, P. A. (2012). Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology*, 64(2), 75-82. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x>
- Galbraith, N., Boyda, D., McFeeters, D., & Hassan, T. (2021). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych bulletin*, 45(2), 93–97. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>
- Gilbreath, B., & Benson, P-G. (2004). The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. *Work & Stress*, 18(3), 255-266. <https://doi.org/10.1080/02678370412331317499>
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(4), 402–407. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.4.402>
- Good, G. E., Thoreson, R. W., & Shaughnessy, P. (1995). Substance use, confrontation of impaired colleagues, and psychological functioning among counseling psychologists: A national survey. *The Counseling Psychologist*, 23(4), 703-721. <https://doi.org/10.1177/0011000095234010>
- Goñi-Sarriés, A., Blanco, M., Azcárate, L., Peinado, R., & López-Goñi, J. J. (2018). ¿El intento de suicidio previo constituye un factor de riesgo para el suicidio consumado?. *Psicothema*, 30(1), 33-38. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.318>
- Guille, C. (2021). Rate of Suicide Among Women Nurses Compared with Women in the General Population Before the COVID-19 Global Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 597–598. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0141>
- Hajduska, M. (2008) *Krízislélektan*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Hegedűs, R (2019). Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök vizsgálata. In Zonda, T., Bozsonyi, K., & Moksony, F. (Eds.), *Az öngyilkosság szociológiája* (pp. 151-161). Károli Gáspár Református Egyetem, L'Harmattan Kiadó.
- Hubbard, R. W., & McIntosh, J. L. (1992). Integrating Suicidology into Abnormal Psychology Classes: The Revised Facts on Suicide Quiz. *Teaching of Psychology*, 19(3), 163–166. https://doi.org/10.1207/s15328023top1903_9
- Jeon, H. J., Park, J.-H., & Shim, E.-J. (2013). Permissive Attitude Toward Suicide and Future Intent in Individuals With and Without Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(4), 286–291. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318288d2c7>
- Kleespies, P. M., Smith, M. R., & Becker, B. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 257–263. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.4.257>

- Kleespies, P. M., Van Orden, K. A., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., Hillbrand, M., & Yufit, R. I. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 244–251. <https://doi.org/10.1037/a0022805>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kuhn, C. M., & Flanagan, E. M. (2016). Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Canadian Journal of Anesthesia*, 64(2), 158–168. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0781-0>
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 252–258. <https://doi.org/10.1037/a0023319>
- Lefever, R. (2007). *Kényszeres segítség*. (Madácsy, J., Trans.). Pécsi Tudományegyetem – Leo Amici 2002 Alapítvány. (Eredeti mű kiadva 2005).
- Lheureux, F., Truchot, D., & Borteyrou, X. (2016). Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout. *Work & Stress*, 30(2), 173–192. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1171806>
- Li, T., Petrik, M. L., Freese, R. L., & Robiner, W. N. (2022). Suicides of psychologists and other health professionals: National Violent Death Reporting System data, 2003–2018. *American Psychologist*, 77(4), 551–564. <https://doi.org/10.1037/amp0001000>
- Lyu, S., & Li, Y. (2023). The Roles of Endorsement and Stigma in Suicidal Ideation and Behavior among Chinese College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 877. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010877>
- Maringgele, V. E., Scherr, M., Aichhorn, W., & Kaiser, A. K. (2023). Helper Syndrome and Pathological Altruism in nurses – a study in times of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 14, 1150150. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1150150>
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7(1), 63–74. [https://doi.org/10.1016/s0962-1849\(98\)80022-x](https://doi.org/10.1016/s0962-1849(98)80022-x)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7), 837–851. <https://doi.org/10.1007/BF00287876>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

- McFarland, D. C., Hlubocky, F., Susaimanickam, B., O'Hanlon, R., & Riba, M. (2019). Addressing Depression, Burnout, and Suicide in Oncology Physicians. *American Society of Clinical Oncology - Educational book*, 39(39), 590–598. https://doi.org/10.1200/EDBK_239087
- Mészáros, V. (2013). *Kiegész az egészségügyben – A kiegész korrelátumai, valamint megelőzésének lehetőségei*. [Doktori disszertáció, Eötvös Loránd Tudományegyetem]. http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/doktorjelolt_Mesaros-Veronika_disszertacio.pdf
- Mészáros, V., & Ádám, Sz. (2021). Mini Oldenburg Kiegész Kérdőív. In Horváth, Zs., Urbán, R., Kökönyei, Gy., & Demetrovics, Zs. (Eds.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban* (pp. 249-252). Medicina Könyvkiadó.
- Miklin, S., Mueller, A. S., Abrutyn, S., & Ordonez, K. (2019). What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Social Science & Medicine*, 233, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.019>
- Mills, L. B., & Huebner, E. S. (1998). A Prospective Study of Personality Characteristics, Occupational Stressors, and Burnout Among School Psychology Practitioners. *Journal of School Psychology*, 36(1), 103–120. [https://doi.org/10.1016/s0022-4405\(97\)00053-8](https://doi.org/10.1016/s0022-4405(97)00053-8)
- Moukaddam, N., Parks, K., Le, H., Khawaja, L., Shah, A. A. (2020). Burnout and Suicide Among Physicians During Times of Stress. *Psychiatric Annals*, 50(12), 536–541. <https://doi.org/10.3928/00485713-20201103-02>
- Müller, P. (1991). A lelki krízis megértése. Kultúra és közösség. In Kelemen, G. (Ed.), *TELE-DIALÓGUS. Tanulmányok az öngyilkosság-megelőzés kommunikációs perspektíváiról* (pp. 17-23). Pannónia Könyvek.
- Nagy, H., & Gyurkovics, M. (2016). A pszichológiai jóllét szociodemográfiai korrelátumai, kapcsolata a big five vonásokkal és az optimizmussal. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 17(3), 195–214. <https://doi.org/10.1556/0406.17.2016.001>
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K., Loskutova, E., & Ekeberg, O. (2016). Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. *BMC Psychiatry* 16, 268. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0976-5>
- Osafo, J., Knizek, B. L., Akotia, C. S., & Hjelmeland, H. (2012). Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 691–700. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010>
- Park, C.-H.-K., Kim, B., Lee, S.-S., Ha, K., Baek, C.-J., Shin, M.-S., & Ahn, Y.-M., (2016). A Comparative Study of Permissive Attitudes Toward Suicide: An Analysis of Cross-

- National Survey in South Korea, Japan, and the United States. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 23(4), 157-165.
<https://koreascience.kr/article/JAKO201610958457369.pdf>
- Papovic, S. (2009). Professional Burnout Syndrome. *Materia Socio-Medica*, 21(4), 213-215.
<https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/16/16-1302374220.pdf?1711880150>
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317-326.
<https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247-258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Rajalin, M., Hirvikoski, T., & Jokinen, J. (2013). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.055>
- Raquepaw, J. M., & Miller, R. S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 32-36.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.1.32>
- Richardson, C. M. E., Trusty, W. T., & George, K. A. (2018). Trainee wellness: self-critical perfectionism, self-compassion, depression, and burnout among doctoral trainees in psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(2), 187-198.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1509839>
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 17-22. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3280106868>
- Rihmer, Z., & Fekete, S. (2012). Az öngyilkos magatartás jellemzői és az öngyilkossági rizikó felmérése. In Kalmár, S., Németh, A., & Rihmer, Z. (Eds.), *Az öngyilkosság orvosi szemmel – Kockázatfelmérés, kezelés, prevenció* (pp. 89-112). Medicina Könyvkiadó.
- Rihmer, Z., & Németh, A. (2014). A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 16(4), 195-204.
<https://mppt.hu/magazin/pdf/xvi-evfolyam-4-szam/rihmer.pdf>
- Rihmer, Z., Döme, P., Gonda, X., & Bélteczki, Zs. (2017). Az öngyilkossági veszély felmérése a rizikófaktorok hierarchikus osztályozása alapján. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(3), 131-136.
https://real.mtak.hu/85282/1/rihmer_honlapra.pdf
- Rosenberg, T., & Pace, M. (2006). Burnout among mental health professionals: special considerations for the marriage and family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(1), 87-99. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01590.x>

- Runeson, B., & Åsberg, M. (2003). Family History of Suicide Among Suicide Victims. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1525–1526. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1525>
- Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(3), 168–174. <https://doi.org/10.1037/a0039297>
- Rupert, P. A., Stevanovic, P., & Hunley, H. A. (2009). Work-family conflict and burnout among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 54–61. <https://doi.org/10.1037/a0012538>
- Rüsch, N., Zlati, A., Black, G., & Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality?. *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 257–259. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145755>
- Rzeszutek, M., & Schier, K. (2014). Temperament traits, social support, and burnout symptoms in a sample of therapists. *Psychotherapy*, 51(4), 574–579. <https://doi.org/10.1037/a0036020>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & de Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2020). The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 261–294. <https://doi.org/10.1002/cpp.2515>
- Schonfeld, I. S., & Bianchi, R. (2015). Burnout and Depression: Two Entities or One?. *Journal of Clinical Psychology*, 72(1), 22–37. <https://doi.org/10.1002/jclp.22229>
- Shirom, A., & Ezrachi, Y. (2003) On the Discriminant Validity of Burnout, Depression and Anxiety: A Re-examination of the Burnout Measure. *Anxiety, Stress, & Coping*, 16(1), 83–97. <https://doi.org/10.1080/1061580021000057059>
- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C., & Reid, C. (2018). Burnout amongst Clinical and Counselling Psychologists: The Role of Early Maladaptive Schemas and Coping Modes as Vulnerability Factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 35–46. <https://doi.org/10.1002/cpp.2328>
- Smith, E. R., Mackie, D. M., & Claypool, H. M. (2021). *Szociálpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Sonneck, G., & Wagner, R. (1996). Suicide and Burnout of Physicians. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 33(3), 255–263. <https://doi.org/10.2190/0yvl-appt-nl35-1lxj>
- Susánszky, É., Hajnal, Á., & Kopp, M. (2008). Öngyilkossággal kapcsolatos ismeretek, attitűdök a magyar lakosság és a segítő foglalkozású szakemberek körében. *Psychiatria Hungarica*, 23(5), 376–384.

- Tadros, G., & Jolley, D. (2001). The stigma of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 179(2), 178. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.2.178>
- Tanaka, K., & Ikeuchi, S. (2023). Insights from primary care workers supporting people at risk of suicide in local communities in Japan: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-14. <https://doi.org/10.1111/jan.16024>
- Temesváry, B. (2005). *Szuicidológiai zsebkönyv – Szuicidológia, krízisintervenció és a „segítők” mentálhigiénéje*. Zsurnál Market Kiadó és Szolgáltató Bt.
- Temesváry, B. (2010). Direkt és indirekt önpusztítás, avagy hogyan lehet a „szuicidogén klímát” csökkenteni?. *Egészségtudomány*, 54(3). https://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2010_3/Temesvary.pdf
- Trimble, L., Jackson, K., & Harvey, D. (2000). Client suicidal behaviour: Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologist*, 35(3), 227-232. <https://doi.org/10.1080/00050060008257483>
- Vörös, V., Osváth, P., & Fekete, S. (2004). Nemi különbségek a szuicid viselkedésben. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 6(2), 65-71. <https://mppt.hu/magazin/pdf/vi-evfevfolyam-2-szam/nemi-kueloenbsegek-a-szuicid-viselkedesben.pdf>
- Vredenburgh, L. D., Carlozzi, A. F., & Stein, L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinent demographics. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(3), 293–302. <https://doi.org/10.1080/09515079908254099>
- Werth, J. L., & Liddle, B. J. (1994). Psychotherapists' attitudes toward suicide. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(3), 440–448. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.3.440>
- Williams, C. L., Cero, I., Gauthier, J. M., & Witte, T. K. (2018) Examination of the latent factor structure and construct validity of the stigma of suicide scale-short form. *Death Studies*, 42(10), 616-626. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1416431>
- Williams, A. M., Reed, B., Self, M. M., Robiner, W. N., & Ward, W. L. (2020). Psychologists' Practices, Stressors, and Wellness in Academic Health Centers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(4), 818–829. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09678-4>
- World Health Organization. (2023, Aug 28). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Zuckerman, S. (2017). *What Predicts Suicide Among Psychologists? An Examination of Vulnerability and Protective Factors*. [Doctoral dissertation, University of Memphis]. University of Memphis Digital Commons. <https://digitalcommons.memphis.edu/etd/166>