

A KIÉGÉS: HOGYAN VÁLIK VALAKI LELKES, ELHIVATOTT DOLGOZÓBÓL ELTÁVOLODOTT, CINIKUS EMBERRÉ?

Garbóczy Szabolcs dr.

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ,
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,
Debrecen



O L O . H U

A cikk online változata

megtalálható a

www.olo.hu weboldalon.

A kiégés (burnout) arra a jelenségre utal, amelynek során a kezdeti lelkesedés, elhivatottság és a sikernek való elköteleződés lángja ellobban, és csak a kimerültség, a cinizmus és az eredménytelenség zsarátnokát hagyja maga mögött (1). Legjellemzőbb tünetcsoportjai a kimerültség, az eltávolodás és a teljesítménycsökkenés. Leginkább a segítő szakmák körében jelentkezik, tehát nemcsak az orvoshoz fordulókat érintheti, hanem akár a kezelőszemélyzetet is. A kialakulása körüli teória szerint az egyén és a munkahely össze nem illése okozza legtöbbször a problémát. Ez pedig meghatározza a megelőzés és kezelés lehetőségének a beavatkozási pontjait is: az a terület szorul segítségre, ahol illeszkedési problémák vannak.

1. DEFINÍCIÓ

A kiégés olyan pszichológiai szindróma, amely magában foglalja a krónikus interperszonális munkahelyi stresszorokra adott válaszokat (1). Az irodalmi megjelenése a kifejezésnek 1961-re vezethető vissza, amikor *Graham Green* regénye, az „A Burnt-Out Case” (magyar címe érdekes módon: Gyógyulás) megjelent: egy illúzióit veszített építészről szól, aki felhagy munkájával és az afrikai dzsungelbe vonul el (1). Medikális környezetben először egy *Freudenberg* nevű pszichológus használta 1974-ben a kifejezést, bár már az ókori görög és római művészek is használták az „acedia” terminust, amely egy hasonló állapot, a mentális kábulat és a kedvetlenség leírására szolgált (2). Egyes értelmezések szerint ez inkább a depressziót volt hivatott leírni, de ez esetünkben segítség, mert rávilágít a kiégés és a depresszió tüneteinek átfedésére (3).

2. A KIÉGÉS TÜNETEI, DIMENZIÓI ÉS AZOK KOMPONENSEI

A kiégésnek több jellemző tünete van: kimerültségérzés, fáradékonyság, képtelenség a koncentrációra, örömképtelenség, szorongás,

alvászavarok, irritabilitás, és néha alkohol- vagy droghasználat. De talán a depressziótól való elkülönítésére szolgáló legjellemzőbb tünete az érdeklődés elvesztése az egyén munkájában vagy személyes életében, aki így úgy tűnhet, csupán kötelességszerűen, gépiesen teszi a dolgát (4).

A kiégésben a stresszre adott válaszok 3 fő dimenziója a következő:

1. a mindent elsöprő kimerültség;
2. a munkától való eltávolodás és cinizmus;
3. az eredménytelenség érzése és a teljesítés hiánya (5).

Bár ez idáig a kiégést nem sorolták a pszichiátriai diagnózisok közé, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 11. kiadásának (BNO-11) besorolása szerint ez egy „szindróma, mely nem sikeresen kezelt krónikus munkahelyi stressz miatt jelentkezik”, de csak mint egy reziduális tényező, amely hatással lehet az egészségügyi állapotra, azonban önmagában nem betegség vagy sérülés (6).

A kimerültség a stresszkomponens kifejeződése. Az egyén úgy érzi, mintha minden erőforrását felhasználta volna, és nem állnának rendelkezésére tartalékok, amelyekből pótolhatná a hiányokat. A cinizmus képviseli az interperszonális elemét a kiégésnek. Egy negatív, érzéketlen választ jelent a munka

több aspektusára. Kezdetben védelmi funkciója lehet; így próbál eltávolodni a munkától, csökkenteni azon, amin érzi, hogy káros, mégis tesz, de az eltávolodás egy idő után oda vezet, hogy elveszíti az egyén az idealizmusát és dehumanizál másokat. Egy idő után a legminimálisabbat fogja csak elvégezni a munkájában: mind időben, mind minőségében. Az eredménytelenség érzése képviseli a kiégés önértékelés komponensét. Ez az inkompetenciaérzésre és a teljesítmény, valamint a produktivitás hiányára utal a munka során. A csökkent önhatékonyság érzetét felerősíthetik a következők: erőforrások hiánya, társas támasz hiánya és a csökkent lehetőségek a szakmai fejlődés területén (5).

A következményei a kiégésnek az állam, a közigazgatás szintjén a magas költségek vagy anyagi veszteségek, amelyek a vállalat és az egyén szintjén is megjelennek. Azonban további tünetekről is beszámolhatunk, amely az utóbb említett két szinten jelentkezik közvetlenül: csökkent munkateljesítmény, családi kapcsolati problémák, megromlott egészség, több munkahelyi hiányzás, pályaelhagyás (5).

3. EPIDEMIOLOGIA

A kiégés problémája legelőször a segítő szakmákban és a humán szolgáltatások területén jelent meg, mint például egészségügyi dolgozók, mentális egészséggel foglalkozók, szociális munkások, vallásos hivatások képviselői, az igazságszolgáltatás, a tanácsadás és az oktatás területén dolgozók. Ezek mindegyike olyan szakma, amely arra fókuszál, hogy szükségben lévőkön segítsen. További hasonlóság, hogy ezekben a szakmákban szükségeseink intenzív és folyamatos személyes és érzelmi interperszonális kapcsolatok, amelyek amellet, hogy jutalmazóak is lehetnek, sok esetben stresszel telítettek. Ezekben a munkákban fontos mások előtérbe helyezése, az önzetlenség, az extra munkaórák befektetése. Idővel, a társadalom átszerveződésével, mióta más szakmák is felhasználó- vagy vásárlócentrikusak lettek, elkötelezettekké váltak, hogy közeli kapcsolatot alakítsanak ki ügyfelekkel, felütötte fejt a kiégés ezeken a területeken is (5). Átfogó tanulmányok szerint a különböző életkorokban eltérő a megjelenésének esélye az átlagpopulációban, és úgy tűnik, hogy az életkorral együtt valamennyire nő a megjelenésének esélye (7).

A kiégést leginkább a Maslach-féle kiégéskérdőívvel szokás vizsgálni. Ez az olyan tünetek gyakoriságát vizsgálja, amelyek 3 dimenzióval függenek össze:

1. érzelmi kimerültség,
2. elszemélytelenedés,
3. személyes teljesítmény.

Az első kettőn a magasabb értékek magasabb mértékű kiégésre utalnak, míg az utóbbi fordítottan értékelt; a magasabb értékek magasabb személyes hatékonyságra utalnak (8).

4. ORVOSOK A FÓKUSZBAN

Egy amerikai tanulmányban, amely az átlaglakosságot hasonlította össze az orvosokkal, a következő eredményeket kapták: az átlaglakosság 27,8%-a, míg az orvosok 37,9%-a tapasztalta magán a kiégés tüneteit. Az orvosok magasabb arányban (40,2%) voltak elégedetlenek munkájuk és magánéletük egyensúlyával, mint az egyéb foglalkozásban dolgozók (23,2%). Az orvosok körében is ott található a legmagasabb arányok, ahol a frontvonalra húzódik az ellátáshoz való hozzáférésnek: család- és sürgősségi orvosok, belgyógyászok (9).

Úgy találták, minél szélesebb körű, minél átfogóbb az ellátás spektruma, amelyen a háziorvos ténykedik (kórházi környezet, vegyes körzet, házi vizitek), annál jobban csökken a kiégésről szóló beszámolók rátája (10).

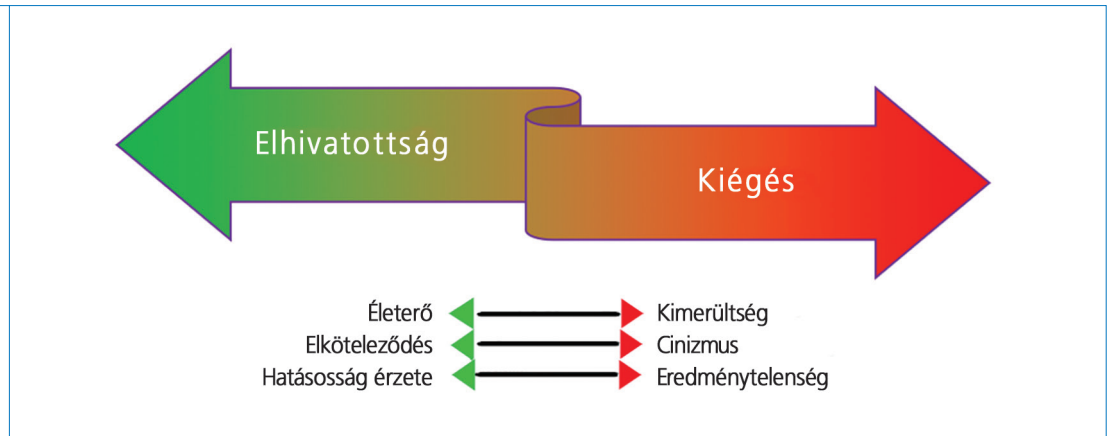
Kanadában igen magas arányban mutatták a háziorvosok a kiégés tüneteit. A kiégés sok esetben stresszhez köthető, amelyet olyan faktorok idéznek elő, mint például: a túl sok pápirmunka, a hosszú várakozás szakorvosokra vagy laboratóriumi vizsgálatokra, alulértékeltetés és támasznélküliség érzése, és hogy szabályokat és előírásokat kell betartani (11).

5. ETIOLÓGIA

A kiégés biológiai hátterét tekintve, úgy tűnik, kapcsolatban van az automatikus idegrendszer folyamatosan fenntartott aktivitásával és a szimpatikus mellékvesevelő-tengely diszfunkciójával, amelyek a kortizolszint változásával lehetnek összefüggésben (2).

A pszichoszociális okok felől közelítve, az elméletalkotók szerint, nem az a kérdés, hogy az egyén vagy a munka oldaláról érdemes-e szemlélni a kialakulás okát, hanem inkább

1. ábra:
Az elhivatottság –
kiégés kontinuum.
Az egyén és az általa
végzett munka minél
több területen való
egyezése az elhiva-
tottság, míg kisiklása
a kiégés irányába hat.



azt szükséges megnézni, hogy az adott egyén az adott szakmával mennyire áll összhangban: minél nagyobb az egyezés a kettő között, annál kisebb; és minél nagyobb az eltérés, annál nagyobb az esély a kiégés kialakulására. Hat nagyobb területet azonosítottak, ahol az eltérés a munka és egyén között táptalajt szolgáltat a kiégésnek: 1.) munkaterhelés, 2.) kontroll, 3.) jutalom, 4.) közösség, 5.) méltányosság és 6.) értékek. Az ezekben való egyezés vagy eltérés több szinten nyilvánulhat meg, amelyet egy kontinuumon kell elképzelni. Egyik vége, amelyen ezek optimális szinten állnak mind, az elköteleződés a munka iránt, a másik vége, amelyen valamennyi között eltérés található, a kiégés (1. ábra) (1). Egy másik, de igen hasonló elmélet szerint a munka követelményei és az erőforrások feszülnek egymásnak. Míg a munka által támasztott követelmények felelősek a kimerüléskomponensért, addig az erőforrások hiánya okolható a leszakadásért. E két faktor (kimerülés és leszakadás) jól használhatónak bizonyult több foglalkozási csoport (humán szolgáltatások, ipar, transzport) esetén is (13).

6. INTERVENCIÓK A TERÁPIA ÉRDEKÉBEN

Prevenációs lépések tehetők a kiégés megelőzése érdekében, amelynek során fontos, hogy a korábban említett hat össze nem illés területén történjék beavatkozás. Ezek a területek, amelyeken az egyén elvárásai és a munkája kínálta lehetőségek között kisiklások lehetnek (a jobb berögződés végett ismételt): 1.) munkatúlterhelés, 2.) a kontroll hiánya, 3.) elégtelen jutalmazás, 4.) a közösség felbomlása, 5.) a méltányosság hiánya és 6.) értékkonfliktus (4).

Bár az derül ki a kutatásokból, hogy kevésbé hatásosak az egyén megváltoztatására irányuló technikák (mély relaxációk, új megküzdési módok megtanulása), mint a szervezeti vagy a szituációs faktorokra hatók, azonban az egyént célzó beavatkozások olcsóbbak és könnyebben kivitelezhetőek, mint a teljes szervezeteket érintők. Mindazonáltal a kiégés megfelelő kezeléséhez szükséges, hogy mindkét beavatkozási ponton (az egyén és a szervezet szintjén) történjenek változások (5).

AZ EGYÉN MEGVÁLTOZTATÁSA

A kapacitást igyekszik növelni, amellyel az egyén képes a munkahelyi problémákkal megküzdeni. 3 kérdésre keressük a választ:

1. Meg tudnak tanulni az emberek új megküzdési stratégiákat?
2. Tudják azokat a munkahelyükön alkalmazni?
3. Hatással vannak azok a kiégésre?

Míg az első kérdésre többnyire igen a válasz, a második kérdésre már nem tudunk ennyire egyértelműen pozitív választ adni. Néha a munkahelyi szerepek megkövetelnek bizonyos viselkedéseket, és a szervezeti procedúrák előírják a munka helyét és idejét, a munkatársakat pedig nem a személyes kompatibilitásuk mentén, hanem a munkára való rátermettségük alapján választják ki. A harmadik kérdésre még kevésbé biztatón tudunk csak válaszolni: míg a kimerültség ellen többé-kevésbé jól fel lehet venni a harcot új megküzdési módokkal (relaxáció, idő hatékony kezelése, asszertív-tástréning, racionális érzelmi terápia, fejlesztés személyközi és szociális készségekben, csapatépítés, a szakmai igények kezelése, meditáció), addig a cinizmussal (elszemélytelenedéssel) és az eredménytelenség érzésével kapcsolatban már nehezen (15). Az egyik leginkább vizsgált és alátámasztott eljárás a kimerültség érzeté-

nek javításában a kognitív viselkedésterápia. A stresszkezelés és a zeneterápia hatásai különböző vizsgálatokban nem bizonyultak konzisztensnek (16). Egy amerikai tanulmány szerint egy intenzívebb, 8 hetes, majd egy fenntartó, tíz hónapos elmetudatosság (mindfulness) képzést követően, az abban részt vevő orvosok a kiégés mindhárom dimenziójában (érzelmi kimerültség, elszemélytelenedés, személyes teljesítmény) jelentős javulást mutattak (17) és egy szisztematikus vizsgálat során is hatékonyan bizonyult az elmetudatosság gyakorlása kiégés esetén (18).

Egy vizsgálat, amelyben a kiégéstől nem szenvedő orvosokat vizsgálták, és az ő közös tulajdonságaikat keresték, azt találta, hogy a 3 alskálán a következő stratégiák lehetnek hatásosak a kiégés ellen:

1. a munkával összefüggő jutalmazás, amelyet a terápiás beavatkozásokkal ér el az orvos;
2. szabadidős aktivitások, önelhatárolás, a munkaórák korlátozása, folyamatos szakmai fejlődés;
3. attitűdök, mint a szakmai és személyes határok elfogadása, a munka napos oldalára történő fókuszálás és személyes flexibilitás (19).

A SZERVEZET MEGVÁLTOZTATÁSA

Kutatások többsége azt találta, hogy a nagyobb hangsúly fektetése a munkakörnyezetre, és azon belül a személyre kiemelt jelentőségű a kiégés kezelése során. Azt találták, hogy a leghatásosabb módja a beavatkozásoknak a kiégés redukciójában az, ha kombinálják a vezetői gyakorlat megváltoztatását az egyénre irányuló, imént említett edukációs intervenciókkal. A vezetői változtatásoknak a korábban említett hat területet kell érinteniük, de önmagukban nem járnak eredménnyel, míg az edukációs intervenciók nem közvetítik a megfelelő egyéni készségeket és attitűdöket (5).

ÖSSZEFOGLALÁS

Elmondható a terápiákról, hogy a már kialakult kiégés visszafordítása igen nehéz, és sok esetben sikertelennek is bizonyuló vállalkozás még az olyan módszerekkel is, mint a kognitív viselkedésterápia, a zene, a relaxáció vagy egy pozitív munkahelyi környezet létrehozása. Így minden esetben jobban megéri a prevencióra helyezni a hangsúlyt (20).

IRODALOM

1. Rossi AM, Perrewe PL, Sauter SL. Understanding Job Burnout. In *Stress and quality of working life: Current perspectives in occupational health*. Information Age 2006.
2. Bayes A, Tavella G, Parker G. The Biology of Burnout: Causes and consequences. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2021; 22(9): 686–698. <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1907713>
3. Toohey P. Acedia in Late Classical Antiquity. *Illinois Classical Studies* 1990; 15(2): 339–352.
4. Gundersen L. Physician burnout. *Annals of Internal Medicine* 2001; 135(2): 145. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-2-200107170-00023>
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001; 52(1): 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
6. WHO 2018. *International statistical classification of diseases and related health problems. 11th revision*. Geneva (Switzerland): World Health Organization. <https://icd.who.int/en>
7. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, et al. Burnout in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41(1): 11–17. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5>
8. Adám S, Mészáros V. Psychometric Properties and health correlates of the Hungarian version of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) among physicians. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2012; 13(2): 127–143. <https://doi.org/10.1556/mental.13.2012.2.2>
9. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine* 2012; 172(18): 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
10. Weidner AK, Phillips RL, Fang B, et al. Burnout and scope of practice in new family physicians. *The Annals of Family Medicine* 2018; 16(3): 200–205. <https://doi.org/10.1370/afm.2221>
11. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2008; 54(2): 234–235.
12. Maslach C. *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1982.
13. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, et al. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology* 2001; 86(3): 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
14. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology* 1998; (1): 63–74. [https://doi.org/10.1016/s0962-1849\(98\)80022-x](https://doi.org/10.1016/s0962-1849(98)80022-x)
15. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, et al. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in Primary Health Care Professionals. *BMC Family Practice* 2013; 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-173>

A további irodalom megtalálható a szerkesztőségben, valamint a www.olo.hu oldalon.