

# **Doktori (PhD) értekezés**

Detréné Urbán Nóra  
pszichológus alezredes  
2015.

**NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM**  
**Hadtudományi Doktori Iskola**

**Detréné Urbán Nóra**  
**pszichológus alezredes**

**A stressz-rezisztencia és a pszichológiai  
reziliencia fejlesztésének és fenntartásának  
szükségessége a védelmi szektorban**

Doktori (PhD) értekezés

**Témavezető:**

Prof. dr. Bolgár Judit  
egyetemi tanár

.....

**Budapest, 2015**

# TARTALOMJEGYZÉK

<b>BEVEZETÉS</b> .....	6
<b>A TUDOMÁNYOS PROBLÉMA MEGFOGALMAZÁSA</b> .....	6
<b>TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA</b> .....	13
<b>KUTATÁSI CÉLOK ÉS HIPOTÉZISEK MEGFOGALMAZÁSA</b> .....	22
Kutatási célkitűzések.....	22
Hipotézisek.....	23
<b>KUTATÁSI MÓDSZEREK</b> .....	24
<b>A DOLGOZAT FELÉPÍTÉSE</b> .....	25
<b>1. A POSZTTRAUMÁS STRESSZBETEGSÉG (PTSD) KIALAKULÁSÁVAL KAPCSOLATOS ELMÉLETEK ÉS EMPIRIKUS KUTATÁSOK</b> .....	27
1.1 TÖRTÉNETI HÁTTÉR.....	27
1.2 EXTRÉM STRESSZRE, PSZICHOTRAUMÁRA ADOTT PSZICHOLÓGIAI VÁLASZOK DIAGNOSZTIKAI MEGFONTOLÁSAI.....	29
1.3 EPIDEMIOLÓGIAI KUTATÁSOK.....	35
1.4 BIOLÓGIAI FOLYAMATOK SZEREPE A PTSD KIALAKULÁSÁBAN.....	42
1.5 PSZICHOLÓGIAI FOLYAMATOK SZEREPE A PTSD KIALAKULÁSÁBAN.....	45
1.5.1 Integratív pszichobiológiai modell.....	45
1.5.2 Személyiségvonások.....	47
1.5.3 Traumás memória.....	49
1.5.4 Konceptuális modellek.....	50
1.6 A POSZTTRAUMÁS STRESSZBETEGSÉG KOMORBIDITÁSA.....	57
1.7 PTSD RIZIKÓFAKTORAINAK KUTATÁSA.....	61
1.8 A PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓ LEHETŐSÉGEI PSZICHOTRAUMA ESETÉN.....	66
<b>2. A REZILIENCIA JELENSÉGE ÉS KUTATÁSA</b> .....	70
2.1 A REZILIENCIA KUTATÁSÁNAK ELŐZMÉNYEI: MEGKÜZDÉS ÉS PROTEKTÍV FAKTOROK.....	70

<b>2.2 A PSZICHOLÓGIAI REZILIENCIA: A VÉSZRUGALMASSÁG KONCEPCIÓJA</b> .....	79
2.2.1 A pszichológiai reziliencia fogalma.....	79
2.2.2 A reziliencia fejlődéslelektani megközelítése.....	82
2.2.3 A reziliencia és felnőttkori pszichotrauma mint új kutatási irány.....	89
2.2.3.1 <i>A rugalmas ellenállóképesség kialakulásában közreműködő faktorok és modellek</i> .....	92
2.2.3.2 <i>Extrém stressz és trauma – vonatkozású katonaegészségügyi reziliencia - kutatások</i> .....	96
2.2.4 Reziliencia- kutatások Magyarországon.....	99
2.2.5 A reziliencia biológiai megközelítése.....	103
2.2.6 Reziliencia és prevenció katonai kutatása nemzetközi kitekintésben.....	105
<b>2.3 REZILIENCIA MINT INTEGRÁLT ALKALMAZKODÓ RENDSZER</b> .....	108
<b>3. FOKOZOTT VESZÉLLEL ÉS TRAUMATIZÁLÓDÁS LEHETŐSÉGÉVEL JÁRÓ HIVATÁSOK JELLEGZETESSÉGEI A VÉDELMI SEKTOR TERÜLETÉN A STRESSZFORRÁSOK ÉS A PSZICHOLÓGIAI ALKALMASSÁG SZEMPONTJÁBÓL</b> .....	111
3.1 KATASZTRÓFAVÉDELEM - TŰZOLTÓSÁG.....	111
3.2 RENDVÉDELMI SZERVEK.....	121
3.3 MAGYAR HONVÉDSÉG.....	127
3.4 KRITIKUS INFRASTRUKTÚRA VÉDELME ÉS A FEGYVERES BIZTONSÁGI ŐRSÉG.....	133
<b>4. EMPIRIKUS VIZSGÁLAT</b> .....	143
4.1 A VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA.....	143
4.1.1 Minta megtervezése, vizsgálati személyek kiválasztása.....	145
4.1.2 A vizsgálati személyek általános jellemzői.....	146
4.1.3 A vizsgálat menete, végrehajtása.....	148
4.1.4 Alkalmazott vizsgálóeszközök.....	149
4.1.5 Az adatok feldolgozásához alkalmazott eljárások.....	160
4.2 AZ EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE.....	161
4.2.1 A vizsgált állomány egészségügyi, elsősorban pszichés állapota, a rizikófaktorok előfordulási gyakorisága (1. hipotézis).....	161

4.2.2	A védőfaktorok és a reziliencia alakulása a vizsgált állománynál (2. hipotézis).....	168
4.2.3	A reziliencia és a védőfaktorok szerepe a PTSD kialakulásában (3. hipotézis).....	176
4.2.4	A Reziliencia Skála, mint önálló vizsgálati eszköz a rugalmas ellenállóképesség mérésére (4. hipotézis).....	183
4.2.5	A foglalkozási csoportok összehasonlítása a vizsgált állománynál a vulnerabilitás, a protektív tényezők és a pszichés állapot tekintetében (5. hipotézis).....	187
4.2.6	Az életkor és az adott foglalkozásban eltöltött idő szerepe a vizsgált állomány esetében (6. hipotézis).....	195
4.3	KÖVETKEZTETÉSEK.....	201
	<b>ÖSSZEFOGLALÁS</b> .....	203
	<b>ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK</b> .....	203
	<b>ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK</b> .....	208
	<b>KUTATÁSI EREDMÉNYEK FELHASZNÁLÁSA A VÉDELMI SEKTORBAN</b> .....	209
	<b>AJÁNLÁSOK MEGFOGALMAZÁSA</b> .....	218
	<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</b> .....	220
	<b>SZAKKIFEJEZÉSEK MAGYARÁZATA</b> .....	221
	<b>MELLÉKLETEK</b>	
1. SZ.	MELLÉKLET: INSTRUKCIÓS LAP.....	226
2. SZ.	MELLÉKLET: ANAMNÉZIS LAP.....	227
3. SZ.	MELLÉKLET: ÉLETESEMÉNYEK TŰNETLISTÁJA.....	231
4. SZ.	MELLÉKLET: DEROGATIS TŰNETBECSLŐ SKÁLA (SCL-90-R).....	232
5. SZ.	MELLÉKLET: BECK DEPRESSZIÓ KÉRDŐÍV.....	234
6. SZ.	MELLÉKLET: SPIELBERGER VONÁS ÉS ÁLLAPOT SZORONGÁST MÉRŐ KÉRDŐÍV.....	237
7. SZ.	MELLÉKLET: PSZICHOLÓGIAI IMMUNKOMPETENCIA KÉRDŐÍV.....	239
8. SZ.	MELLÉKLET: MEGKÜZDÉSI MÓDOK KÉRDŐÍV.....	245
9. SZ.	MELLÉKLET: ANAMNÉZIS ÉRTÉKELŐ LAP.....	247
10. SZ.	MELLÉKLET: ÖSSZESÍTŐ LAP.....	249
	<b>FELHASZNÁLT IRODALOM</b> .....	251
	<b>PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK</b> .....	271
	<b>ÖNÉLETRAJZ</b> .....	274

## BEVEZETÉS

### A TUDOMÁNYOS PROBLÉMA MEGFOGALMAZÁSA

A Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állománya az Alaptörvényben és Magyarország NATO-ban vállalt kötelezettségéből eredően gyakran kerülhet olyan helyzetbe, amikor fokozott pszichés megterhelésnek van kitéve.

Hazánk 1995 óta egyre gyakrabban vállal szerepet külföldi missziókban. A missziós műveletekben való részvétel olyan speciális feladatot jelent, amely eltér az itthon végzett munkától. Az új típusú fenyegetések, amelyek az elmúlt évtizedek során előtérbe kerültek, új kihívásokat jelentenek a katonai műveletek szintjén is. A hagyományos katonai tevékenységektől sokszor különböző feladatok közös eleme, hogy nincs világosan megnevezhető ellenség, akivel fel kellene venni a harcot. A missziós tevékenységek olyan magatartást várnak el a katonáktól, akik eredendően fegyveres erőszak alkalmazására kapnak kiképzést, hogy lehetőleg ne fegyverrel, a tanult módon reagáljanak, hanem sokkal inkább diplomaták legyenek. Ugyanakkor a műveletek helyszínein még mindig inkább a klasszikus háborúkra emlékeztetnek a körülmények (ellenséges erők, gerilla-, illetve terrortámadások, aknamezők, stb.). A misszióba készülő katona tudatában van annak, hogy háborús veszélynek teszi ki magát, megsérülhet, maradandó károsodást szenvedhet, sőt életét is veszítheti. A békefenntartók háborús körülmények közé kerülve személyesen tapasztalhatnak meg életveszélyes szituációkat, katasztrófákat, láthatnak súlyosan sebesült embereket, halált. Ezek a traumatikus élmények, a hirtelen vagy folyamatosan fellépő stressz gyengíti a fizikai aktivitást és az egészséges pszichés védekezőképességet. E speciális szolgálatok ellátásához nélkülözhetetlen a katonák magas szintű pszichológiai rugalmassága, alkalmazkodóképessége és szakmai felkészültsége. Éppen ezért a megfelelő kiképzés segítségével fontos, hogy a fenyegető helyzetekben jelentkező stressz az önvédelmet szolgálja, lehetővé tegye, hogy a katona teljes energiájával az adott veszélyre koncentráljon és felkészüljön a fenyegetésre adandó válaszlépésre.

Napjainkban és az elmúlt esztendőkből több olyan esemény következett be hazánkban és országunk környezetében, illetve távoli műveleti területeken, melyeknek hatására sokan éltek át súlyos megrázkódtatásokat. Egyes hivatások, így a katonák, rendőrök, tűzoltók, mentősök esetében többszörösen is fennáll a veszélye a

traumatizálódásnak. Az ilyen tragédiákat követően a normál stresszreakciókon kívül gyakran alakulhatnak ki patológiás (abnormális, betegséget jelentő) válaszok és állapotok, így az akut stresszbetegség és a poszttraumás stresszbetegség. Mely stresszártalom esetében beszélhetünk pszichotraumáról? Az amerikai diagnosztikai kézikönyv, a DSM-IV alapján: „leggyakrabban olyan stresszhatásnak kitett állapot, ahol a személy élete és testi integritása közvetlenül kerül veszélybe vagy az egyén tanúja volt egy másik személy szenvedésének, tudomást szerzett közvetlen hozzátartozójának hirtelen vagy erőszakos haláláról, esetleg szenvedéséről, és erre az eseményre erős félelem, tehetetlenség vagy fenyegetettség érzésével reagál”.<sup>1</sup> Egyre több és változatosabb események jelenthetnek traumát és okozhatnak patológiás állapotokat: közvetlenül átélt események, így személyes részvétel harci bevetésekben, személy ellen irányuló erőszak (sebesülés, szexuális erőszak, fizikai támadás, katonai közelharc, kínzás, stb.), túszállapotok, terroristatámadás, rablás, természeti katasztrófák, súlyos közúti balesetek, életveszélyes betegségek. Traumatikus hatást kelthetnek közeli hozzátartozókról kapott váratlan hírek is (haláleset, erőszak, súlyos baleset, stb.).

A védelmi szektor területén különösen lényeges lehet a pszichotraumát követő traumatizálódás, illetve a patológiás állapotok kialakulásának megelőzése, valamint megfelelő kezelése, amely érintheti a prevenció valamennyi szintjét. A pszichológia területén az elsődleges prevencióval szélesebb körben az egészségpszichológia foglalkozik. Kutatásom során így a klinikai pszichológia valamint a korai prevenciót hangsúlyozó egészségpszichológia nézőpontjából közelítem meg a védelmi szektor fokozottan veszélyeztetett, extrém stresszhelyzeteknek, illetve a traumatizálódás lehetőségének kitett állomány pszichés állapotát. Ezen belül is hangsúlyozom a poszttraumás stresszbetegség kialakulása, illetve prevenciója szempontjából szerepet játszó rizikófaktorok, valamint védőfaktorok, a rugalmas ellenállóképesség, azaz a reziliencia szerepét.

„Az egészségpszichológia a pszichológia specifikus – edukációs, tudományos és gyakorlati – hozzájárulása az egészség elősegítéséhez és fenntartásához, a betegség megelőzéséhez és kezeléséhez, az egészség, betegség és a különböző működészavarok etiológiai és diagnosztikus korrelátumainak azonosításához,

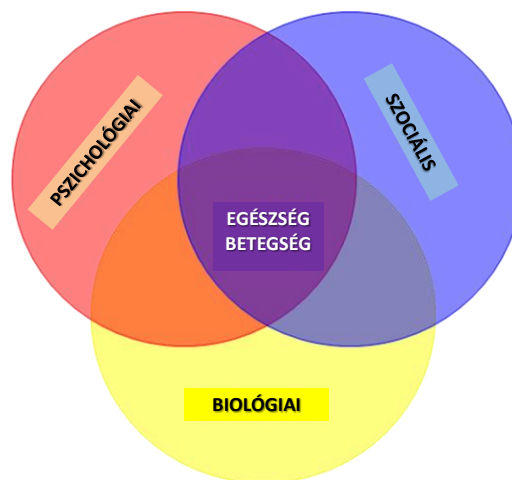
---

<sup>1</sup> DSM-IV-TR. Budapest, Animula, 2001.

valamint az egészségvédelem rendszeréhez.” (Matarazzo, 1982.) Az egészségpszichológia tehát a pszichológia minden olyan tevékenysége, mely az egészség, betegség és egészségvédelem bármely aspektusához kapcsolódik.<sup>2</sup>

Az egészségpszichológia tudományterületének története még rövid, kialakulása az 1970-es évek közepére tehető. Az egészségpszichológia szemléletének előtérbe kerülése az orvostudományban uralkodó gondolkodásmód átalakulásához köthető, ennek a változásnak a segítségével formálódhatott csak meg az igény ezen egészségmegőrzésben fontos terület iránt. Ez a változás pedig nem más, mint a biomedikális felfogás megdőlése, és a bio-pszicho-szociális modell elfogadottá válása. A bio-pszicho-szociális modell hangsúlyozza, hogy a betegségek kialakulásában nemcsak biológiai tényezők, hanem pszichológiai és társadalmi összetevők is fontosak, nem csupán egy mechanikus okot keresünk, hanem a hajlamosító, a kiváltó és fenntartó tényezők komplex kölcsönhatását.<sup>3</sup>

### **1. számú ábra Bio-pszicho-szociális modell**



*Forrás: <http://perspectivesclinic.com/health-psychology/> Letöltés: 2015. 04. 20.*

E nézőpontváltás hozta létre az egészségpszichológia megszületését és önállósodását a klinikai pszichológiától, amely inkább a patológia, a betegség, a gyógyítás szempontjából közelíti meg a pszichológiai jelenségeket, míg az

<sup>2</sup> Kulcsár Zsuzsanna: Egészségpszichológia. In: Bagdy Emőke (szerk): Mentálhigiéné. Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Budapest, Animula Kiadó, 1999. pp. 19-34.

<sup>3</sup> Túry Ferenc: A magatartásorvoslás helye a magatartástudományok keretében. Magyar Tudomány. 2003; 11, pp. 1373-1380. <http://www.epa.oszk.hu/00700/00775/00060/index.htm> Letöltés ideje: 2015-03-22.



egészségpszichológia lényeges területe az elsődleges prevenció, tehát az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés.

Az új évezredben a pszichológiai gondolkodásban paradigmaváltás következett be, amely kezdeményezi és sürgeti, hogy a pszichológia foglalkozzon többet az ember pozitív működésével, tárja fel a pozitív funkcionálás törvényszerűségeit, a jó működés feltételeit mind az egyén, mind a társadalom szintjén. A szempontváltás lényege, hogy a kompetenciák kiépítésére is gondot kell fordítani és nemcsak a gyengeségek korrekciójára. A megelőzés kutatásai igazolják, hogy vannak olyan védőfaktorok, amelyek hatékonyak a mentális betegségekkel szemben, mint a bátorság, optimizmus, kontrollképesség, leleményesség, a pszichológiai immunkompetencia. A negatívumokra fogékony, úgynevezett hagyományos pszichológia a stressz és a betegség kapcsolatának vizsgálatát helyezte előtérbe, elfogadva azt az okozati láncot, hogy a stressz és a tartós megterhelés megbetegít. E paradigma mentén, figyelmen kívül hagyták azokat a tényeket, amelyek arra utalnak, hogy az emberek nagy százaléka egészséges és kiegyensúlyozott marad, sőt az esetek jelentős százalékában még hatékonyabbá is válik a stresszelő körülmények között.

A pozitív pszichológia olyan személyiségkomponensek tanulmányozására összpontosít, amelyek a stresszel és megterheléssel szembeni küzdelemben támogatják az egyén megküzdési hatékonyságát és eredményességét. Pozitív kimenetelt képes elérni a fenyegetés, a kihívás, a kár és a veszteség helyzeteiben az a személy, akit olyan protektív vonások jellemeznek, mint optimizmus, koherenciaérzés, kontrollhit, énhatékonyság-érzés, leleményesség, lelki edzettség, vagyis rendelkezik a pszichológiai immunkompetencia azon eszköztárával, amely fejlett stressztűrőképességet szavatol.<sup>4</sup>

A következő néhány adat tanúskodik arról, hogy milyen a magyar lakosság mentális egészsége napjainkban. Forrásként szolgáljon a Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014-2020-ig tervezett szakpolitikai anyag tervezete, amely számos felmérés alapján készült el, többek között a Hungarostudy 2013, EUROBAROMETER 73/2, ESPAD 2011, Lelki Egészség Országos Programja 2007, stb. Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint az egészség nem a betegség hiánya, hanem a testi, lelki és szociális jólét együttese. A mentális

---

<sup>4</sup> Oláh Attila: Mi a pozitívuma a pozitív pszichológiának? Iskolakultúra. 2004; 11, pp. 39-46.

betegségek nemcsak súlyos lelki, szociális, gazdasági terhet jelentenek, hanem a testi megbetegedéseknek is a kockázati tényezői. A depresszió és szorongás fokozzák az öngyilkosság, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás és stressz-táplálkozás kockázatát. A súlyos mentális zavarok az átlagoshoz képest 8-20 évvel csökkentik a betegek várható élettartamát. A főbb mentális zavarok előfordulása többé-kevésbé megegyezik a világszerte talált, illetve európai adatokkal. Mégis van néhány kivétel is. Az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzetünk a férfiak depressziója, kóros alkoholfogyasztás, a bipoláris betegség és a befejezett öngyilkosságok tekintetében. A magyar válaszadók az európai átlaghoz képest öt negatív érzelm közül hármat többször tapasztaltak: az átlagnál több magyar volt „nyomott hangulatban”, „mindig elgyötört” és „legtöbbször fáradt” (9%, 16%, 28% ebben a sorrendben, szemben az európai átlaggal, ami 6%, 13%, 20%). Az átlagnál több magyar válaszadó érezte úgy, hogy kevesebbet teljesített fizikai és érzelmi problémák miatt. A Hungarostudy 2013 kutatásom szempontjából néhány lényeges megállapítása:

- A magas munkahelyi stressz egyes összetevőinek jelenléte szignifikánsan növeli a depresszió és a rossz közérzet esélyét és a kockázati magatartás előfordulását.
- A férfiak mind a depresszió stigmatizálása, mind a segítségkérés igénybevétele szempontjából kedvezőtlenebb képet mutatnak, mint a nők. A magyarokat kiemelkedően magas stigmatopontszám jellemzi, és elutasítóbbak a segítségkéréssel kapcsolatban, mint a többi ország válaszadói.<sup>5</sup>

Minden ember aktív, munkaképes életkorának nagy részét a munkahelyén tölti, így különösen fontos, hogy a munkahelyen fellépő, a munkavégzés bármely fázisára kiható munkahelyi stresszt, annak kiváltó okaival, az egészségre gyakorolt hatásaival, kezelésével, megelőzésével együtt megfelelően tanulmányozzuk. A munkahelyi egészségvédelem és egészségfejlesztés szempontjából ismernünk kell, hogy milyen pszichés és szomatikus következményei lehetnek a munkahelyeken fellépő, lehetséges stresszoroknak.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014-2020 Szakpolitikai anyag tervezete 2014. [http://www.pef.hu/pef/resources/documents/nemzeti\\_lelki\\_egeszseg\\_strategia\\_tervezet\\_pef\\_kiegeszt\\_esekkel.pdf](http://www.pef.hu/pef/resources/documents/nemzeti_lelki_egeszseg_strategia_tervezet_pef_kiegeszt_esekkel.pdf) Letöltés ideje: 2015-03-15

<sup>6</sup> Juhász Éva: Munkahelyi mentálhigiénié. In: Szabó József (szerk): Munkahelyi egészségvédelem. Képzési és tanácsadási kézikönyv. Pécs, Pécsi Tudományegyetem, 2014. pp. 25-45.

Mindennapi életünk során, munkavégzés közben számos olyan tényezővel találkozhatunk, melyek - az egyén és kulturális különbségek, valamint az aktuális helyzet, módosító hatásainak figyelembevételével - stresszkeltőek lehetnek. Stresszoroknak a szervezetre ható külső erőket, körülményeket, vagyis mindazokat az ingereket nevezzük, amelyek a szervezetet alkalmazkodásra készítik. A stresszkeltőnek ítélt események különböző kategóriákba tartozhatnak: traumatikus események, befolyásolhatatlan események, bejósolhatatlan események, belső konfliktusok, valamint azok a történések, amelyek kihívást jelentenek az egyén képességeinek és énképének.<sup>7</sup>

A munkahelyi stressz speciális esetei a traumatikus események. Ezek olyan történések, amelyek, ha nem is teljesen váratlanul lépnek fel, de konkrétan vagy élményszinten az életet fenyegetőek, a szervezet felfokozott stresszválaszát azonnal beindítják, és amellyel való sikeres megküzdés meghaladja a személy mindennapi megküzdési, alkalmazkodási repertoárját. Vizsgálatom alanyai a védelmi szektor területén dolgozó olyan hivatásos szakemberek - így katonák, rendőrök, a katasztrófavédelemhez tartozó tűzoltók, fegyveres biztonsági őrök - akik munkájuk jellegéből adódóan többször élnek át traumatikusnak nevezhető eseményeket, történéseket. Rendszeresen veszélyes körülmények közé kerülnek, megtapasztalnak életveszélyes szituációkat, ahol nemcsak mások sérülésével, halálával kell szembenézniük, de a saját testi épségük, integritásuk is veszélybe kerülhet.

A veszélyhelyzetek átélése és kezelése fokozott pszichés megterheléssel járó, akár extrém stresszt előidéző, bizonyos esetekben traumatizálódást is eredményező folyamat. Az extrém stressz olyan mértékű stresszélmény, amikor a pulzusszám és a vérnyomás az élettani határ közelében van, az adott személy kognitív funkciói beszűkülnek, akárcsak az érzékelés és észlelés, előfordulhatnak inadekvát érzelmi és magatartási reakciók. Jellemző lehet a cselekvési bénultság, a pánik reakciók vagy a katasztrófaszindróma tüneteinek a jelentkezése. Ezt követően vagy a normalizációs folyamatok révén sikerül egyensúlyba kerülnie a szervezetnek szomatikusan és pszichésen egyaránt, vagy a későbbiekben patológiás folyamatok, állapotok alakulnak ki. A fokozott pszichés megterhelések esetében a prevenció mindhárom szintjéről egyaránt beszélhetünk. A jelen vizsgálat során különösen nagy hangsúly

---

<sup>7</sup> Karamánné Pakai Annamária: Stressz, szűrés, mérési lehetőségek. In: Szabó József (szerk): Munkahelyi egészségvédelem. Képzési és tanácsadási kézikönyv, Pécs, Pécsi Tudományegyetem, 2014. pp. 76-105.

helyeződik az elsődleges prevenció szintjére – ezen belül is a rizikófaktorok, a protektív faktorok feltárására – a védelmi szektor biztonsági, műveleti feladatokat ellátó közszolgálati állományának fokozott veszéllyel járó helyzetekben tanúsított magatartása szempontjából.

A műveleti területeken a katonák, rendőrök, tűzoltók olyan külső hatásokkal, stresszorokkal találkoznak, amelyek jellegükben, intenzitásukban, frekvenciájukban egyaránt különböznek a civil élet stresszoraitól. A kiváltott stresszfolyamatok, pszichés történések jellegükben hasonlóak, viszont azok megjelenési formái, magatartási megnyilvánulásai gyakran mások. Számolni kell az akut stresszreakciókkal, amelyek traumatikus élmények hatására alakulnak ki, a krónikus, úgynevezett kumulatív stresszel, amely más pszichopatológiai folyamatot indukálhat, valamint a civil élet mindennapos stresszori által kiváltott stresszállapotokkal is.<sup>8</sup> Bizonyos extrém stresszhelyzetek, veszélyhelyzetek esetében, amikor az egyén olyan események elszenvedője, szemtanúja vagy involválódó alanya, amely halálos fenyegetettséggel, súlyos sérüléssel, a fizikális és pszichés integritás elvesztésével jár, az egyén pedig intenzív félelemmel, szorongással, rémülettel, tehetetlenséggel reagál, pszichotraumáról beszélhetünk.<sup>1</sup>

A pszichotrauma a mindennapos élet stresszoraitól jellegében, minőségében különbözik, a fizikális és a pszichés működések dezintegrációjának közvetlen veszélyével jár. Ilyen speciális helyzetekről beszélhetünk, mint: háború, harci cselekmények, súlyos balesetek, természeti katasztrófák, terrorcselekmények, szexuális zaklatás, fizikai bántalmazás, fegyveres támadás, stb.<sup>9</sup>

Napjainkban egyre nagyobb figyelmet kap mind a civil, mind a védelmi szektorban az extrém stresszhelyzetek hatékony kezelése, a traumatizálódás, a posztraumás stresszbetegség, illetve a traumát követő egyéb patológiás állapotok kialakulásának megelőzési lehetősége. Elsősorban azoknak a tényezőknek a felderítése és megértése áll az érdeklődés középpontjában, amelyek részben az egyéni sérülékenyséért, azaz vulnerabilitásért, valamint a rugalmas ellenállóképességért, azaz a rezilienciáért lehetnek felelősek. A rizikófaktorok feltárása és szűrése szintén folyamatos a prevenció valamennyi szintjén. Az

<sup>8</sup> Kovács Gábor: A háborús, a harctéri és a harci stressz. Honvédorvos. 2003; 1-2. pp. 36-49.

<sup>9</sup> Kovács Gábor, Péter László, Kovács László A posztraumás stresszbetegség (PTSD) klinikuma. Neuropsychopharmacologia Hungarica. 2007; IX/1. Suppl. pp. 25-30.

elsődleges megelőzés szempontjából lényeges felmérni a vulnerabilitás faktorait, így ez bizonyos veszélyhelyzeteknek különösen kitett szakmák esetében, akár alkalmassági, szelekciós kritériumokat is jelenthet.

A 2001. szeptember 11-i terrortámadást követően az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) által közölt tények, adatok, publikációk egyre inkább a rugalmas ellenállóképesség szerepére helyezik a hangsúlyt a traumatikus eseményekkel kapcsolatban. Hangsúlyozzák, hogy a legtöbb egyén rendelkezik olyan képességekkel, amelyek segítségével lehetősége van megküzdeni a stressz igen magas szintjével is. Az APA definíciója alapján a rugalmas ellenállóképesség egy olyan adaptációs folyamat, amelynek segítségével kezelhetővé válik egy nehéz élethelyzet, szerencsétlenség, tragédia, trauma, az egyének hatékonyan képesek megküzdeni a trauma okozta distressz tüneteivel.<sup>10</sup>

## TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

Témaválasztásom aktualitását tekintve igyekeztem kutatásokat, felméréseket tanulmányozni, hogy az általam vizsgált rizikópopuláció mentális egészségével kapcsolatban, különösen Magyarországra vonatkoztatva, adekvát és időszerű adatokhoz jussak.

A MH Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrínájában (703/2007) megfogalmazott küldetés szerint a „katonai műveletekben az egészségügy feladata a küldetés támogatása az élőerő megőrzésén, az élet megóvásán, valamint a maradandó fizikai és mentális károsodások minimalizálásán keresztül”. Ennek megfelelően „egészségügyi szempontból a haderővédelem nem más, mint a harcképesség megőrzése úgy, hogy a harcoló katona egészséges, hadrafogható és alkalmazható legyen, képessége maximumát elérve meghatározott időben és helyszínen”. A katona, mint humán erőforrás felértékelődött, ma már egy katona nagyobb (harci) képesség potenciállal bír, mint korábban, és egy esetleges (egészségügyi okból történő) repatriálás akár a misszió sikerét is kockáztathatja.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Mansdorf, I. J.: Psychological interventions following terrorist attacks. British Medical Bulletin. 2008; 8. pp. 7-22.

<sup>11</sup> 703/2007. (HK 18.) MH HEK pk. intézkedés A Magyar Honvédség Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrína kiadásáról

Napjaink katonai műveleteinek komplex, változó és bizonytalan körülményei egyre nagyobb követelményeket támasztanak a katonák felé, másrészt jóval több potenciális stressz- és traumahelyzetet teremtenek számukra, mint a korábbi évtizedekben. A komplexitást eredményezi az a tény, hogy szinte egyidejűleg kell ellátni számos, különböző jellegzetességekkel rendelkező missziós feladatot, illetve képesnek kell lenni, szinte párhuzamosan, az offenzív, defenzív és stabilizáló műveletek elvégzésére. Sok katona ezt a komplexitást és változékonyságot a vízcsofhoz hasonlítja, azaz úgy kell alkalmazkodni a szituációkhoz, hogy pillanatok alatt képes legyen váltani a hidegről a melegre. A missziók megkövetelik az alsóbb szintek döntéshozatali képességét is. Mindezek a tényezők a katonáktól - valamennyi szinten - elvárják a megfelelő szituációs tájékozottságot, mentális rugalmasságot és alkalmazkodó képességet.<sup>12</sup>

A XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban a vezető megbetegedések közé tartoztak a fertőző és nemi és bőrbetegségek mellett a neuropszichiátriai betegségek is. Ezek a fegyveres konfliktusok a harctevékenység szempontjából a katonáktól magas fizikai, morális és pszichikai teljesítményt követeltek. A vietnámi és az afganisztáni konfliktusokban tömegesen észlelték a neuro-emocionális feszültséggel, pszichikai dezorganizációval, depresszív állapottal járó harci stressz fellépését. A neuropszichikai zavarokat leggyakrabban az alvászavar, a kimerültség, a professzionális feladatellátás motivációs hiánya, a fokozott nyugtalanság, a pszichoemocionális túlfeszítettség tünetei jellemezték. A harci stresszállapot elsősorban a harcokban közvetlenül résztvevő csapatok állományánál volt észlelhető. Az egészségügyi veszteségen belül arányuk 10-17%-ra tehető. Gyógykezelésük tapasztalatai szerint 80-90%-uk egészségi állapota, a csapat egészségügyi tagozatban 1-2 napos gyógykezeléssel helyreállítható volt. A súlyosabb esetek hosszadalmas hátszági kezelést igényeltek.<sup>13</sup>

Az Amerikai Egyesült Államokban, az U.S. Armed Forces állományában 1998-2008-ig tartó felmérések és vizsgálatok alapján a misszióból visszatérő állomány

---

<sup>12</sup> Stanley, E. A.; Jha, A. P.: Mind fitness: Improving Operational Effectiveness and Building Warrior Resilience. Joint Force Quarterly. 2009; 55, pp.144-151.

<sup>13</sup> Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és –támogató tevékenységre. Doktori (PhD) értekezés. Budapest, ZMNE HDI, 2003.

esetében a depresszió, szorongás, alkoholfogyasztás, illetve szerabúzus és a PTSD prevalenciája egyaránt emelkedett volt.<sup>14</sup>

A U.S Department of Veteran Affairs adatai alapján a PTSD prevalencia a háborús veteránok esetében a következőképpen alakul:<sup>15</sup>

- Vietnám: 31%
- Öböl-háború (Sivatagi Vihar): 10%
- Afganisztán: 11%
- Irak: 20%

Az Egyesült Államok hadseregében 2004-2009-ig tartó időszakban felmérték a szolgálatot teljesítő állomány mentális állapotát. Ezt egy tanulmányorozat foglalja össze (Findings from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers – Army STARRS):

- az öngyilkosságból eredő halálozások 2004-2009 között nemcsak a háborús területeken szolgáló állomány esetében növekedtek, hanem azoknál is, akik soha nem vettek részt bevetésen;
- a katonák között magasabb bizonyos mentális betegségek előfordulási valószínűsége, mint a civil populációban;
- így például a figyelemzavarral járó hiperaktivitás (ADHD), az intermittáló impulzív zavar (amely ismétlődő düh és agresszív kitörésekkel jár), valamint a szerfüggőség (drog és alkohol).<sup>16</sup>

A Magyar Honvédség 2013-as szűrővizsgálati adatai alapján a személyi állomány körében magas arányban fordulnak elő rendszeresen pszichoszomatikus tünetek. A szűrést megelőző hat hónapban leggyakrabban a fáradtság, idegesség, rosszkedv és alvászavar volt a legjellemzőbb. A szeszital fogyasztása szempontjából az önbevalláson alapuló értékelés nem ad megbízható támpontot. A szűrővizsgálaton

<sup>14</sup> MSMR (Medical Surveillance Monthly Report) (2007/4). Mental health encounters and diagnoses following deployment to Iraq and/or Afghanistan, U.S. Armed Forces, 2001-2006.

<sup>15</sup> U.S. Department of Veteran Affairs  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/winter09/articles/winter09pg10-14.html>  
 Letöltés ideje: 2015-03-21

<sup>16</sup> Findings from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers  
[http://armystarrs.org/site/assets/files/1031/for\\_website\\_nimh\\_suicide\\_in\\_the\\_military\\_army-nih\\_funded\\_study\\_points\\_to\\_risks-potentially\\_protective\\_factors\\_20140303.pdf](http://armystarrs.org/site/assets/files/1031/for_website_nimh_suicide_in_the_military_army-nih_funded_study_points_to_risks-potentially_protective_factors_20140303.pdf)  
 Letöltés ideje: 2015-03-21

megjelent állomány 81%-a fogyaszt alkoholt, heti 2-4 alkalommal vagy ennél gyakrabban ez az arány 6%.<sup>17</sup>

Sótér Andrea és munkatársai kérdőíves felmérés során 914 hivatásos katona egészségi állapotára vonatkozó adatait gyűjtötték össze. A pszichés állapotra vonatkozóan a hazai és a nemzetközi gyakorlatban is alkalmazott Beck Depresszió Kérdőív 9 tételes rövidített változatát használták. A pontszámátlagokat megvizsgálva a fáradtság kérdésre adták a legmagasabb pontszámot a vizsgálati személyek, de ugyancsak magas pontszámot adtak az alvási problémára és az érdeklődés elvesztésére. Az adatbázison a teljes lekérdezettek 5,9%-a érte el a leválasztási kritériumnál (16 pont) magasabb értéket, vagyis ezeknél a személyeknél valószínűsíthető valamely pszichés probléma.<sup>18</sup>

Missziós állomány vizsgálatát (összesen 384 fő: UNFYCIP, MFO, SFOR, KFOR, ISAF) végezték el Szilágyi és munkatársai 2005-ben. A missziós tünetek közül kiemelkedő volt a fáradtság, az unalom, az elégedetlenség, a levertség, a fáradékonyság és az idegesség megjelenése. Tendenciaszerű eltérések jelentkeztek az iraki és más missziós szolgálatot teljesítő katonák között e tünetek tekintetében. A levertség, unalom és ingerültség triászát kevésbé tartják az iraki missziós katonák problémának, ugyanakkor rájuk jellemző, hogy magas az elégedetlenségérzés. Az alvási zavar és fejfájás tünetek esetében az iraki missziós minta alacsonyabb tünetmegélésről számol be. A missziós tünetek (így a fáradékonyság, ingerültség, alvászavar, szorongás) megjelenését nagymértékben befolyásolta a katonák pszichológiai felkészültsége, így az érzelmek és indulatok kontrollálásának képessége és az együttműködési készség.<sup>19</sup>

A rendvédelmi szervek esetében a mentális egészségi állapotra vonatkozó adatok nyílt hozzáférésére kevésbé van lehetőség. (Ez természetesen nem jelenti azt, hogy nem léteznek ilyen adatok.)

A nemzetközi vizsgálatok tekintetében kiemelném Violanti (2009) kutatását, aki az amerikai rendőrök vonatkozásában hangsúlyozza az őket érő stresszterhelés fokozott mértékének az egészségi állapottal való összefüggéseit. Mindezt a rendőrök körében

<sup>17</sup> Összefoglaló jelentés a Magyar Honvédség személyi állományának 2013. évi egészségügyi szűrővizsgálatáról. MH EK 2014. január

<sup>18</sup> Sótér Andrea: A Magyar Honvédség személyi állományának egészségi státusza. Hadtudományi Szemle. 2008; 1(2). pp. 37 - 46.

<sup>19</sup> Szilágyi Zsuzsanna; Svéd László, Kugler Gyöngyi: Missziós szolgálatot teljesítő katonák interjúval támogatott, összehasonlító tesztbattériás vizsgálata a missziós tünetekre, illetve a stressz és coping jellemzőkre nézve. Honvédorvos. 2006; 58, 1-2, pp. 7 - 49.



elkövetett öngyilkosságok vizsgálatával is igyekezett bizonyítani. Egy korábbi felmérésében (1995), egy 103 fős rendőri mintát vizsgálva, leírták a rendőröket érő speciális szervezeti és konkrétan rendőri feladat okozta stresszorok jellegzetességeit: legsúlyosabb munkával kapcsolatos stresszor, ha a rendőrnek meg kell ölnie valakit. 6-10 év állományban töltött idő esetén számoltak be a rendőrök a legnagyobb összesített stresszről. Egy 2008-ban és 2009-ben publikált kutatássorozat keretén belül 400 rendőr bevonásával kimutatták, hogy háromszor nagyobb az öngyilkossági ráta a rendőrök körében, mint más hatósági munkát végzők esetében. Gershon és munkatársai (2009) 1072 fős mintát vizsgálva összesítették a rendőröket érő stresszorok öt fő kategóriáját: munkával való elégedetlenség, szervezeten belül észlelt igazságtalanság, diszkrimináció, az együttműködés és a bizalom hiánya. A munkával való elégedetlenség és a szervezeti igazságtalanság korrelált leginkább az észlelt munkahelyi stresszel. A depressziót említők esetében tízszer, a szorongás esetén hatszor, agresszió és interperszonális konfliktus esetén kétszer valószínűbb volt, hogy a rendőrök észlelt munkahelyi stresszről is beszámoltak. Abban az esetben, ha elkerülő coping stratégia is csatlakozott az észlelt munkahelyi stresszhez mind a szorongás, mind a kiégés előfordulási aránya is megnövekedett.<sup>20</sup>

Hazánkban a rendőri állomány veszélyhelyzeti feladatokra való alkalmazása során számos egészségügyi és pszichés nehézségekkel találkozhatunk. Ilyen esetekben olyan tartós és extrém megterhelés éri az állományt, amelyre a beválás vizsgálatok hagyományosan nem irányulnak. A nem tervezhető váratlan események bekövetkezése során jelentkező extrém feladatok teljesítésére való felkészülés számos feladatot adhat az egészségügyi biztosítást végző szervezeteknek. Az időszakos munkaegészségügyi vizsgálatok alapján a rendőri állomány esetében a 44%-ot kitevő alkalmatlan minősítés okai közül 31% pszichés jellegű.<sup>21</sup>

Szeles Erika a munkahelyi stressz és kiégés következményeit vizsgálta a rendőrségi állomány körében, a 2012-ben időszakos pszichológiai alkalmassági vizsgálaton megjelent 8789 fő adatait elemezték statisztikai eljárásokkal. Vizsgálták az érzelmi kiürülés előfordulási gyakoriságát, amely viszonylag alacsony szintű, az állomány

---

<sup>20</sup> Szabó Erika: A munkahelyi egészségpszichológia és egészségfejlesztés rendszere a Magyar Köztársaság Rendőrségén, valamint a szubjektíve észlelt munkahelyi stresszterheltség jellegzetességei – különös tekintettel az idői tényezőre – a hivatásos állományú rendőrök körében. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem BTK, 2009.

<sup>21</sup> Révai Róbert: Az egészségi alkalmassági vizsgálatok és a prevenció szerepe a megváltozott életkörülmények és veszélyhelyzetek tükrében a rendészeti szerveknél. Doktori (PhD) értekezés, ZMNE, 2010.

23%-ánál jelentkezik közepes, illetve magasabb szinten. Az érzelmi kiürülés gyakoriságában és intenzitásában is emelkedik attól függően, hogy ki milyen régen van a szervezetnél, illetve milyen idős. Az elszemélytelenedés esetében a gyakoriságot tekintve 29%-ban jelenik meg közepes vagy magas érték. Az egyéni teljesítmény csökkenése inkább azoknál jelentkezik magas szinten, akik kevesebb időt töltöttek el a szervezetben vagy elmúltak 50 évesek. Az egészségi állapotát az állomány szubjektívan jónak ítéli meg, a pszichoszomatikus tünetképzés megjelenése is alacsony szintű.<sup>22</sup>

A katasztrófavédelem területén a tűzoltók mentális állapotára vonatkoztatva egy viszonylag időszerű vizsgálatot szeretnék megemlíteni. Hornyacsek Júlia katasztrófák pszichés hatásait vizsgálta 2010-2011-ben a beavatkozó katasztrófavédelmi szakemberek, tűzoltók esetében (200 fő).

Az a feltételezés, hogy a tömegkatasztrófák során a pszichés hatások a tűzoltókat (mentőerőket) is érik, és a tevékenységük kapcsán korai és késői pszichés következmények jelentkezhetnek náluk, igaznak bizonyult. Az a feltételezés, hogy a felismeréséhez és feldolgozásához a felkészítésük során nem kapnak elegendő ismeretet, és a többségüknek igénye lenne több, átfogóbb alkalmazott pszichológiai ismeretre, pszichés felkészítésre, szintén beigazolódott.

Igaznak bizonyultak a következő feltevések is a vizsgálat során:

- A munkájuk során a legtöbben találkoztak már olyan megrázó eseményekkel, amelyek érzelmileg nagyon hatottak rájuk.
- A többség számára legmegrázóbb esemény a gyerekek, idősek sérülése, halála, illetve olyan haláleset volt, amely kivédhető lett volna.
- A munkahelyükön idő hiányában nem mindig van lehetőség a feldolgozásra, ha mégis, a kibeszélést alkalmazzák a leginkább.
- A legtöbben úgy vélik, hogy a stresszhatások egyértelműen kihatnak az egészségükre. A tűzoltók között előfordulnak olyan megbetegedések, amelyhez esetleg a munka során őket érő stressz is hozzájárulhatott, a leggyakoribb ezek közül a gyomorfekély, de az érrendszeri megbetegedések, valamint a szenvedélybetegségek is gyakran előfordulnak. Többségük szerint munkába lépéskor, majd két évente továbbképzéseken, és nagyobb események után is kellene pszichés felkészítés.

<sup>22</sup> Szeles Erika (2012) [www.bmtt.hu/cuccok/letolt/mtuun2013/.../1008\\_1100Szeles\\_Erika.ppt](http://www.bmtt.hu/cuccok/letolt/mtuun2013/.../1008_1100Szeles_Erika.ppt) Letöltés ideje: 2015-03-08

- Igazolódott, hogy a munkába lépésük kezdetén kapott pszichológiai felkészítést csak ahhoz tartják elegendőnek, hogy az adott feladatot legjobb tudásuk és erejük szerint végezzék el, de a feldolgozáshoz nem. A tűzoltók többsége a jelenlegi pszichés felkészítési formát jónak tartja ahhoz, hogy a beavatkozó tűzoltóállomány kellően fel tudja dolgozni az őt ért hatásokat, de értékelné, ha több és sokrétűbb lenne, valamint alkalmazói ismereteket adna.

A vizsgálat során nem igazolódott:

- Leginkább a sérültek mentése és az ő reakcióik, illetve a halottak hozzátartozóinak reakciója van hatással rájuk, mert a munkatársak sérülése, elvesztése, és azok az események, amelyeknél objektív okokból nem tudott segíteni, hat rájuk leginkább.
- Legjobban a rászorultak negatív magatartása és közreműködés képtelensége háborítja fel őket, mert a kollégák negatív hozzáállása, valamint a szakmai előjáró döntéseinek esetleges hibája zavarja leginkább őket.
- A fizikai és érzelmi reakciók közül, amelyeket a katasztrófa helyszínére érve átmenetileg érzékelnek önmagukon, a verejtékezés, kézremegés, és az átmeneti döntésképtelenség lenne rájuk jellemző, hanem a szapora légzés és az idegesség jelentkezik leginkább, a döntésképtelenség kevésbé.
- A megküzdési módok közül, amelyek segítségével könnyebben fel lehet dolgozni a megrázó eseményeket, sokan az alkoholt választják. A legtöbben inkább a kollégákkal való beszélgetésben dolgozzák fel az eseményeket, és sokan a családdal töltenek sok időt, a sport és a hobbi is előkelő helyen szerepel. A közöttük lévő gyakoribb megbetegedések esetében azonban a gyomorfekély után a második leggyakoribb az alkoholprobléma.

Részen igazolt a feltételezés, hogy a számukra megrendítő katasztrófaesemények a későbbiekben is foglalkoztatják őket annyira, hogy zavarja a munkájukat, mert ugyan 75%-a visszagondol rá, álmodik vele, de nem zavarja a munkában.<sup>23</sup>

Egy 2014-es pszichológiai jelentés szerint, amelyet Árok Kornél és Paul Tamás egykori hivatásos tűzoltók hoztak nyilvánosságra az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság főépülete előtt tartott sajtótájékoztatón, az elmúlt évben a tűzoltóknál rendkívüli módon megemelkedett a szorongás, a barátságtalanság, a depresszióra

<sup>23</sup> Hornyacsek Júlia: A tömegkatasztrófák pszichés hatása a beavatkozó állományra az alapvető korai és késői pszichés jelenségek, valamint a negatív következmények elkerülésének lehetséges módjai. Műszaki Katonai Közlöny. 2012; 22(1) pp. 143 - 189.

hajló hangulat, a gátlásosság, impulzivitás, a reményvesztettség szintje, ami gyenge teljesítménnyel párosul. Az általuk nyilvánosságra hozott dokumentum szerint az előző évben több megye tekintetében 1100 tűzoltó időszakos pszichológiai vizsgálatát végezték el. A pszichológiai vizsgálat során kiderült, hogy a 2012-ben végrehajtott szervezeti átalakulás kiemelt erőfeszítést igényel az állomány részéről. A saját alkalmasságba vetett hitük, a biztonságérzetük megrendült, munkavégzésük során állandó fenyegetettségben érzik magukat, hiányolják a vezetői eszköztárból a beosztott állományra szánt kellő időt, odafigyelést, elismerést, motiválást.<sup>24</sup>

A rizikópopulációra vonatkozó mentális állapottal összefüggő vizsgálatok, adatok foghíjasan bár, de utalnak arra, hogy mindegyik területen a munkahelyi stressz és ezen belül az extrém pszichés terhelés, a traumatizálódás és ennek következményei még mindig gondot jelenthetnek. Különösen lényeges lehet az a hiányzó adat, amely a traumatizáció és annak pszichés következményeinek (poszttraumás stresszbetegség) előfordulási valószínűségét igazolná a hivatásából eredően veszélyeztetett populációnál.

Kutatásom területének aktualitásával kapcsolatban említést kell tennem (elsősorban a pszichotrauma és poszttraumás tünetegyüttesek vonatkozásában) a klinikai pszichológia szempontjából lényegesebb stresszvulnerabilitás, betegség és gyógyulás, illetve az egészségpszichológia és a pozitív pszichológiai megközelítés nézőpontjából fontos protektív faktorok, reziliencia vizsgálatáról, mind a civil, mind a védelmi szektor területén. Nemzetközi viszonylatban mind a két terület kutatása igen előrehaladott, különösen a vulnerabilitásé. A reziliencia kutatása nemzetközi szinten mind a fejlődéslélektan, a gyermekkori és felnőttkori (többszöri) traumatizációkkal foglalkozó klinikai pszichológia, és a védelmi szektor területén – az extrém stresszhelyzetekhez kötődő traumatizálódással összefüggésben – egyaránt erősödik. Magyarországi viszonylatokat tekintve, általánosságban a pszichés és szomatikus megbetegedésekkel kapcsolatos rizikófaktorok és protektív faktorok kutatása az elmúlt évtizedekben sokat fejlődött, ugyanakkor a reziliencia - kutatás még gyerekcipőben jár (ld. Magyarországi reziliencia-kutatások c. alfejezet). A védelmi szektor területén elsősorban a Magyar Honvédségben

<sup>24</sup> Árok Kornél, Paul Tamás sajtótájékoztatója (2014) Letöltés helye: [http://www.langlovagok.hu/tuzvonal/919\\_kiegnak-a-tuzoltok](http://www.langlovagok.hu/tuzvonal/919_kiegnak-a-tuzoltok) Letöltés ideje: 2015-02-20

alkalmasságvizsgálatok során már bevezették Oláh Attila<sup>25</sup> a pszichológiai immunrendszer vizsgálatára standardizált kérdőívét (PISI vagy PIK), amely a protektív személyiségtényezők leltárát tartalmazza.

A Magyar Honvédségben, napjainkban vizsgálják, standardizálják a mentális állóképesség vizsgálatára kifejlesztett MÁQ kérdőívet, amely a veszélyhelyzetekben megjelenő automatikus gondolkodási minták hatékonyságát méri. A mutató a megpróbáltatásokkal szembeni gondolkodásunk négy területét határozza meg: a kontroll, az aktív felelősségtudat, a reális hatótávolság, az időbeli fennmaradás vizsgálatát végezhetjük el segítségével. A mentális állóképesség a vizsgált állománynál szignifikánsan pozitívan korrelál a szubjektív jólléttel, a koherenciamutatóval és az önbecsléses egészségi állapottal. Azaz, aki magasabb szintű mentális állóképességgel rendelkezik, annak pszichés jólléte is magasabb szintű, úgy érzi, hogy helye és küldetése van a világban, és kifejezetten jó egészségi állapotról számol be. Negatívan korrelál a MÁQ a depresszió mutatóval, a pszichoszomatikus és testi tünetekkel, a stressz jelenlét és megterhelés mutatóival. A MÁQ segítségével az állomány egészségmagatartását és megbetegedéseinek alakulását igyekeznek előrejelezni.<sup>26</sup>

A fentieket összegezve: Magyarországon a védelmi szektor területén, elősorban a pszichés és pszichológiai alkalmassággal kapcsolatban elvégzett vizsgálatok, kutatások ellenére még mindig hiányoznak azok az adatok, ismeretek, amelyek az állomány pszichotraumával, a traumatizálódással összefüggő állapotáról szolgáltatnának információt. A probléma pedig jelen van, és mindez az egészségügy, a klinikum területén csapódik le, akkor, amikor már lehet, hogy késő. Így kutatási eredményeimmel bővíteni kívánom azokat az adatokat, amelyek a védelmi szektor területén a fokozott veszélyhelyzeteknek kitett állomány pszichotraumával szembeni rugalmas ellenállóképességét és ezzel együtt a pszichés állapotát vizsgálják. Lehetőséget szeretnék teremteni arra, hogy elgondolkodjunk és lépéseket tehessünk a hivatásos szakemberek megfelelő alkalmasságának, egészségének, jóllétének és teljesítményének megőrzése érdekében.

---

<sup>25</sup> Oláh Attila: A megküzdés személyiség tényezői. A Pszichológiai Immunrendszer és mérésének módszere. Budapest, ELTE, Kézirat, 1996.

<sup>26</sup> Szilágyi Zsuzsanna, Csukonyi Csilla, Sótér Andrea, Hornyák Beatrix: A mentális állóképesség vizsgálatok bevezetésének lépései a Magyar Honvédség állományában. Hadtudományi Szemle. 2014; 7(1) pp. 158 - 178.

## KUTATÁSI CÉLOK ÉS HIPOTÉZISEK MEGFOGALMAZÁSA

### Kutatási célkitűzések

Hazai és nemzetközi szakirodalom valamint az eddigi kutatási eredmények alapján feltételezzük, hogy a sérülékenyséért (vulnerabilitásért) felelős rizikófaktorok és az ellenállóképességet, (rezilienciát) meghatározó részben személyiség részben környezeti faktorok együttesen játszanak szerepet krónikus vagy intenzív, extrém stresszhelyzeteket, traumákat követő megküzdési folyamatokban, patológiás állapotok kialakulásában, illetve a gyógyulásban. A rizikófaktorokkal kapcsolatban számos kutatási eredmény született, ugyanakkor a rugalmas ellenállóképesséért felelős védőfaktorok vizsgálata még kezdeti stádiumban van. A teoretikus háttér ugyancsak sokszínű, ellentmondásos és nem kellően bizonyított. Primer, kvalitatív és kvantitatív jellegű, keresztmetszeti, részben feltáró, részben ok-okozati kapcsolatokat vizsgáló empirikus kutatás elvégzése volt a cél.

Empirikus adatok elemzésével kívánom igazolni az alábbiakat:

- Kutatási célom, hogy felnőttkorban, traumával, extrém stresszhelyzetekkel összefüggésben vizsgáljam a reziliencia jelentőségét és szerepét a fokozott veszélyhelyzeteknek kitett hivatásos állomány körében (vonuló feladatokat végző tűzoltók, rendvédelmi szervek helyszínelő és műveleti feladatokat ellátó állománya, missziós tevékenységeket ellátó katonák, a kritikus infrastruktúra védelmét biztosító fegyveres biztonsági őrök).
- Célom feltárni a hivatásuk, szakmájuk következtében fokozott kockázatnak kitett állomány esetében a traumatizáció, az egészség/normalitás és patológia, valamint a reziliencia és más védőfaktorok gyakoriságának (prevalenciájának) alakulását vizsgált mintán keresztül.
- Kutatásom során célom vizsgálni, hogy az egészség és patológia szempontjából van-e különbség a rezilienciát meghatározó tényezők alakulásában a fokozott veszélyhelyzeteknek kitett állománynál. (A szakirodalmi adatok alapján a fokozottabb reziliencia jelenléte esetén a negatív funkcionálást eredményező tünetek kialakulásának kisebb a valószínűsége. Így az extrém stresszhelyzeteket követően kisebb a traumatizálódás lehetősége, illetve nagyobb a homeosztatisz egyensúly

helyreállításának, esetlegesen poszttraumatikus fejlődés irányába való elmozdulásnak az esélye.)

- Kutatásom során meg kívánom vizsgálni a rezilienciért felelős lehetséges faktorok alakulását és összefüggését más protektív tényezőkkel. Ezzel az általam alkalmazott, Friborg és munkatársai által kifejlesztett, nemzetközi szinten már több országban validált Reziliencia Skála (Resilience Scale), mint önálló vizsgálóeszköz érvényességét, komplexitását is igazolom.
- Kutatásom során céloom vizsgálni a védelmi szektor területén működő különböző foglalkozási csoportokat, illetve összehasonlítani őket a rizikó- és protektív tényezők, valamint a pszichés állapot szempontjából. Céloom ezzel olyan tesztbattéria ajánlása, amely egységes rendszerben képes bemutatni a védelmi szektor valamennyi szakterületét ellátó állomány pszichés jellemzőit.

## Hipotézisek

1. *Igazolni kívánom, hogy a vizsgált állomány egészségügyi, elsősorban pszichés állapota kifejezetten jó, a rizikófaktorok előfordulási gyakorisága alacsony.*

Ezen belül:

A/ Feltételezem, hogy a vizsgált állomány egészségügyi (szomatikus és pszichés) állapota kifejezetten jó, valamint a megfelelő kiválasztás eredményeképpen mind a gyermekkori, mind a jelenlegi szociális és kapcsolati körülményei megfelelőek.

B/ Feltételezem, hogy a szakterületének megfelelően kiválasztott és jól kiképzett vizsgált állománynál a traumatizálódás és ennek megfelelően a pszichotraumával összefüggő rizikófaktorok jelenléte csekély.

C/ Feltételezem, hogy a csekély traumatizálódással összefüggésben a PTSD és más patológiás állapotok, tünetek így szorongás, depresszió prevalenciája alacsony, ennek megfelelően nem tér el az egészséges standard értékektől.

2. *Igazolni kívánom, hogy a vizsgált állománynál a védőfaktorok és a reziliencia fokozott jelenléte tapasztalható.*

Ezen belül:

A/ Feltételezem, hogy a vizsgált állománynál a problémafókuszú megküzdés, megküzdési potenciált alkotó személyiségtényezők, és a reziliencia dominanciája

magas, azaz az egészséges standard átlag feletti, illetve megközelíti a legmagasabb összpontszámot.

B/ Feltételezem, hogy a vizsgált állománynál nincsenek jelen olyan rizikófaktorok, amelyek növelnék a PTSD kialakulásának valószínűségét.

**3. *Igazolni kívánom, hogy a reziliencia és a védőfaktorok fokozottabb jelenléte esetén kisebb a valószínűsége a PTSD kialakulásának.***

Ezen belül:

A/ Feltételezem, hogy problémafókuszú megküzdés; a fokozottabb reziliencia és megküzdési potenciál esetében kisebb a valószínűsége PTSD kialakulásának.

B/ Feltételezem, hogy a vizsgált állománynál az esetleges PTSD kialakulása nem függ össze más patológiás állapot, tünet kialakulásával.

**4. *Igazolni kívánom, hogy az általam alkalmazott „Reziliencia Skála” önmagában is megfelelő vizsgálati eszköz a PTSD szempontjából lényeges rugalmas ellenállóképesség mérésére.***

**5. *Igazolni kívánom, hogy a védelmi szektor vizsgált szakterületei, azaz a foglalkozási csoportok alapján nincs különbség a vizsgált állománynál a vulnérabilitás és a protektív tényezők és pszichés állapot tekintetében.***

Ezen belül:

A/ Feltételezem, hogy a foglalkozási csoportok (tűzoltó, katona, rendőr, FBŐ) alapján a rizikófaktorok és védőfaktorok szempontjából nincs eltérés a vizsgált állomány esetében.

B/ Feltételezem, hogy a foglalkozási csoportok alapján a pszichés állapot (PTSD, depresszió, szorongás) szempontjából nincs különbség a vizsgált állománynál.

**6. *Igazolni kívánom, hogy az életkor és a foglalkozásban eltöltött idő alapján nincs eltérés a vizsgált állomány esetében.***

## **KUTATÁSI MÓDSZEREK**

- A kutatómunka kezdeti fázisában tanulmányi és kutatási tervet készítettem, melyet annak folyamatos és lépésenkénti végrehajtása követett.



- A kutatási célok és hipotézisek felállításához szükséges adatokat szakirodalom-tanulmányozással, dokumentumelemzéssel gyűjtöttem.
- A szakkönyvtárak anyagában található irodalmi adatok megszerzését és elemzését, illetve a legfrissebb adatok és közlemények felkutatását az internet segítségével tervszerűen folytattam és folytatom jelenleg is.
- Tanulmányoztam a civil és védelmi szektor területén a témámhoz kapcsolódó hazai és külföldi egészségügyi és pszichológiai témájú PhD értekezéseket, kutatásokat és azokkal kapcsolatos tudományos cikkeket, tanulmányokat, dolgozatokat.
- Klinikai és kutatási munkám során, valamint az elméleti háttér rendszerezésével szerzett előzetes tapasztalataimat feldolgoztam, dokumentáltam, publikáltam és azokat hazai tudományos fórumokon több alkalommal közzétettem.
- Analízis és szintézis módszereinek segítségével az irodalmi háttéranyag feldolgozását végeztem el.
- Az empirikus kutatás elvégzéséhez kérdőíves adatgyűjtési eljárást végeztem.
- Az adatok értékelését és az eredmények elemzését a matematikai statisztika módszerével, SPSS programcsomag alkalmazásával, kvalitatív és kvantitatív módon végeztem el. Absztrahálás és általánosítás módszerét alkalmaztam az eredmények értékeléséhez, a következtetések levonásához.
- A kitűzött kutatási célok eléréséhez szükséges elméleti és klinikai ismeretanyag, illetve dokumentáció feldolgozása után végeztem el az eredmények rendszerezését és készítettem el az értekezést.

## **A DOLGOZAT FELÉPÍTÉSE**

A bevezető fejezetben bemutatom kutatásommal összefüggő tudományos problémát, megindokolom a témaválasztásomat. Itt szerepel a kutatási célok és hipotézisek, valamint az alkalmazott kutatási módszerek ismertetése.

Kutatási eredményeimet négy fejezetben mutatom be. Az első fejezetben a poszttraumás stresszbetegség kialakulásának elméletét és kutatását, valamint az ezzel kapcsolatos prevenciós és intervenciós lehetőségeket elemzem. Ennek megfelelően kitérek a poszttraumás stresszbetegség diagnosztikai, epidemiológiai vizsgálataira,

kialakulásának biológiai, pszichológiai megközelítésére, a rizikófaktorok kutatására valamint az elődleges, másodlagos és harmadlagos beavatkozási szintekre.

A második fejezetben a pszichológiai reziliencia fogalmának fejlődését és kutatását ismertetem. A reziliencia előzményeként, illetve részeként fontos, hogy megemlítem a protektív faktorok és a megküzdés (coping) alakulását mind a nemzetközi, mind a hazai kutatásokban.

A harmadik fejezet az empirikus vizsgálatom alanyait, azaz a védelmi szektor területén a fokozott veszéllyel és a traumatizálódás lehetőségével járó hivatások jellegzetességeit mutatja be. Külön tárgyalom a tűzoltói, rendőri, katonai hivatás és a fegyveres biztonsági őrök munkájával együttjáró pszichés terheléseket, illetve az alkalmassági kritériumokat.

A negyedik fejezet az empirikus vizsgálat módszertani lépéseit, az eredményeket és azok elemzését, értékelését és a következtetések levonását tárgyalja.

Az utolsó összefoglaló fejezetben összegzem az általam feltárt új tudományos eredményeket, valamint ezek felhasználhatóságát a védelmi szektor területén és szakmai ajánlásokat fogalmazok meg.

A táblázatok és ábrák a szövegben találhatóak, a szakkifejezések magyarázata, a felhasznált irodalomjegyzék, a részletes publikációs lista és szakmai önéletrajz az értekezés végén kerültek elhelyezésre.

# 1. A POSZTTRAUMÁS STRESSZBETEGSÉG KIALAKULÁSÁVAL KAPCSOLATOS ELMÉLETEK ÉS EMPIRIKUS KUTATÁSOK

Értekezésem első fejezetében a poszttraumás stresszbetegséggel (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD) kapcsolatos nemzetközi és hazai szakirodalmakat, publikációkat tekintem át. A kutatásom szempontjából releváns területeket foglalom össze a következő alfejezetek során.

## 1.1 TÖRTÉNETI HÁTTÉR

A poszttraumás stresszbetegség történeti háttérének bemutatását Judith Herman alapján ismertetem.<sup>27</sup>

A XIX. században a pszichotrauma fogalmának és jelenségének alakulása, kutatása három, egymástól különálló területen indult el a köztudatban. Elsőként a tipikusan női lelki rendellenességnek tartott hisztéria vált a vizsgálat tárgyává. Majd az I. világháború után Angliában és az Egyesült Államokban kezdődött, a vietnámi háború idején érte el a csúcspontját a gránátsokk, azaz a harctéri neurózis vizsgálata. A köztudatban utolsóként, néhány évtizede jelent meg mint a szexuális és családon belüli erőszak, bántalmazás következményeként fellépő pszichotrauma kutatása.

Herman összefoglalója alapján „Charcot a hisztéria vizsgálatának atyja, francia neurológus, olyan tünetekre lett figyelmes, amelyek neurológiai károsodásra emlékeztettek, de az oki háttér mégsem organikus eredetű volt, így a motoros bénulás, érzés kiesések, konvulzív tünetek és az amnézia. 1880-ra igazolta, hogy e tünetek lélektani okokra vezethetők vissza, és hipnózissal mesterségesen is létre lehet őket hozni, de meg is lehet szüntetni. Charcot követői, így Janet, Freud, Breuer egymástól függetlenül arra az eredményre jutottak, hogy a hisztéria olyan állapot, amelyet pszichés trauma okoz. A traumatikus eseményekre adott elviselhetetlen érzelmi reakciók olyan módosult tudatállapotot hoznak léte, amely hisztériás tüneteket vált ki. A hisztéria szomatizációs tünetei olyan megrázó események rejtett megnyilvánulásai, amelyek törlődtek az emlékezetből. A tünetek pedig enyhíthetők, ha a pácienssel feltárják és kimondatják a traumatikus emlékeket és a velük járó

---

<sup>27</sup> Herman, J. L.: Trauma és Gyógyulás. (Ford. Kuszting, Gábor, Kulcsár, Zsuzsanna) Budapest, Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület, 2003. pp 19 – 49.

intenzív érzéseket. Ez a módszer lett a mai modern pszichoterápia kiindulópontja. Freud felfedezése, mely szerint a hisztéria gyökerénél gyermekkori szexuális visszaélés rejtőzik, túlmént a társadalmi elfogadhatóság határán, és Freud ezt követően meghatározta a pszichés trauma kutatásától.”

A pszichés trauma az I. világháború borzalmainak következtében került vissza újra a köztudatba. Az állóháború kegyetlenségeit átélő férfiak kezdtek összeomlani. „A katonákat nap, mint nap a megsemmisülés fenyegette, végig kellett nézniük, ahogy bajtársaikat megcsönkítják és megölik. E körülmények között sok katona úgy kezdett el viselkedni, mint a hisztériás nők, voltak, akik elveszítették emlékezetüket és képtelenek voltak érezni.” A XIX. század végéig azonban negatív volt a hozzáállás ezekhez a jelenségekhez. Azokat a katonákat, akik a harcok folyamán vagy azután félelmet, lehangoltságot, aggodalmaskodást mutattak, gyenge jelleműnek tartották, rendszerint megbüntették. Az I. világháború idején úgynevezett „gránátsokk” fogalmával illették azokat az állapotokat, amelyek az ágyútűz intenzív érzelmi átélésének következményei voltak. Kiderült, hogy „maga az erőszakos halállal való szembesülés érzelmi stressze is elég ahhoz, hogy a férfiakból a hisztériához hasonló tünetegyüttest váltson ki”. Ekkor már a harctéri neurózis létét nem tagadhatták.

1941-ben Kardiner, egy amerikai pszichiáter „A háború traumás neurózisai” című elméleti és klinikai tanulmányában, kidolgozta a poszttraumás tünetegyüttes leírásának a napjainkban is használatos formáját.

A II. világháború alatt a pszichés veszteségeket a háborús neurózis vagy a harctéri kimerültség tág és bizonytalan fogalomkörébe sorolták be. Sok katona személyes elmondása, a parancsnokok jelentései és a szakemberek újabb ismeretei lehetővé tették, hogy a XX. század második felében megváltozzon a felfogás, így elvetették az addig leegyszerűsítő magyarázatokat. Igyekeztek elkerülni a traumatikus háborús tapasztalatok egészséges emberekre gyakorolt stresszhatásainak megjelölését. A katonapszichiáterek a gyors és hatékony kezelés reményében próbálták csökkenteni a harctéri stresszreakciókhoz kapcsolódó stigmát. Első ízben ismerték fel, hogy egy háborús bevetés során bárki összeomolhat, valamint, hogy a pszichiátriai sérültek száma előre megjósolhatóan arányos azzal, hogy az érintettek mennyire súlyos harcoknak voltak kitéve. Megtörtént a háborús körülmények között pszichés bántalmakat szenvedett emberek tapasztalatainak összegyűjtése is, egyben nagyon hasonló pszichés zavarok tüneteit fedezték fel azoknál is, akik a civil életben éltek át valamilyen erős traumát.

A háborús trauma hosszú távú hatásai lassan ismét feledésbe merültek, egészen az 1970-es évekig, a vietnámi háború befejezéséig. „A háborút ellenző veteránok megszervezték az első „rap”- csoportokat. Ezeken a csoportos találkozókon a frontról hazatért katonák felelevenítették és újraélték a háború traumatikus élményeit. A csoportoknak kettős célja volt: egyrészt megnyugvást hoztak az egyes pszichés traumát elszenvedett veteránok számára, másrészt tudatosabbá tették a háború, pusztító hatásait.” A vietnámi háború utáni években a Veteránügyi Központ több kutatást indított el, amelyek azt vizsgálták, hogy a háborús élmények milyen módon hatnak a frontról hazatért katonák életére, funkcionálására. Ekkor ismertették hivatalosan először a poszttraumás stresszbetegséget és kimutatták e betegség és a harcban való részvétel közvetlen kapcsolatát.

Az 1970-es években a fentiekkel párhuzamosan, feminista mozgalmak hatására a civil élet területein egyre inkább előtérbe került a nőket ért szexuális erőszak és annak hatásainak feltárása. A kutatók figyelme a családon belüli fizikai bántalmazás és egyéb magánéleti erőszakfajták vizsgálata felé fordult. 1980 után vált nyilvánvalóvá, amikor vietnámi veteránok erőfeszítéseinek köszönhetően a poszttraumás stresszbetegség beépült a köztudatba, hogy a szexuális és családon belüli erőszak, bántalmazás következményeként fellépő tünetegyüttes megegyezik a háborús túlélőknél tapasztalt tünetekkel.”

Ma már számos civil területen is kutatják a pszichotrauma hatásait, a traumatizációt, így a természeti katasztrófák, balesetek következményeként is.

## **1.2 EXTRÉM STRESSZRE, PSZICHOTRAUMÁRA ADOTT PSZICHOLÓGIAI VÁLASZOK DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI MEGFONTOLÁSAI**

A stresszfogalom alkalmazása az orvostudományban, a pszichológiában Cannon és Selye nevéhez kötődik. Cannon (1911) szerint az érzelmileg megterhelő ingerek észlelésekor vegetatív elváltozások jelentkeznek. Macskákkal végzett kísérleteiben a félelemkeltő ingerek érzelmi stresszt váltottak ki, és ezzel alkalmazkodó lépéseket ösztönöztek a belső miliőben fennálló egyensúlyállapot fenntartására. Ezt a kiegyenlítést fokozott adrenalin-kiválasztás készíti elő. Az ezzel járó vegetatív elváltozásokat (pl. szívritmus fokozódása, izzadás, légzésfrekvencia fokozódása, vércukorszint emelkedése, az emésztés és veseműködés gátlása) a

szervezet vészhelyzet esetén történő mobilizálódása jeleként és ennek támadással vagy meneküléssel járó megoldásaként értelmezhetjük.<sup>28</sup>

Selye<sup>29</sup> szerint a stressz a szervezet nem specifikus válasza mindenfajta igénybevételre, azaz az igénybevétel szervezeti állapotának, illetve a terhelés és annak okai, az úgynevezett stresszorok közti konfliktus folyamatainak jellemzésére szolgál. A stresszor kifejezésen az olyan külső vagy belső ingereket értjük, amelyek megzavarják az egyensúlyt, ezzel alkalmazkodáshoz és védekezéshez vezetnek. Az egyensúly újbóli helyreállításának tendenciája drasztikus hatások esetén neurohormonális folyamatokra irányul, szubjektív (emocionális) tényezők esetén azonban fiziológiai és kognitív kölcsönhatások révén valósul meg. A stresszt ezért összefoglalva úgy írhatjuk le, mint adaptív pszichofiziológiai részfolyamatok strukturált sorozatát, melyek részben homeosztatikus, részben kognitív, azaz személyiségfüggő természetűek. Ezek akkor jelennek meg, ha intenzíven ható megterhelő események hosszabb időn át, ismétlődő módon megzavarják a belső egyensúlyt.

Selye (1964) Cannon elméletét kiegészítvén, egy komplex, fázisokban lezajló folyamatot ír le, az úgynevezett Általános Adaptációs Szindrómát. Ez a szervezet univerzális, biokémiai válasza a megterhelő igénybevétel minden formájára, amely a hipotalamusz – hipofízis – mellékvese (HPA) rendszer közvetítésével valósul meg.

2. A központi idegrendszert érő stresszhatások a hipotalamuszt a corticotrop-releasing-hormon (CRH) kiválasztására készítetik.
3. A CRH aktiválja a hipofízis-mellékvesekéreg rendszert, illetve szimpatikus aktivációhoz, nagy mennyiségben szorongáshoz vezet. A CRH receptorai legnagyobb sűrűségben a hipotalamuszban helyezkednek el, amely a vegetatív funkciók szabályozását végzi.
4. A CRH hatására a hipofízisben proopio-melanocortin (POMC) peptidből olyan hormonok képződnek (ACTH, alfa-MSH, béta-endorfin), amelyek a stresszválasz bonyolult szabályozását végzik.
5. Az adrenocorticotrop-hormon (ACTH) ezek közül a legfontosabb, amelynek fő feladata, hogy a mellékvesekérget a kortikoszteroidok képzésére készítse.

<sup>28</sup> Fröhlich, W. D.: Pszichológiai szótár. Budapest, Springer Hungarica Kiadó, 1996.

<sup>29</sup> Selye János: Stressz distressz nélkül. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1976.

6. A kortikoszteroidok (legfontosabb a kortizol) az immunrendszerre gátló hatást gyakorolnak. Ezzel egyidőben a szimpatikus idegrendszer aktiválódása a mellékvesevelő adrenalin és noradrenalin termelését fokozza.<sup>30</sup>

Viszonylag újabb felismerés, hogy a stresszválasz részben genetikai meghatározottságú, részben perinatális befolyás alatt áll. A terhesség alatti anyai stressz és a születés traumája együttesen befolyásolják a HPA - rendszer épségét. A túl nagy trauma nemcsak kisebb születési súlyban, a központi idegrendszer érési és működési zavarában nyilvánul meg, hanem később csökkent stressztűrő képességben is. Ennek hátterében a kortizol receptorainak csökkent sűrűsége, a HPA - tengely csökkent érzékenysége állhat. Így tehát a magas illetve alacsony kortizol szint meghatározhatja az egyén viselkedését szélsőséges stressz körülményei között, amelyet a személyiség is befolyásolhat. A magas kortizol szinttel rendelkező, domináns személyiség harcban aktív, a szubdomináns típus inkább menekül. Az alacsony kortizol szinttel rendelkezőknél nagyobb a valószínűség a poszttraumás stresszbetegség (lásd később) kialakulására is.<sup>31</sup>

Az Általános Adaptációs Szindróma kialakult állapotában három fokozatot foglal magában<sup>29</sup>:

- Alarm reakció: A szervezetben a stresszorról való találkozás jellegzetes tünetei jelentkeznek. Kezdetben az ellenállóképesség csökken. Ha a stresszor veszélyes, akkor már ezen a szinten is bekövetkezhet a halál.
- Ellenállási szakasz: Ha a stressz folyamatos hatása mellett lehetséges az alkalmazkodás, akkor kifejlődhet a megfelelő ellenállás. Ilyenkor az ellenállóképesség a normális szint fölé emelkedik.
- Kimerülés szakasza: A szervezet kimerülhet, ha hosszú ideig ugyanazon stresszor hatása éri, amelyhez már alkalmazkodott. Az alarm reakció jelei újra megjelenhetnek és bekövetkezhet a halál.

A stresszorok három csoportját különböztethetjük meg: pszichés jellegűek (emberek közti kapcsolatok, sikertelenségek, konfliktusok, frusztráció, stb.), fizikai stresszorok (erős rezgések, hanghatások, hőhatások, sebesülések, érzékszervi tompulás, stb.), szociális stresszorok (súlyos családi, szociális krízisek, nagy társadalmi változások, gazdasági krízisek). A stressz okozta változásokat, reakciókat ugyancsak három

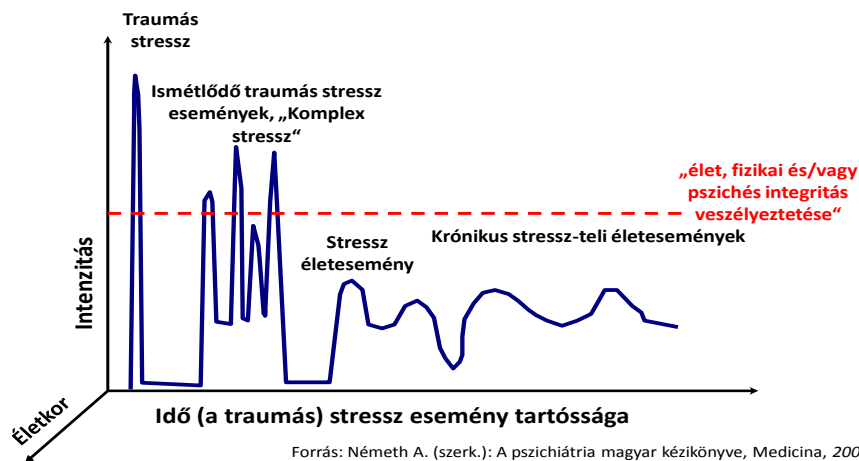
<sup>30</sup> Selye János: Életünk a stressz. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1964.

<sup>31</sup> Eleki Zoltán, Szabó Sándor András: Felkészülés a harci stresszre, megküzdési stratégiák. Humán Szemle, 2002; 18(3), pp. 81 - 94.

kategóriába sorolják: pszichés reakciók, amelyek háromfélék lehetnek, így affektív (érzelmi), kognitív (megismerő funkciókat érintő) és motivációbeli reakciók. Beszélhetünk fiziológiai (testi) és magatartásbeli reakciókról is. A pozitív tartalmú események is járhatnak stresszel, ez az eustressz, a káros vagy negatív következményeket distressznek nevezzük.<sup>32</sup>

## 2. számú ábra

### Stressz-események (stresszorok) intenzitása és időbeli zajlása



*Forrás: Füredi János, Németh Attila (szerk): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina, 2009.*

A pszichotraumát követő reakciók nem minden esetben tekinthetők patológiásnak. Így adaptív, normál stresszválaszok lehetnek:

- bizonyos emocionális (düh, bűnösségérzés, félelem és szorongás, szégyen, magány, reménytelenség, kétségbeesés érzése, stb.),
- kognitív (konfúzió a gondolkodásban, határozatlanság, aggodalom, koncentrációs problémák, memóriazavarok, stb.),
- fizikai (kimerültség, alvási nehézségek, fájdalmak, emelkedett pulzus, verejtékezés, hányinger, étvágytalanság, stb.)

<sup>32</sup> Pavlina, Z.; Filjak, T.; Bender-Horvat, S.: A harci stressz. In: Pavlina, Z.; Komar, Z.(szerk): Katonapszichológia I. Zrínyi Kiadó, Budapest, 2007. pp. 333 - 376.



- interperszonális (bizalmatlanság, irritabilitás, visszahúzódás, izoláció, dependencia, stb.) reakciók.

E tüneteket a személyek a trauma hatása alatt és utána néhány órán keresztül is átélhetik, hiszen ezeket tekinthetjük úgy is, hogy egy abnormális helyzetre adott normál reakciók, amelyek többnyire az alkalmazkodást segítik.

Amennyiben intenzitásuk erőteljes és még 2-3 nappal a trauma után is fennállnak akut stressz reakcióról (ASR) beszélünk.<sup>33</sup>

Abban az esetben, amikor a tünetek már meghatározott tünetegyüttest alkotnak és a traumát követően minimum 2 napig maximum 4 hétig jelentkeznek akut stresszbetegségről (ASD) beszélhetünk. ASD tünetei a DSM-IV alapján:

A. Akár a szenvedést okozó esemény alatt, akár utána a személyre az alábbi disszociatív tünetekből legalább három jellemző:

1. szubjektív bénultság, elszakadás élménye vagy érzelmi válaszkészség hiánya
2. a valóságos környezetben való tudatos tájékozódás lecsökkenése
3. derealizáció (külvilág megváltozottságának érzése)
4. deperszonalizáció (a személy saját magát érzi megváltozotttnak)
5. disszociatív amnézia (a trauma fontos jellemzőjére való visszaemlékezési képtelenség)

B. A traumát a személy ismételten újraéli az alábbiak közül legalább egyféle módon:

1. visszatérő képzetek
2. gondolatok
3. álmok
4. illúziók, stb.

C. A traumára emlékeztető ingerek (pl. gondolatok, érzések, beszélgetések, tevékenységek, emberek, helyek, stb.) észrevehető kerülése.

D. A szorongás és fokozott készenlét észrevehető tünetei vagy fokozott készenlét:

1. alvászavar
2. koncentrációs nehézségek
3. felfokozott vészjelzés-készség
4. motoros nyugtalanság

E. A zavar jelentős szenvedést vagy a szociális, munkahelyi vagy más fontos funkciók romlását okozza, vagy akadályozza az egyént az esemény feldolgozásában

<sup>33</sup> Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J.(Eds.): Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, Guilford Press, 2000.

F. A zavar minimum 2 napig, maximum 4 hétig tart és a traumás eseményt követő 4 héten belül jelentkezik.

A traumát követően kialakuló másik jellegzetes patológiás állapot a poszttraumás stresszbetegség (PTSD), ahol a tünetek a pszichotraumát követően 4 hét után is fennállnak, illetve késleltetett formában 1 hónap múlva is jelentkezhetnek. Diagnosztikai kritériumai a DSM- IV alapján:

A. A traumát a személy ismételten újraéli az alábbiak közül egy vagy több módon:

1. a traumás eseményre való kényszerű, ismétlődő, szenvedést okozó visszaemlékezés, képzetek, gondolatok
2. a traumás eseményről való ismétlődő, kínzó álmodás
3. olyan cselekedetek vagy érzések, mintha a traumás élményt a személy újraélné (illúziók, hallucinációk, stb.)
4. traumás élményt szimbolizáló vagy arra emlékeztető külső helyzet vagy belső történés intenzív pszichés szenvedést vált ki vagy vegetatív reakciót vált ki

B. A traumával összefüggő ingerek tartós kerülése és az általános válaszkészség megbénulása, legalább három a következőkből:

1. traumával összefüggő gondolatok, érzések vagy beszélgetés kerülése
2. traumával összefüggő emlékeket idéző tevékenységek, helyek vagy személyek kerülése
3. traumára való visszaemlékezési képtelenség
4. észrevehetően lecsökkent érdeklődés vagy részvétel fontos tevékenységekben
5. másoktól való elszakadás, elidegenedés élménye
6. az érzelmek beszűkülése (pl. képtelenség szeretet érezni)
7. jövő beszűkülésének érzése

C. A fokozott készenlét tünetei tartósan fennállnak, legalább kettő az alábbiakból:

1. elalvási/átalvási zavarok
2. irritabilitás, dühkitörések
3. koncentrációs nehézség
4. fokozott éberség
5. felfokozott „vészjelzés-készség”

Az akut stresszreakció és stresszbetegség diagnózisának feleltethetők meg azok a pszichés problémák, amelyeket a harctéren harci kimerültségnek (combat exhaustion a II. világháborúban, battle fatigue a koreai és vietnami háborúban) mondanak. Míg a II. világháborúban a harci fáradtságban szenvedőt eltávolították a harcterről és

hosszabb időre kórházban helyezték el, az izraeli kutatások alapján mára változás állt be ennek kezelésében. Az akut stresszbetegségben szenvedő katonákat nem távolítják el a harcterről, hanem egy rövid pihenőidő után ismételten visszatérhetnek az egységükhöz. Csak akkor szükséges a sérültet evakuálni a harcterről és egészségügyi intézményben gyógykezelni, ha a pszichés zavarok 14 nap elmúltával is fennállnak.<sup>34, 35</sup>

A poszttraumatikus stressz-zavarok tanulmányozása a vietnámi háború alatt és után vált erőteljessé. Az amerikai katonák hazatérésüket követően nagyon nehezen illeszkedtek vissza a civil életbe és még hosszú éveken keresztül küzdöttek pszichés zavarokkal. A „vietnámi szindrómát” a PTSD különleges formájának tekinthetjük. A jelenség Vietnámban alakult ki az amerikai katonáknál és a következményei nemcsak a megrázó háborús tapasztalatok nyomán jelentkeztek, hanem a visszatérő katonák fogadtatásakor is.<sup>36</sup>

### 1.3 EPIDEMIOLÓGIAI KUTATÁSOK

1967 és 1991 között 7766 természeti katasztrófa történt világszerte, mely 7 millió áldozatot követelt. 1945 óta 127 háború zajlott illetve zajlik jelenleg is, melyek több mint 20 millió áldozattal jártak. A terrorcselekmények elterjedésével az ilyen típusú traumák száma tovább nőhet, mely újabb áldozatokat követel majd. Mindezek után elmondhatjuk, hogy a traumatikus események mindennapi életünk velejárói. Bizonyos felmérések szerint a férfiak 60,7%-a, míg a nők 51,2%-a legalább egy traumatikus eseményen átesik élete folyamán, de érdekes adalék lehet, hogy a férfiak majdnem 20%-a, míg a nők 11,4%-a háromnál is több traumatikus eseményt szenved el. Az ilyen eseményt átéltek 10-15%-nál alakul ki a későbbiekben következményes PTSD, ami az átlagpopuláció 6-8%-t teszi ki.<sup>37</sup>

A traumatikus események nagyon gyakoriak a legtöbb közösségben, de előfordulásukat csak a jóléti társadalmakban, főleg az USA-ban tanulmányozták. Kessler vizsgálatai szerint az USA-ban a populáció legalább 15%-a számolt be arról,

<sup>34</sup> Dobson, M.: Combat Stress Reaction. In: Fink, G. (Ed.): Encyclopedia of Stress. Volume 1. USA: New York, Academic Press, 2007. pp. 524 - 529.

<sup>35</sup> Rahe, R. H.: Chronic Combat Reaction. In: Fink, G. (Ed.): Encyclopedia of Stress. Volume 2. USA: New York, Academic Press, 2007. pp. 520 - 533.

<sup>36</sup> Komar, Z., Koren, B., Trlek, M.: A poszttraumatikus stresszavarok. In: Pavlina, Z.; Komar, Z. (szerk.): Katonapszichológia, II. kötet. Budapest, Zrínyi Kiadó, 2007. pp. 317 - 394.

<sup>37</sup> Krug, E.G., Kresnow, M.J., Peddicard, J.P., Dahlberg, L.L., Powell, K.E., Crosby, A.E., Annect, J.L.: The New England Journal of Medicine. 1998; 338. pp. 373 - 378.

hogy molesztálták, fizikailag bántalmazták, megerőszakolták, vagy valamilyen harci cselekményben vett részt. A férfiak fizikai bántalmazása gyakoribb, mint a nőké (11,1% vs. 10,3%), a szexuális erőszak elszívődése terén viszont a női nem dominál (7,3% vs. 1,3%). Az áldozatok fele 25 év alatti az USA-ban. A megerőszakolt áldozatok 29%-a 11 éves kora előtt traumatizálódik.<sup>38</sup>

A szexuális erőszak elkövetői 22%-ban idegenek, viszont 19%-ban a férj vagy a barát, míg 38%-ban valamelyik másik rokon tehető felelőssé. Gyerekek és nők esetében a családon belüli erőszak gyakoribb, mint a balesetektől fakadó traumatizáció. 1994-ben az USA-ban 3 millió nőt támadtak meg, 62%-ban olyan emberek, akiket korábban ismertek. 5-ből 4 esetben a saját szülei bántalmazták a gyerekeket, akik 1/3-a súlyos sérüléseket szerzett.<sup>39</sup>

A 90-es évek elején készült az első átfogó epidemiológiai felmérés az USA-ban a PTSD tekintetében. 8088 főt vontak be a vizsgálatba, akik 15-54 év közötti férfiak és nők voltak vegyesen. 1995-ben publikálták az adatokat, melyek szerint a PTSD élettartam prevalenciája 7,8%-nak bizonyult. A nők 2-szer gyakrabban érintettek, mert esetükben a prevalencia 10,4% volt, szemben a férfiak 5%-os eredményével.<sup>37</sup>

2001 februárja és 2003 áprilisa között az előbb említett vizsgálatot megismételték. 5692 résztvevőt vontak be, a PTSD diagnózisának felállításakor a DSM-IV-et vették alapul. Ezek alapján a PTSD élettartam prevalenciája 6,8% volt, nők esetében ismételtén magasabb értékeket találtak (9,7% vs. 3,6%). A 12 hónapos előfordulás 3,5% volt, és itt is felülreprezentáltak voltak a nők (5,2% vs. 1,8%).<sup>40</sup>

Gyerekek esetében nem volt kifejezetten epidemiológiai vizsgálat, de számos kutatás beszámol arról, hogy a traumatizálódott gyerekek körében magasabb a PTSD előfordulása, mint az átlag felnőtt populációban.<sup>41</sup>

Kilpatrick és munkatársai serdülők körében vizsgálták a PTSD előfordulását. 4023, 12-17 év közötti serdülő vett részt a felmérésben, és az adatok szerint a 6 hónapos prevalencia 6,3% volt a lányok, míg 3,7% a fiúk körében.<sup>42</sup>

<sup>38</sup> Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E.J., Hughes, M., Nelson, C.B.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey; *Arc. Gen. Psychiatry.* 1995; 52. pp. 1048 - 1060.

<sup>39</sup> van der Kolk B.A.: Adult sequelae of assault. In: Friedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Baltimore, MD: Williams and Wilkins 2000.

<sup>40</sup> National Comorbidity Survey. (2005) NCS-R appendix tables: Table 1. Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Table 2. Twelve-month prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort.

<sup>41</sup> Gabbay, V., Oatis, M.D., Silva, R.R., Hirsch, G.: Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In: Silva, R.R. (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents Handbook.* New-York, Norton, 2004. pp. 1 - 17.

Nemzetközi felmérések is történtek persze, a WHO 27 országból, több mint 200000 fő adatait elemezte. A prevalencia adatok elég változatosnak bizonyultak, mert pl. Kínában csak 0,3%-t, míg Új-Zélandon 6,1%-t mértek. Az eltérő adatokat magyarázhatja, hogy a vizsgáló módszerek nem voltak egységesek.<sup>43</sup>

Történt számos vizsgálat olyan személyek esetében is, akik különösen sok traumának voltak kitéve, ún. rizikócsoportha tartoztak. Vietnami háborús veteránok között 29%, izraeli katonáknál 12-25%, afganisztáni veterán orosz katonák között 16,5% a Csecsen-földön harcolt orosz veteránok között 46% volt PTSD-s.<sup>44</sup>

A Vietnámi Veteránok Beilleszkedési Vizsgálat (Vietnam Veterans Readjustment Study) során reprezentatív veterán populációt vizsgáltak 1986 novembere és 1988 februárja között. A PTSD élettartam prevalenciája 30,9% volt a férfiak, és 26,9% a nők esetében. A vizsgálat érdekessége volt, hogy a férfiak 15,2%-a, míg a nők 8,1%-a a vizsgálat idején, évekkel a trauma elszenvedését követően is PTSD-ben szenvedett. A nem vietnámi veteránok pontprevalencia értékei lényegesen alacsonyabbnak bizonyultak (2,5% férfiak, 1,1% nők esetében), míg a nem veterán katonák esetében a PTSD előfordulása elenyésző volt (1,2% férfi, 0,3% nő).<sup>45</sup>

Az Öböl háború veteránjait 1995-97 között vizsgálták, 11441 résztvevővel. A PTSD diagnózisát a PTSD checklist segítségével állították fel. Ebben a populációban az élettartam prevalencia 12,1%-nak bizonyult.<sup>46</sup>

Az iraki és afganisztáni háború veteránjai is hasonló prevalencia értékeket mutattak, hiszen 1938 résztvevő esetében 13,8%-os előfordulást mértek.<sup>47</sup>

---

<sup>42</sup> Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Aciemo, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S., Best, C.L.: Violence and risk of PTSD, major depression, substanceabuse/dependence, and comorbidity; results from the National Survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71(4), pp. 692 - 700.

<sup>43</sup> Kessler, R.C., Ustun, T.B.: *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New-York, Cambridge University Press, 2008. pp. 1 - 580.

<sup>44</sup> Martényi Ferenc: A poszttraumás stressz-betegség. *Psychiatria Hungarica*. 2000; 15 (3), pp. 276 - 293.

<sup>45</sup> Kulka, R.A., Schlenger, W.A., Fairbanks, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., Cranston, A.S.: *Trauma and the Vietnam Wargeneration: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New-York, Brunner/Mazel, 1990.

<sup>46</sup> Kang, H.K., Natelson, B.H., Mahan, C.M., Lee, K.Y., Murphy, F.M. (2003): Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome-like Illness among Gulf War Veterans: A population-based survey of 30000 Veterans. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 157(2), pp. 141 - 148.

<sup>47</sup> Tanielian, T., Jaycox, L. (Eds): *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, their Consequences and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2008.

### 3. számú ábra

#### Katonai szolgálattal összefüggő PTSD veteránoknál az USA-ban



Forrás: *Veterans and mental illness. US Dept of Veterans Affairs.*  
<http://pgionfriddo.blogspot.hu/2011/06/veterans-and-mental-illness.html> Letöltés:  
 2015-04-20

Egy prospektív felmérés keretében 2000-2014 között az Egyesült Államok hadseregében négy misszió alatt évente összesítették a sérültek számát, ezen belül a PTSD incidenciáját is. A négy misszió a következő volt: az Iraki Szabadság Hadművelet (Operation Iraqi Freedom), amely 2010-ben fejeződött be, az iraki Új Hajnal Hadművelet (Operation New Dawn), amely átmeneti ideig, 2010-2011-ig tartott, 2014 októberében elkezdődött és máig is tartó új hadművelet Irakban és Szíriában az Iszlám Állam ellen (Operation Inherent Resolve), valamint a 2001 óta tartó afganisztáni Tartós Szabadság Hadművelet (Operation Enduring Freedom). Összesítve az évenkénti esetszámot a PTSD esetében, láthatjuk, hogy fokozatosan emelkedett, 2012-ben érte el a csúcspontot, azóta viszont csökken. Ennek oka lehet, hogy az iraki missziók 2011-ben befejeződtek, Afganisztán is viszonylag konszolidálódott és az azóta elindult új hadművelet még a kezdetek kezdetén jár. A felmérés során azok esetében is követték a PTSD incidenciáját, akik nem vettek részt a

bevetésekben. Összehasonlítva az adatokat láthatjuk, hogy a hadműveletekkel összefüggésben változik PTSD kialakulásának előfordulási aránya.<sup>48</sup>

### *1. számú táblázat*

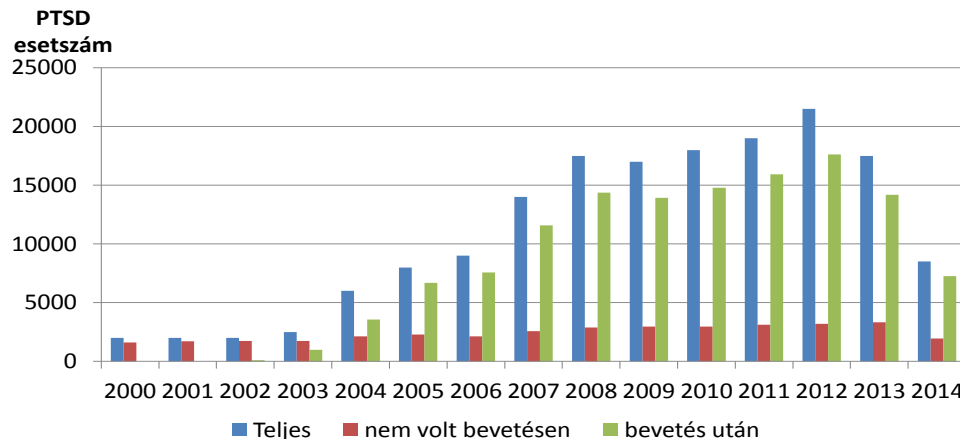
#### **A PTSD előfordulása az összes hadműveletben az USA hadseregében (2000-2014)**

<b>Év</b>	<b>Előfordulási esetszám (korábban nem voltak bevetésen)</b>	<b>Előfordulási esetszám (OEF/OIF/OND bevetések)</b>
2000	1,611	-
2001	1,703	-
2002	1,746	90
2003	1,736	985
2004	2,137	3,564
2005	2,287	6,682
2006	2,123	7,572
2007	2,571	11,586
2008	2,889	14,260
2009	2,957	13,936
2010	2,969	14,780
2011	3,119	15,933
2012	3,202	17,640
2013	3,329	14,200
2014	1,942	7,286
<b>Össz:</b>	<b>36,321</b>	<b>128,496</b>

<sup>48</sup> Fischer H.: A Guide to U.S. Military Casualty Statistics: Operation Inherent Resolve, Operation New Dawn, Operation Iraqi Freedom, and Operation Enduring Freedom, Congressional Research Service, 2014.

#### 4. számú ábra

### A PTSD előfordulása az összes hadműveletben az USA hadseregében (2000-2014)



*Forrás: Fischer, H.: A Guide to U.S. Military Casualty Statistics: Operation Inherent Resolve, Operation New Dawn, Operation Iraqi Freedom, and Operation Enduring Freedom, Congressional Research Service, 2014*

2000-ben a Magyar Honvédség Honvédkórház Pszichiátriai Osztályán az év első 5 hónapjában felvett betegek körében véletlenszerűen mérték a PTSD előfordulását. A PTSD diagnosztizálására a CAPS kérdőívet használták, mely 30 részkérdésből áll, és a tünetek frekvenciáját, valamint intenzitását méri. A 170 betegből 10 bizonyult PTSD-snek, mely 6%-os prevalenciát igazol. Közülük 8-an aktuálisan is betegek voltak, míg 2 beteg életében már átesett egy PTSD-s perióduson. A 10 betegből 6 volt férfi (5 sorkatona), és 4 nő. A 10 PTSD-s beteg mindegyikénél tudtak más pszichiátriai betegséget is diagnosztizálni, melyek döntően az affektív spektrumhoz tartoztak (depresszió, szorongásos betegség, drog-alkohol betegség). Összességében a prevalencia értékek hasonlóak voltak az átlaghoz, a fiatalok (sorkatonák) felülreprezentáltsága mellett.

A külföldi missziókban szolgáló békefenntartók visszaszűrése alkalmával is készültek epidemiológiai felmérések a PTSD vonatkozásában a Honvédkórház Pszichiátriai Osztályán. A KFOR, SFOR missziókból visszatért állományból 211 fő



vett részt a vizsgálatban, akik közül 57-en traumatizálódtak (27,2%), és 9 katonánál tudtak PTSD-t diagnosztizálni (4,2%). Az Irakból hazatértek közül 280 főt vizsgáltak, körükben a traumatizálódás aránya 57,1%-os volt (160 fő), míg 18 katona egyidejűleg PTSD is volt. (6,4%) Az iraki misszióból hazatért állomány magasabb prevalencia értékeit magyarázhatja az is, hogy Irakban a traumatizáltak aránya is lényegesen magasabb volt.<sup>49</sup>

Néhány tanulmány foglalkozott a tűzoltók traumatizációjával és PTSD prevalenciájával is. McFarlane (1987) Ausztráliában vizsgálta egy bozóttűz oltását követően a tűzoltók PTSD prevalenciáját 4, 11 és 29 hónappal az eseményt követően, így 32%, 27% és 30%-os volt a PTSD előfordulása az esetükben. A tűzoltók 20% életveszélyben érzete magát, 41%-nak folyamatosan védeni kellett magát a tüztől, 23%-át tárgyi vagy anyagi veszteségek érték és 25% sérült meg az oltás közben. Ebben a tanulmányban a tűzoltók valamennyien elsődlegesen traumatizálódtak, saját maguk élték át a traumatizáló eseményt, ők is áldozatok voltak.<sup>50</sup>

Wagner és munkatársai (1998) arról számoltak be egy reprezentatív felmérés során, hogy német tűzoltók esetében a másodlagos jellegű, azaz elsősorban szemtanúként kialakuló PTSD 18,2%-os volt, és 27%-ban alakult ki náluk más jellegű pszichopatológiai tünet vagy állapot, így depresszív hangulat, pszichoszomatikus panaszok, szociális diszfunkció, szerfüggőség.<sup>51</sup>

Egy másik vizsgálat alapján az amerikai tűzoltók esetében a PTSD lifetime prevalenciája 22,2%, Kanadában 17,2%.<sup>52</sup>

A rendőrök szintén rizikópopulációnak tekinthetők a traumatizálódás és a PTSD szempontjából. Egy prospektív tanulmány 262 traumatizálódott rendőrtiszt esetében követte végig a poszttraumás tünetek alakulását, közöttük 7%-os volt a PTSD előfordulása, de 34%-ban jelentkeztek poszttraumás tünetek, azaz úgynevezett

<sup>49</sup> Fekete Mónika, Kovács László, Kovács Gábor: Trauma és poszttraumás stressz betegség (PTSD) előfordulása fokozottabb terrorveszéllyel járó külszolgálat (Irak) során. Honvéderos. 2007; 59(3-4), pp. 117 - 122

<sup>50</sup> McFarlane, A.C.: Life events and psychiatric disorder: the role of a natural disaster. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 151, pp. 362 – 367

<sup>51</sup> Wagner, D., Heinrichs, M., Ehlert, U.: Prevalence of symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155 (12), pp. 1727 - 1732.

<sup>52</sup> Corneil, W., Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K.: Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *J Occup Health Psychol*. 1999; 4, pp. 131 – 141.

küszöb alatti PTSD. 157 brazil rendőrtiszténél szolgálattal összefüggésben 9%-ban diagnosztizáltak PTSD-t és 16%-ban küszöbalatti PTSD-t.<sup>53</sup>

Robinson és munkatársai (1997) 13%-os prevalenciát találtak városban szolgálatot teljesítő rendőrökénél. Hangsúlyozták, hogy mindez kihatással van a morálra, a munkahelyi hiányzásokra, gyakori megbetegedésekre, a korai nyugdíjbamenetelre, családi működésre.<sup>54</sup>

## 1.4 BIOLÓGIAI FOLYAMATOK SZEREPE A PTSD KIALAKULÁSÁBAN

Kezdetben a teoretikusok úgy gondolták, hogy a PTSD csak egy variánsa a normál stresszre bekövetkező válasznak, de azóta számos tanulmány igazolta, hogy a PTSD-ben jelentkező biológiai elváltozások különböznek a nem traumatikus stresszre adott biológiai válaszoktól.<sup>55</sup>

A PTSD-ben három fontos neurobiológiai változás detektálható: noradrenerg rendszer változásai, mely befolyásolja az autonóm idegrendszeri válaszkésztséget; neuroendokrin változások, beleértve a HPA tengelyt is; neuroanatómiai eltérések, főleg a hippocampusban.

A *noradrenerg rendszert* tekintve veszély, fenyegetettség esetén a locus coeruleus – mely a dorzális hídban található – sejtjei játszanak kulcsszerepet a centrális és perifériás idegrendszer aktiválásában. Szerteágazó kapcsolatai vannak különböző kérgi struktúrákkal, (hippocampus, amygdala, hipotalamus) és a gerincvelővel is.<sup>55</sup>

A locus coeruleus szervezi, mediálja az akut stresszre bekövetkező affektív, kognitív és motoros válaszokat is. A locus coeruleus neuronjainak aktivációjakor norepinephrin szekretálódik, mely a legfőbb neurotranszmitter a stresszre bekövetkező affektív, kognitív és viselkedésbeli válaszok mediálásában.<sup>56</sup>

<sup>53</sup> Carlier, I., Lamberts, R., Gersons, B.: Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997; 185(8), pp. 498 - 506.

<sup>54</sup> Robinson, H. M., Sigman, M. R., Wilson, J. P.: Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychol Rep*. 1997; 81, pp. 835 - 845.

<sup>55</sup> Yehuda, R., McFarlane, A.C.: Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*. 1995; 152, pp. 1705 - 1713.

<sup>56</sup> Redmond, D.E., Huang, Y.H., Snyder, D.R., Maas, J.W.: Behavioral effects of stimulation of the nucleus locus coeruleus in the stump-tailed monkey. *Brain Res*. 1976; 116, pp. 502 - 510.

Traumatikus eseményt követően fontos *neuroendokrin változások* indulnak be a szervezetben, melyet a HPA - tengely modulál:

- A hipotalamus-ból CRH szekretálódik, mely a hipofízisben az ACTH elválasztását növeli.
- A keringő ACTH hatására a mellékvese kortizolt szekretál, mely elsődleges stresszhormonnak is tekinthető.<sup>57</sup>
- Az emelkedett kortizol szint növeli a sejtek glükózfelvételét, az immunitást, a májenzimek aktivitását, stb.<sup>58</sup> Felkészíti a szervezetet a veszélyre, egyben blokkolja is a következményes ACTH és CRH szekréciót (negatív feedback), hiszen a folyamatos stresszhormon aktivitás már a saját szervezetre is veszélyes lenne.<sup>59</sup>

A HPA - tengely vonatkozásában azonban a PTSD különbözik a krónikus stressz (és a depresszió) során tapasztaltaktól. A negatív feedback inhibíciója következtében a PTSD-szek plazma és vizelet kortizol szintje szignifikánsan alacsonyabb, míg CRH (és ACTH) szintje magasabb a traumát elszenvedett, de nem PTSD-s és a normál populációval összehasonlítva.<sup>60</sup>

A kortizol release cirkadián ingadozása sokkal tágabb határok között változik, mint a depressziósok vagy a normál kontrollok esetében. PTSD-s betegeknel a glükokortikoid receptorok szenzitivitása megnő, szemben a krónikus stressz során tapasztalható down-regulációval. A HPA - tengely hiperszenzitivitása megfigyelhető a PTSD klinikai tüneteiben is (hiperreaktívitás, hiperarousal, stb.). A dexamethason szupressziós teszt során még jobban csökken a kortizol szintje (szupersupresszió), amelynek épp az ellenkezője figyelhető meg sok más pszichiátriai betegség (pl. a depresszió) esetében. A PTSD-ben jelenlévő alacsony kortizol szintet bizonyítja a metyrapon teszt is. A metyrapon a kortizol bioszintézis utolsó lépését blokkolja, ezzel csökkentve a kortizol, viszont megemelve egy prekursor, a 11-deoxikortizol

<sup>57</sup> Swanson, L.W., Sawchenko, P.E., Rivier, J., Vale, W.W.: Organization of ovine corticotropine-releasing factor immunoreactive cells and fibers in the rat brain: an immunohistochemical study. *Neuroendocrinology*. 1983; 36, pp. 165 - 185.

<sup>58</sup> Michelson, D., Licinio, J., Gold, P.W.: Mediation of the stress response by the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. In: Friedman, M.J., Charney, D.S., Deutch, A.Z. (eds.): *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 1995. pp. 225 - 238.

<sup>59</sup> Johnson, E.O., Kamilaris, T.C., Chrousos, G.P., Gold, P.W.: Mechanism of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neurosci Biobehav Rev*. 1992; 16, pp. 115 - 130.

<sup>60</sup> Mason, J.W., Giller, E.L., Kosten, T.R., Ostroff, R.B., Podd, L. (1986): Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. *J Nerv Ment Dis*. 1986; 174, pp. 145 - 159.

szintjét, melynek azonban nincs feedback aktivitása, így hatására az ACTH szintje megnő a hipofízisben.<sup>61</sup>

Egy vizsgálat bebizonyította, hogy PTSD-s veteránok körében az ACTH szintje szignifikánsan magasabb a normál kontrollokkal összehasonlítva, mely alacsonyabb kortizol szintre és negatív feed-back gátlására utal.<sup>62</sup>

Ha a PTSD kialakulásában az alacsony kortizol szintnek lehet szerepe, akkor evidens, hogy a trauma alatt, vagy közvetlenül utána adott exogén kortizol (hidrokortizon) esetleg kivédheti, megelőzheti a következményes PTSD kialakulását. Több vizsgálat is bizonyította ezt, melyekben döntően szeptikus, illetve szívműtéten átesett betegek kaptak a peri és posztoperatív szakban hidrokortizont. Körükben jóval kisebb arányban fordult elő a későbbiekben PTSD.<sup>63, 64</sup>

A PTSD-ben leginkább érintett *agyi terület* a hippocampus, mely a temporális lebeny része, és a tanulásban, valamint az emlékezésben játszik meghatározó szerepet. Állatkísérletek bizonyítják, hogy stressz hatására a hippocampus sejtjei károsodnak, hasonlóan ahhoz, mint amikor direkt implantálnak glükokortikoidot a hippocampusba. Ezek alapján valószínű, hogy a stressz hatására megemelkedett glükokortikoid a felelős a hippocampalis sejtkárosodásért.<sup>65, 66</sup> 26 PTSD-s vietnámi veterán hippocampusának térfogatát hasonlították össze koponya MR vizsgálat során 22 egészséges kontroll személlyel. A PTSD-s csoport jobb hippocampusának volumene statisztikailag szignifikánsan kisebb volt az egészségesekéhez képest.<sup>67</sup>

<sup>61</sup> Marin, M.F., Hupbach, A., Maheu, F. S., Nader, K., Lupien S.J.: Metyrapone administration reduces the strength of an emotional memory trace in a long-lasting manner. *J. Clin Endocrinol Metab*, 2011; 96(8), p. 1221-1227.

<sup>62</sup> Yehuda, R., Levengood, R.A., Schmeidler, J., Wilson, S., Guo, L.S., Gerber, D.: Increased pituitary activation following metyrapone administration in posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 1996; 21, pp. 1 - 16.

<sup>63</sup> Schelling, G., Kilger, E., Roozendaal, B.: Stress doses of hydrocortisone, traumatic stress and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized trial. *Biol Psychiatry*. 2004; 55, pp. 627 - 633.

<sup>64</sup> Schelling, G., Briegel, J., Roozendaal, B., Stoll, C., Rothenhausler, H., Kapfhammer, H.: The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biol Psychiatry*, 2001; 50, pp. 978 - 985.

<sup>65</sup> Uno, H., Tarara, R., Else, J.G., Suleman, M.A., Sapolsky, R.M.: Hippocampal damage associated with prolonged and fatal stress in primates. *J Neurosci*. 1989; 9, pp. 1705 - 1711.

<sup>66</sup> Sapolsky, R.M., Uno, H., Rebert, C.S., Finch, C.E.: Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. *J Neurosci*. 1990; 10, pp. 2897 - 2902.

<sup>67</sup> Bremner, J.D., Randall, P., Scott, T.M., et al: MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1995; 152, pp. 973 - 981.

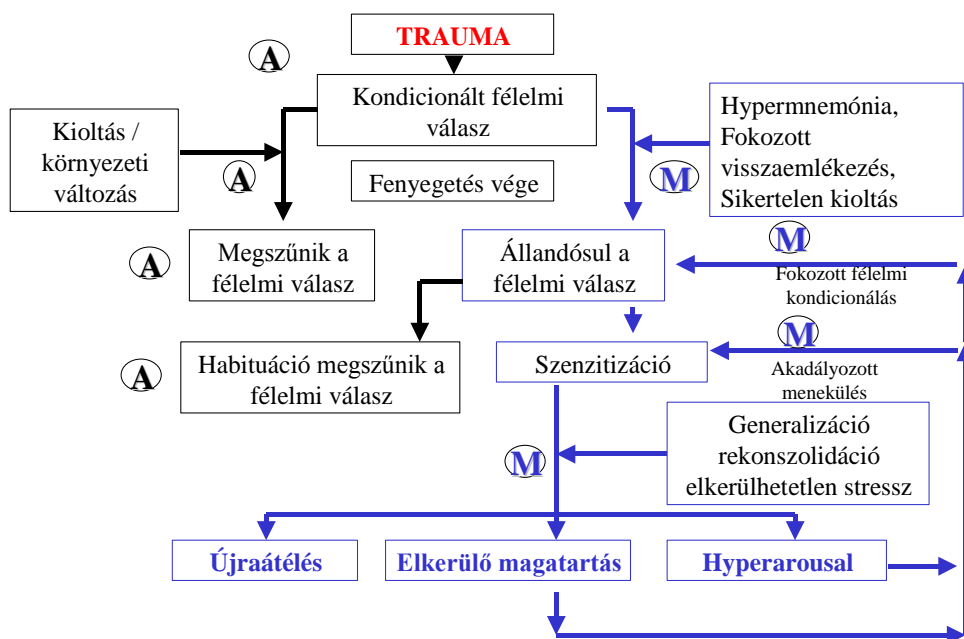
## 1.5 PSZICHOLÓGIAI FOLYAMATOK SZEREPE A PTSD KIALAKULÁSÁBAN

### 1.5.1 Integratív pszichobiológiai modell

PTSD kialakulásában a pszichoszociális stresszornak (trauma) kiemelkedő szerepe van. A PTSD integratív pszichobiológiai modellje<sup>68</sup> a traumatikus stresszre adott adaptív és maladaptív válaszok egyensúlyától teszi függővé a normalizációs, illetve patológiás folyamatok lehetőségét. Ez alapján az egyes pszichológiai (tanulási) és viselkedési mintázatok háttérben meghatározott neurokémiai és neurofiziológiai folyamatok állnak.

#### 5. számú ábra

#### Integratív pszichofiziológiai modell



*Forrás: Bonne, O. et al.: Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress: implications for the discovery of novel pharmacotherapy. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2004; 28, p. 65-94.*

<sup>68</sup> Bonne, O., Grillon, C., Vythilingam, M., Neumeister, A., Charney, D. S.: Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress: implications for the discovery of novel pharmacotherapy. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2004; 28, pp. 65 - 94.

Súlyos traumatikus esemény expozícióját követően kialakuló félelmi válasz adaptívnek tekinthető, természetes reakció. A veszély elmúlásával a félelmi válasz csökken, azaz kioltódik, illetve a kontextuális változások eredményeképpen megszűnik (pl. amikor a katonák hazatérnek Irakból csökken a szorongás, félelem érzése). Ugyanakkor előfordul, hogy a szorongás állandósul annak ellenére, hogy megszűnik a fenyegetés. A feltételezett mechanizmusok, amelyek felelősek lehetnek a maladaptív félelmi válaszáért: hypermnemonia (az érzelmileg megterhelő emléknymok kódolása élénkebb, így a felidézésük is) azaz fokozott visszaemlékezés, felidézés; a kontextus és tartalom integrálásában bekövetkező deficit, valamint a sikertelen kioltás, mint alternatív tanulási folyamat eredménytelensége. További lehetőség, hogy ez az állandósult félelmi válasz a habituáció során elveszíti az averzív jellegzetességeit, vagy a szenzitizáció mechanizmusa révén inkább fokozottabbá válik. A habituáció, melynek során a reakció intenzitása csökken ugyanazon ingerrel való ismételt találkozás révén, jelen esetben adaptív mechanizmusnak tekinthető, az alkalmazkodást szolgálja. Ugyanakkor a szenzitizáció az ingerre való érzékenységet jelenti és fokozódni fog a válaszkészség, így maladaptív folyamat. A félelmi válasz gyakran generalizálódik, azaz hasonló vagy az eredetivel valamilyen kapcsolatban lévő ingerek is kiválthatják a választ, mindez pedig az idegrendszer ún. kereszt-szenzitizációs (cross-sensitization) mechanizmusának köszönhető. Ezen a szinten valamennyi PTSD tüneti klaszter megfigyelhető: újraátélés – egy állandó, maladaptív kondicionált félelmi válasz jelentkezése, amely már kiváltódik a traumával közvetlenül nem kapcsolódó ingerekre is; elkerülés – amikor is elkerülő magatartás alakul ki hasonlóan az állatoknál megfigyelhető „tanult tehetetlenség” reakcióhoz; hyperarousal – fokozott szorongás, készenlét és ennek valamennyi tünetének a jelentkezése a biztonságérzet hiányára. A láncolatot az elkerülési stratégiák folyamatosan fenntartják megerősítve a fokozott félelmi kondicionálás, a szorongás jelenlétét.

Összefoglalva a szindrómák kialakulásáért felelős pszichobiológiai folyamatok: a késleltett kioltás, hiányzó habituáció, szenzitizáció, kereszt-szenzitizáció, (inger)generalizáció, a fokozott rekonszolidáció és tanult tehetetlenség mechanizmusai.

## 1.5.2. Személyiségvonások

Nem minden trauma-túlélő esetében alakul ki PTSD, illetve más patológiás állapot. Ez a tény inspirálta a kutatókat, hogy sorra vegyék, vajon mely rizikófaktorok növelik meg a PTSD-vel kapcsolatos vulnerabilitást. Számos rizikófaktorot azonosítottak, közülük pszichológiai szempontból a személyiség, illetve egyes személyiségfaktorok szerepét emelném ki. A személyiségvonásokat a gondolatok, érzések, cselekedetek olyan konzisztens mintázatának tekinthetjük, amelyek viszonylag stabilak különböző fejlődési periódusok, illetve kontextusok függvényében is.<sup>69</sup>

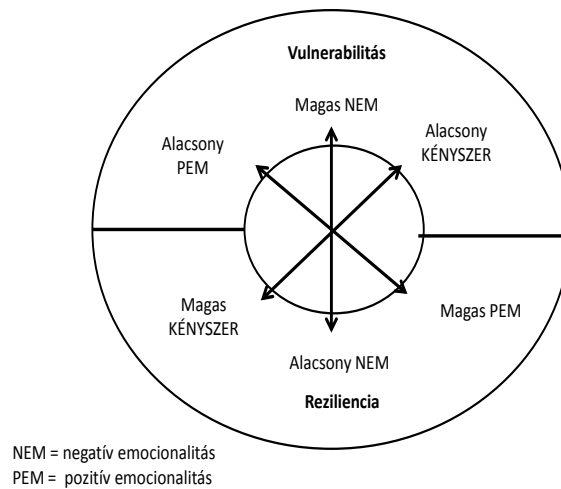
A személyiség három-faktoros modellje olyan magasabbrendű dimenziókat vizsgál, amelyek különösen relevánsak a pszichopatológia, így a PTSD vulnerabilitás szempontjából. A Pozitív Emocionalitás (PEM) (pozitív érzelmek átélése, szociabilitás, extravertió, teljesítményorientáció, well-being) faktor összességében a megközelítő magatartás jellegzetességeit tartalmazza. A Negatív Emocionalitás (NEM) faktora a negatív érzelmek és hangulat átélésére való tendenciát, a kapcsolatoktól való visszahúzódást, szorongást, elidegenedést, azaz a védekező (defenzív) magatartás megnyilvánulásait jelenti. A Kényszer dimenziója nem más, mint az impulzivitás, a kontroll faktora a megtervezés versus spontaneitás, rugalmasság versus rugalmatlanság, kockázatkerülés versus kockázatkeresés stb. vonásokkal, azaz az (ön)regulációs rendszer magatartási jellegzetességeivel (Tellegen, 1985).<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Miller, M. W.: Personality and the development and expression of PTSD. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. PTSD Research Quarterly. 2004; 15(3), pp. 1 - 6.

## 6. számú ábra

## Személyiségvonások és PTSD vulnerabilitás



*Forrás: Miller, M. W.: Personality and the development and expression of PTSD. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. PTSD Research Quarterly. 2004; 15(3), p. 1-6.*

E három faktor létét és neurobiológiai alapjait bizonyítják a csecsemőkori, illetve kisgyermekkorai temperamentumkutatások, a magatartás öröklődésével foglalkozó tanulmányok is. Prospektív longitudinális kutatások sora igyekezett bizonyítani az egyes faktorok szerepét a PTSD kialakulásában, elsősorban pre- és poszt-trauma módszerrel vizsgálták a személyiség lehetséges hatását.<sup>70, 71, 72, 73, 74</sup> Valamennyi vizsgálat hangsúlyozza, hogy a magas NEM, mint a személyiség egyik dimenziója a PTSD rizikófaktorának tekinthető, ugyanakkor a PEM és Kényszer faktorai egyfajta

<sup>70</sup> Lee, K. A., Vaillant, G. E., Torrey, W. C., Elder, G. H.: A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II. combat. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 152, pp. 516 - 522.

<sup>71</sup> O'Toole, B. I., Marshall, R. P., Schurek, R. J., Dobson, M.: Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1998; 32, pp. 21 - 31.

<sup>72</sup> Bramsen, I., Dirkzwager, A. J. E., Van Der Ploeg, H. M.: Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157, pp. 1115 - 1119.

<sup>73</sup> Bennett, P., Owen, R. L., Koutsakis, S., Bisson, J.: Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology and Health*. 2002; 17, pp. 89 - 500.

<sup>74</sup> Cox, B. J., Macpherson, P. S. R., Enns, M. W., McWilliams, L. A.: Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2004; 42, pp. 105 - 114.



közvetítő faktorokként, a NEM-sal interakcióban csak befolyásolják a poszttraumatikus válaszok megjelenési formáját.

### 1.5.3 Traumás memória

A PTSD – vel foglalkozó kutatások jelentős része lényegesnek tartja az emlékezeti folyamatok, a trauma emlékének a szerepét. Az irodalomban sokféle megközelítés látott napvilágot, mind a mai napig vita folyik az összefüggésekről, azonban bizonyos kérdésekben már született konszenzus. Az érzelmileg megterhelő traumával kapcsolatban két eltérő jelenség fordulhat elő, az egyik a traumával kapcsolatos amnézia vagy késleltetett felidézés, a másik pedig a trauma központi jellemzőinek megbízható, folyamatos felidézése.<sup>75</sup> A specifikus emlékezetkiesés esetében is jellemző a túlélőkre, áldozatokra egy fokozott perceptuális készenlét, különösen szenzomotoros szinten. Ezért fordul elő sok esetben, hogy egy teljes amnéziát követően először egyes szomatoszenzoros, érzékszervi részletek törnek be a memóriába töredezett formában, leválva a tartalomról, jelentésről. Ebben az esetben egy úgynevezett adatvezérelt feldolgozása történik az eseményeknek a trauma során (procedurális vagy implicit memória), azaz nem áll rendelkezésre a konceptuális feldolgozás szintje (a helyzet jelentésének szervezett módon való feldolgozása, kontextusba helyezése).<sup>76</sup> A specifikus emlékezetkiesésért felelősek lehetnek egyes tudattalan énvédő mechanizmusok is pl. elfojtás, disszociáció. Ugyanakkor súlyos trauma átélése után nagyon gyakori, hogy a traumára vonatkozó emlékképek rendkívül képszerűen raktározódnak el a memóriában, kízó módon, akarattól függetlenül tolulnak elő, akár naponta többször álmokban, nappali flashback-ben.<sup>75</sup> Erre az emlékezésre azonban jellemző, hogy az emlékképek nagyon élénkek, mintha újra átélnék az eseményeket a túlélők, sok esetben nemcsak vizuálisan, hanem szagokkal, hangokkal együtt. Christianson (1992) utal arra, hogy a nagyfokú stressz javíthatja, és nem rontja a központi eseményekkel kapcsolatos visszaemlékezést, a felidézés részletességét, pontosságát, illetve fennmaradását. A trauma alatti kódolás és feldolgozás jellegzetességeit befolyásolhatja a disszociáció mechanizmusa is. A disszociáció egy olyan énvédő vagy elhárító mechanizmus,

<sup>75</sup> Kopp Mária: Mennyire megbízhatóak a traumával kapcsolatos emlékképek? *Psychiatria Hungarica*. 2009; 15 (3), pp. 294 - 297.

<sup>76</sup> Ehlers, A., Clark, D. M.: A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. Ford. Perczel-Forintos Dóra. *Psychiatria Hungarica*. 2000; 15 (3), pp. 249 - 275.

amelynek során akár összetartozó gondolkodási, cselekvési, viselkedési folyamatok a részleteikre esnek szét. Fő fajtái:

1. a személy részlegesen vagy teljesen kitörli az eseményt a tudatból (amnézia)
2. a személy emlékszik az eseményekre, de nem éli meg a velük járó érzéseket (deperszonalizáció, derealizáció, tompultsági tünetek)
3. a személy megéli a traumatikus esemény keltette érzéseket, de ezek eredete már nem világos (hyperarousal)
4. a személy külön személyiségrészeket hasít le a tudatából és ezekre ruházza a traumatikus emlékeket (disszociatív személyiségzavar).<sup>75</sup>

A teljes tehetetlenség pillanatában a disszociáció adaptív lehet, azonban a veszély elmúltával egyre inkább maladaptív válik és akadályozza a traumatikus esemény feldolgozását, integrálását. Így a disszociáció eredményeképpen akár adatvezérelt feldolgozás jöhet létre. A trauma átélése közben az illető képtelen lesz arra, hogy a többi életrajzi emlék kontinuumába beépítse az eseményt. Az érzelmi dermedtség szintén zavarja a traumatikus esemény emlékképének integrálódását, jellemző lehet az „érzelemmentes felidézés”, az emlékképek fragmentálódása.<sup>77</sup>

### 1.5.4 Konceptuális modellek

A következőkben a PTSD-ben szerepet játszó pszichológiai folyamatokat három releváns konceptuális modell keretén belül tekintem át, amelyek a terápiás intervenciókat is megalapozzák. Ezek: a pszichodinamikus, tanuláselméleti és kognitív modellek.

A *pszichodinamikus modell* alapfeltevése: A viselkedést belső, intrapszichikus tényezők határozzák meg. Ezek az intrapszichikus tényezők okai a manifeszt, megfigyelhető viselkedésnek, az ok-okozati viszony hosszú élettörténetben érvényesül, azaz a jelenben mutatkozó jelenségeknek a kora gyermekkorig visszakövethető fejlődése van. A pszichodinamikus modell megalapozója a freudi pszichoanalízis, amely egy medicinális gondolati modell, hiszen az intrapszichikus pszichológiai faktorokat entitásként (betegségeként) kezeli, a viselkedést pedig ezen entitások, betegségek tüneteinek tekinti. Alapvető feltételezése a pszichés determinizmus, azaz semmilyen lelki jelenség nem jön létre

<sup>77</sup> Banyard, V. L.: Trauma and Memory. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. PTSD Research Quarterly. 2000; 11(4), pp. 1 - 8.

véletlenszerűen, hanem csak ok-okozat által meghatározott láncolatként. Az emberi viselkedés hajtóereje, motívuma az ösztönökből származik. A személyiséget az én (Ego), az ösztönén (Id), a felettes-én (Szuperego) dinamikus működésében határozza meg. Vagyis az örömelvű ösztönműködés milyen erős készletet jelent az egyén számára, a realitáselvű ego-, mentális funkciók milyen erősek, azaz mennyire tudja összeegyeztetni az egyén az ösztöntörekvéseket a valósággal, illetve az erkölcsi normákkal. Végül pedig a felettes-én működése mennyire erős és ennek a három rendszernek milyen az összhangja. A modell természetesen terápiás következményeket is megfogalmaz: a rejtett tényezőket csak úgy ismerhetjük meg, ha szabadon engedjük áramlani a gondolkodást. Ez a szabad asszociáció módszere. Így az eddig rejtett, patogén okok tudatossá válnak, ezek szerepéről felismeréseket tehet a páciens és a belátáson keresztül lehetőség nyílik a korrekcióra.<sup>78</sup>

A traumakutatás alapjai a pszichodinamikus szemléletben gyökereznek, mint ahogyan a PTSD kutatás történeti háttérét összefoglaló fejezetben már korábban részleteztem. A pszichodinamikus modell keretén belül minden esetben lényeges a trauma individuális jelentése, mint intrapszichés konfliktusok, tudattalan tartalmak megnyilvánulása. A kezelés szempontjából szintén fontos a trauma hatása (pl. gyermekkori traumák vagy krónikus traumák!) a személyiségre, így pl. önértékelésre, biztonságérzetre, identitásra stb.<sup>79</sup>

A *tanuláselméleti modell* feltevése, hogy az emberi viselkedés valamilyen külső hatások révén alakul ki, azaz a környezet és az ember közötti kapcsolaton van a hangsúly. A pszichopatológiai jelenségek maguk a megfigyelhető viselkedéskijelenségek. A környezeti tényezők messze fontosabbak az etiológiai gondolkodásban, mint a veleszületett konstitucionális vagy genetikai tényezők. A konkrét egyedi viselkedés mindig a környezeti tényezők hatására kialakult, tanult viselkedés. A környezeti tényezők hatására létrejött tanulás pedig a központi idegrendszer funkciója.<sup>78</sup>

Neurofiziológiailag a tanulás alapmechanizmusát az orientációs reakcióhoz és annak szabályozását biztosító habituáció és szenzitizáció folyamataihoz köthetjük. A tanulási folyamatokat általánosságban három alapformára oszthatjuk, melyek egyben a pszichiátriai zavarok viselkedésterápiás megközelítése, illetve kezelése

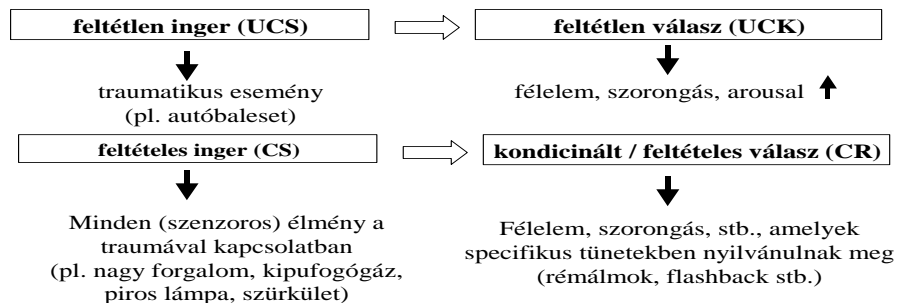
<sup>78</sup> Szakács Ferenc: Patopszichológiai Vademecum. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1998.

<sup>79</sup> The American Journal of Psychiatry. Practice Guideline, 2004.

szempontjából is kiemelkedő jelentőségűek: klasszikus kondicionálás, operáns kondicionálás, modelltanulás. A tüneti viselkedés kialakításában ezek a tanulási formák együttesen vesznek részt. Klasszikus kondicionálás során egy korábban neutrális inger valamely biológiailag jelentős ingerrel (feltétlen, UCS) társulva maga is olyan hatással lesz a szervezetre, mint a biológiailag fontos inger.<sup>80</sup>

## 7. számú ábra

### PTSD tanulásméleti modellje: klasszikus kondicionálás



*Forrás: Baranowsky, A.B.; Gentry, J. E.; Schultz, D. F.: Trauma Practice: Tools for Stabilization and Recovery. Cambridge, Hogrefe & Huber, 2005. alapján készítette a szerző*

A kondicionálás során a társításnak kiemelkedő szerepe van. Bizonyosnak tűnik, hogy már egyszeri társítással kondicionált szorongásos reakciót lehet kialakítani, ha az alkalmazott, feltétlen szorongáskiváltó inger traumatikus intenzitású. PTSD tüneteinek kialakulása szempontjából ez egy nagyon lényeges folyamat, ugyanis ebben az esetben a feltétlen inger maga a traumatikus esemény, amely kivált egy feltétlen szorongásos, félelmi választ. Ez a feltétlen inger pl. egy autóbaleset, időben társul semleges ingerekkel, így az autóbaleset szenzoros és kontextuális tényezőivel, pl. nagy forgalom, szürkület, kipufogógáz, piros lámpa, stb. A társítás során maguk a

<sup>80</sup> Tringer László, Mórotz Kenéz: Klinikai viselkedésterápiák. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1985.

semleges ingerek un. feltételes ingerekké válva kiválthatják ugyanazt a félelmi reakciót, mint a traumatikus esemény.<sup>81</sup>

Amennyiben a feltételes inger ismételten a feltétlen inger nélkül jelenik meg, a feltételes reakció gyengül, kioltódik. A PTSD esetében, ahogyan a pszichobiológiai modell értelmezésében láthattuk, ez bizonyos hibás tanulási mechanizmusok következtében nem így alakul. A klasszikus kondicionálás révén tudjuk magyarázni a PTSD újraátélés és állandó készenlét klaszterének jellegzetes tüneteit, hiszen az intruzív tünetekben megnyilvánuló kondicionált félelmi válasz állandó készenléti állapotot eredményez mind vegetatív, mind viselkedéses szinten. Az operáns kondicionálás esetében a hangsúly a reakció és annak következménye közötti kapcsolatra terelődik. Ha a reakció hatékony, akkor ez növeli annak jövőbeli megjelenési valószínűségét, ha alkalmatlan és káros, akkor a megjelenési valószínűsége csökkenni fog. Ezeket megerősítéseknek nevezzük. A lehetséges megerősítési helyzeteket és a reakció-valószínűségi változások kapcsolatát a 8. számú ábra mutatja.<sup>80</sup>

### 8. számú ábra

#### PTSD tanulásméleti modellje: Operáns kondicionálás

**Megerősítés szerepe → környezeti konzekvencia a reakció megjelenésének valószínűségét növeli vagy csökkenti**

	Megjelenik	Elmarad
<b>Pozitív megerősítés (jutalom)</b>	Reakció ↑ 1. (közelítő viselkedés)	Reakció ↓ 3. (kioltás)
<b>Negatív megerősítés (büntetés)</b>	Reakció ↓ 2. (passzív elkerülés)	Reakció ↑ 4. (aktív elkerülés)

2. Fóbia  
4. Kényszer

Elkerülő viselkedés → elmarad a habituáció  
 elmarad a kioltás  
 felerősíti az averzív ingerek jelentőségét

*Forrás: Tringer László, Mórutz Kenéz: Klinikai viselkedésterápiák. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1985. alapján készítette a szerző*

<sup>81</sup> Baranowsky, A.B.; Gentry, J. E.; Schultz, D. F.: Trauma Practice: Tools for Stabilization and Recovery. Cambridge, Hogrefe & Huber, 2005.

A PTSD esetében az elkerülő viselkedés formái tehát a következőképpen alakulhatnak ki az operáns kondicionálás értelmében:

1. Traumatikus inger, esemény következtében kifejezett feltétlen jellegű idegrendszerbeli válasz keletkezik. Adaptív, ha a trauma elmúltával ez a félelmi reakció is lecseng.
2. Ha azonban a szorongásos, traumatikus szituációval kapcsolatba kerültek eredetileg neutrális ingerek, akkor a reakció spontán lecsengése már kétséges.
3. A szorongás elkerülésére irányuló viselkedés alakul ki, ami azt jelenti, hogy az egyén igyekszik kiiktatni az életéből ezeket a szorongáskeltő szituációkat. Itt a kioltódás már valószínűtlen, hiszen maga a szorongásredukció megerősíti az elkerülő (azaz inadaptív, problémás) viselkedést. Az elkerülő viselkedéssel az egyén nemcsak a szorongáskeltő szituációkhoz való hozzászokás (habituáció) lehetőségétől esik el, hanem minden egyes meneküléssel felerősíti az averzív inger jelentőségét is.<sup>81</sup>

A *kognitív modellek* a viselkedést belső törvényszerűségek, attitűdök, motivációk, célok és értékek által meghatározott rendszernek tekintik, amely nem érthető meg és nem prognosztizálható teljesen sem az ingerszituáció, sem a kontextus ismeretéből. Az információfeldolgozás, a jelentésadás folyamata központi jelentőségű, hiszen az ember nem jelekre, mint ingerekre reagál, hanem azoknak jelentéssel ellátott tartalmára és így alkot egyéni képet a világról és önmagáról. A szituációval kapcsolatos első benyomás az elsődleges értékelés folyamata. Ugyanakkor a fenyegetettség természetének értékelésével egyidőben az egyén felméri, milyen eszközök állnak rendelkezésére annak kezelése érdekében. Ez már a másodlagos értékelés, melynek során az egyén számba veszi, hogy a saját kapacitása mennyire elegendő a fenyegető szituációval való megküzdésre.<sup>82</sup>

Beck (1976) elméleti koncepciója alapján a személy fejlődése során a szociális környezetével történő kapcsolat révén szerez tapasztalatokat és alakítja ki viszonyulását önmagához és a világhoz. Ezek a viszonyulások (kognitív sémák), azaz az egyes helyzetek személyes értelmezései alkotják a hierarchikus kognitív struktúrát, melynek egyes szintjei stabilitás és tudatosság szempontjából különböznek. A rejtett kognitív struktúrák meghatározzák az érzelmi állapotot és viselkedést. Pácienseknél a jelentésadási folyamatot meghatározó kognitív sémák

<sup>82</sup> Beck, A. T., Emery, G.: A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete. Budapest, Animula, 1999.

olyan zavart szenvednek, amely hibás, diszfunkcionális ismeretfeldolgozást és egyes helyzetekben inadekvát viselkedésformákat eredményeznek.<sup>83</sup>

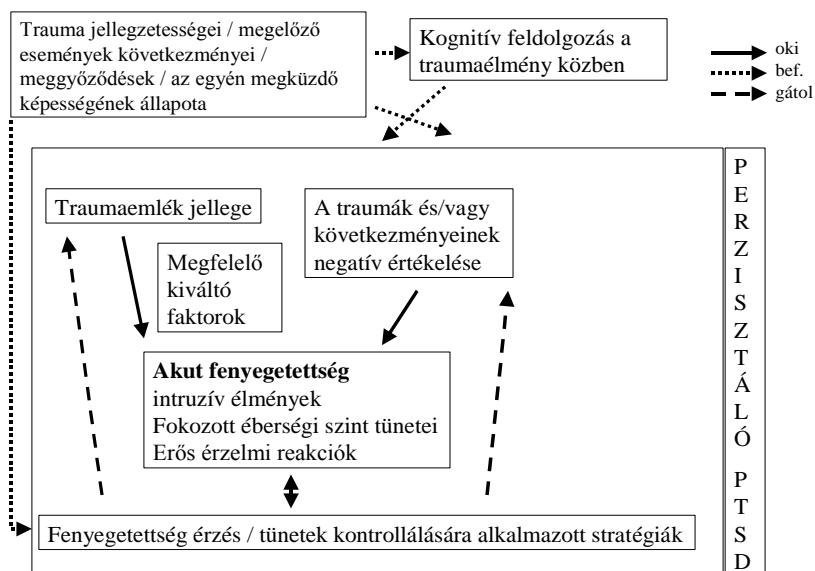
A kognitív modellek a szorongást a közvetlen veszélyhez kapcsolódó értékelő folyamat eredményének tekintik. A PTSD olyan rendellenesség, melyben a zavart egy már megtörtént esemény emléke kelti. A PTSD akkor jön létre, ha az alanyok a traumatizáló élményt és annak következményeit oly módon dolgozzák fel, mely súlyos jelen idejű fenyegetettség érzéséhez vezet. Ehlers és Clark modellje feltételezi, hogy a jelen idejű fenyegetettség érzéséhez két fontos mechanizmus vezet: 1. a trauma és következményeinek negatív értékelése, 2. az egyéni különbségek az esemény emlékének természetében és az életrajzi adatokra vonatkozó memória olyan zavara, melyre az alacsonyszintű feldolgozottság és kontextualizáció jellemző, erős asszociatív memóriával és perceptuális készenléttel társulva. A vélt veszély egyúttal viselkedési és kognitív válaszok sorozatát motiválja, amelyek arra irányulnak, hogy rövidtávon csökkentsék a szorongást, ugyanakkor olyan következményekkel járnak, melyek a trauma feldolgozását, a kognitív változást megakadályozzák és így fenntartják a betegséget. Ez a modell összhangban van a PTSD számos klinikai jellegzetességével, elősegíti bizonyos zavaró jelenségek magyarázatát: pl. a PTSD késleltetett jelentkezését, az akaratlagos felidőzés nehézségeit, a könnyen kiváltható újbóli átélés élményét, az időben való megrekedést, a közelgő végzet érzését stb.<sup>76</sup>

---

<sup>83</sup> Beck, J. S.: Cognitive therapy: basics and beyond. New York, The Guilford Press., 1995.

## 9. számú ábra

## PTSD kognitív modellje



Forrás: Ehlers, A., Clark, D. M.: *A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje.*  
 Ford. Perczel-Forintos Dóra. *Psychiatria Hungarica.* 2000; 15 (3), p. 249-275.

További kognitív modell a többszintű mentális reprezentáció elmélete (SPAARS), amely Dalgleish és Power nevéhez fűződik. Komplex négyszintű reprezentációs rendszert írnak le: sematikus, propozicionális, asszociatív és analóg. A bejövő ingerek először analóg (akusztikus, vizuális stb.) módon tárolódnak. A propozicionális reprezentációk verbális formában tárolják az információt, a hiedelmeket, elgondolásokat, tárgyakat és a köztük lévő kapcsolatot. A legmagasabb szinten szervezett a séma - reprezentáció mindaz, ami nehezen önthető szavakba, a világról, önmagunkról és a valóságról alkotott tudást és ezek jelentését tartalmazza. Az elmélet feltételezi továbbá, hogy a verbális propozicionális és a sémamód között asszociatív kapcsolatok állnak fenn, és ezen a szinten jelentkeznek az érzelmek. A traumatikus esemény kiértékelése a sémamódban történik, és fenyegettség érzéshez, szorongáshoz vezet. A traumával kapcsolatos információ ugyanakkor a modell értelmében analóg, propozicionális és sémaszinten tárolódik, asszociatív kapcsolatban van egymással. A modell alapján a PTSD tünetei is megmagyarázhatóak, hiszen a sémamodell (amely önmagunkat, a világot, másokat is



reprezentálja) arra törekszik, hogy a traumával kapcsolatos információt integrálja és a jelentés - struktúrában elhelyezze. A folyamatos kiértékelés során azonban az információ inkompatibilis, nem integrálható, veszélyeztető és félelemérzéseket vált ki. A félelem minden reprezentációjával (vizuális, akusztikus, verbális, stb.) aktiválódik, intruzív gondolatokat, rémálmokat eredményez, fokozott éberségi szint alakul ki. Ennek hatására számos védekező folyamat indul be (pl. elkerülés). A traumatikus esemény integrációja emocionális feldolgozás szintjén valósulhat meg, mely történhet terápiás keretek között, de támogató szociális kapcsolatok formájában is.<sup>84</sup>

## **1.6 A POSZTTRAUMÁS STRESSZBETEGSÉG KOMORBIDITÁSA**

A jelenlegi fejezet kutatásom szempontjából talán kevésbé tűnik relevánsnak, ugyanakkor a PTSD aluldiagnosztizáltsága miatt sok esetben a komorbid (pszichés) betegségek és kezelésük kerülnek előtérbe az egészségügyi ellátás területén. Éppen ezért érdemes megismerni, hogy mely betegségekkel társulhat a poszttraumás stresszbetegség. Különböző tanulmányok szerint a PTSD-s betegek legalább 80%-a, egyesek szerint 90%-a más pszichiátriai betegségben is szenved egyidejűleg. A PTSD-s betegek 16%-nak egy, 17%-nak kettő, 50%-nak három vagy több pszichiátriai diagnózisa is lehet. A társuló betegségek magas előfordulása miatt sokan a komorbiditást helytelen elnevezésnek tartják, úgy gondolják, hogy ezek nem önálló zavarok, hanem bizonyos trauma következményeként kialakult komplex szomatikus, kognitív, affektív és viselkedésbeli elváltozások.<sup>38</sup>

Kessler és munkatársai vizsgálataiból kiderül, hogy a PTSD sok pszichiátriai betegséggel társulhat, de leginkább az affektív spektrum betegségeivel, így depresszióval, a szorongásos betegségekkel, alkohol- és drogbetegségekkel, disszociatív zavarokkal, és kis százalékban skizofréniával együtt is megjelenhet.

A komorbiditás teljesen nyilvánvalóvá válik, ha megnézzük azt, hogy a PTSD tünetei nagyon sok más pszichiátriai betegség tüneteivel mutatnak átfedést. Különösen igaz ez olyan tünetek esetében, mint a csökkent érdeklődés, a csökkent érzelmi igénybevehetőség, alvászavarok, koncentrációs nehézségek, melyek a depresszióban is megtalálhatóak. Az irritabilitás, hipervigilancia, megrettenés a generalizált

<sup>84</sup> Yule, W.: Post-Traumatic Stress Disorders – Concepts and Therapy. London, Wiley and Sons, 1999.

szorongás tünetei is egyben. Mellkasi fájdalom, nehézlégzés, szédülésszerű rosszulletek, remegés a pánikbetegségre is jellemzőek. Ezeken kívül még a különböző fóbiák, sőt bizonyos esetekben a kényszerbetegség tünetei is előfordulhatnak PTSD-s betegek körében.

A komorbiditási arányok férfiak és nők esetében közel azonosak. Az alkohol- és drogfüggőség férfiak esetében magasabb arányban fordul elő, minden második PTSD-s férfi alkoholbetegségben is szenved. A major depresszió közel azonos arányban fordul elő mindkét nemnél, a PTSD-s betegek 48%-nál detektálható. Szorongásos zavarok, fóbiák majdnem minden harmadik PTSD-s betegnél jelentkeznek. A szorongásos betegségek esetében a PTSD általában szekunder módon alakul ki, a szorongásos zavar elősegíti a PTSD kialakulását, de PTSD talaján is kialakulhat sui generis szorongásos betegség, tehát a komorbiditás dinamikája ebben az esetben kölcsönös lehet. Pánikbetegség kb. 10%-ban társulhat PTSD-vel, nők esetében ez jóval gyakoribb. Szimplex és szociális fóbia pedig 30%-ban fordul elő PTSD-ben megbetegedettek körében.

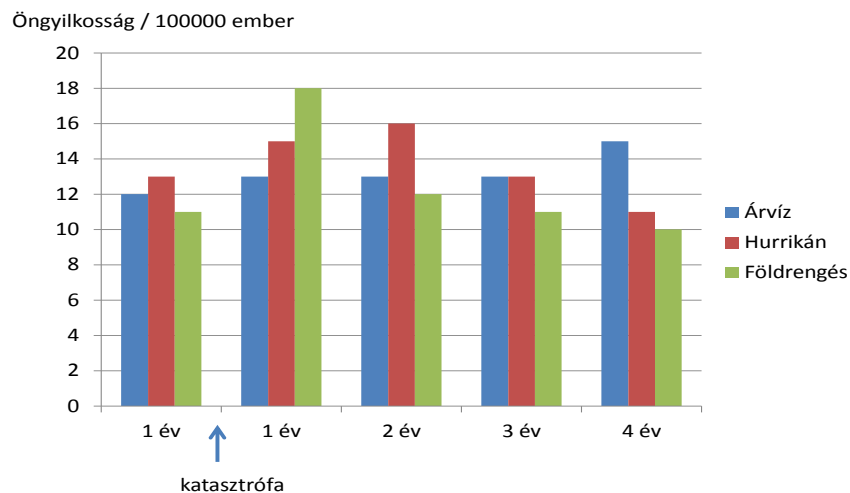
Talán a legnagyobb diagnosztikus problémát okozza a szenvedélybetegségeknek, mint a PTSD komorbid zavarainak felismerése. Minden második PTSD-ben megbetegedett férfi egyben alkoholbeteg is. Nők esetében ez az arány csak 28%-os. Feltűnő, hogy nőknél a társuló drogbetegség 27%-ban fordul elő, ami majdnem ugyanakkora gyakoriság, mint az alkohol esetében. Összehasonlítva az átlagpopulációban előforduló értékekkel, ott a női alkoholbetegek száma majdnem duplája a drogbetegekének.<sup>38</sup>

A PTSD és a szuicidium kapcsolatát nehéz vizsgálni, mert mint azt az előzőekből láthattuk, a PTSD nagyon gyakran társul depresszióval, ami a későbbi öngyilkosság szempontjából egy fontos kockázati tényezőt jelent. Ezt az elméletet támasztotta alá Krug 1998-as vizsgálata, aki az USA 377 körzetében elemezte a természeti katasztrófákat követő öngyilkosságok előfordulását. Megfigyelték ugyanis, hogy árvizek, földrengések, hurrikánok áldozatai között magas a PTSD és a depresszió előfordulása, melyek rizikófaktorok a későbbi öngyilkosság szempontjából. A vizsgálatok azt mutatták, hogy árvizek esetében a katasztrófát követő 4. évben a legmagasabb az öngyilkosságok száma, hurrikánt követően a 2. évben, míg földrengés után rögtön az első évben figyelhető meg a legmagasabb öngyilkossági prevalencia. A különböző viharok és tornádók esetében nem találtak szignifikáns eltérést.

Mi lehet a magyarázata annak, hogy árvizeket követően 4 évig emelkedik az öngyilkosságok száma, míg földrengést követően rögtön az első évben tapasztalható egy kiugrás, amit fokozatos csökkenés követ? Egy lehetséges magyarázat, hogy árvizek esetében elhúzódó, kumulatív stresszről beszélhetünk, ami fokozatosan depresszió kialakulásához vezethet, amit szuicidium követhet. A földrengésekre nincsenek felkészülve az emberek, hatalmas pszichotrauma éri őket, ami akután válthat ki öngyilkosságot. Magyarázhatja az eltérő arányokat az is, hogy az árvizek károsultjai négyszer annyi sérülésről, és háromszor akkora anyagi veszteségről számolnak be, mint a hurrikánok és földrengések áldozatai. Az árvíz-károsultak sokkal gyakrabban kényszerülnek kölcsönt felvenni, ami átmeneti enyhülést hozhat, és késlelteti bizonyos pszichológiai következmények kialakulását, ugyanakkor hosszú ideig nagy anyagi terhet rak az áldozatok vállára. A depresszió számának emelkedése és az adósság nagysága között egyenes arányosság van.<sup>37</sup>

### 10. számú ábra

#### Katasztrófa és öngyilkosság



*Forrás: Krug, E.G. et al.: Suicide after natural disasters. The New England Journal of Medicine. 1998; 338. p. 373-378.*

Az igen magas pszichiátriai komorbiditás mellett a PTSD-s populáció körében a szomatikus betegségek előfordulása is jóval nagyobb az átlagpopulációval összehasonlítva. A leggyakrabban neurológiai, kardiovaszkuláris,

gastrointesztinális, muszkuloszkeletális és immunbetegségek társulnak PTSD-vel. A kardiovaszkuláris betegségek jól ismert rizikófaktorai, mint a hipertónia, a dohányzás, a diabétesz, alkoholfogyasztás és a depresszió is jóval gyakoribbak a PTSD-s betegek körében. PTSD-ben gyakoribbak a különböző ritmuszavarok, EKG eltérések, emelkedettebb a vérlemezke koncentráció, egyfajta hiperkoagulabilitás jön létre, és megemelkedik a proinflammatorikus citokinek szintje is, melyek összességében növelik a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának esélyét.<sup>85</sup>

Akut stressz hatás esetén a fehérvérsejtek a véráramból a nyirokkeringésbe jutnak mind a humorális, mind a celluláris immunitást megnövelve, fokozva a fagocitózist és a naturalkiller sejt aktivitást. Mindezek révén az immunválasz erősödik, ami elősegíti a sebgyógyulást, és a fertőzésekkel szemben is nagyobb védelmet nyújt. Krónikus stresszben viszont az immunsejtraktárok fokozatosan kiürülnek, csökken az immunválasz, ami elősegíti bizonyos fertőzések, daganatos betegségek kialakulását.<sup>86</sup>

Egy vizsgálatba 1550 középkorú japán férfit vontak be, akik között 3 akut PTSD-t és 12 krónikus PTSD-t tudtak diagnosztizálni. Az akut PTSD-sek esetében magasabb naturalkiller sejt aktivitást, megnövekedett immunválaszt tapasztaltak, azonban a krónikus PTSD-s csoportban az immunválasz gyengült, a T sejt aktivitás, a limfocitaszám, az IL4, a gammaTNF összege csökkent. Utóbbiaknál a krónikus fertőző betegségek és a tumoros betegségek kialakulásának kockázata megnövekedett.<sup>87</sup>

Az autoimmun betegségek előfordulása is jóval magasabb a poszttraumás betegségben szenvedők között. Egy 2004-es vizsgálat adatai szerint, melybe 2490 vietnámi veteránt vontak be, a PTSD-sek között gyakoribb volt a rheumatoid arthritis, a psoriasis, az inzulin dependens diabétesz és a különböző pajzsmirigybetegségek előfordulása is.<sup>88</sup>

---

<sup>85</sup> Whitehead, P., Perkins-Porras, L., Strike, P.C., Steptoe, A. : Post-traumatic stress disorder in patients with cardiac disease: predicting vulnerability from emotional responses during admission for acute coronary syndromes. *Heart*. 2005; 92(8), pp. 1225 - 1229.

<sup>86</sup> Péter László: A poszttraumás stressz betegség pszichiátriai és szomatikus komorbiditása. *Honvéderősorvos*. 2008; 60(3-4), pp. 132 - 137.

<sup>87</sup> Kawamura, N., Kim, Y., Asukai, N.: Suppression of cellular immunity in men with a past history of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2001; 158, pp. 484 - 486.

<sup>88</sup> Boscarino J.A.: Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiological studies. *Ann Ny Acad Sci*. 2004; 1032, pp. 141 - 153

## 1.7 PTSD RIZIKÓFAKTORAINAK KUTATÁSA

A rizikófaktorok kutatása a vulnerabilitás szempontjából lényeges terület. Kutatásomban a reziliencia ellenpólusaként a sérülékenységet felelős tényezők ismertetése indokolt lehet, hiszen a PTSD kialakulásában e kettő komplex interakciója érvényesülhet.

Számos tanulmány született a PTSD rizikófaktorainak kutatásával kapcsolatban, az eredményeket két metaanalízis szintetizálta.<sup>89,90</sup> A rizikófaktorok négy kategóriáját vizsgálták:

- bizonyos anamnesztikus tulajdonságok, mint családi pszichiátriai anamnézis, alacsony intelligencia, instabil családi légkör, korábbi, múltbeli traumák jelenléte
- trauma súlyossága
- a traumával párhuzamosan, illetve közvetlenül utána zajló pszichológiai folyamatok
- megterhelő életesemények és alacsony szociális támogatás a traumát követően

Az összefoglaló tanulmányok kimutatták, hogy mind a négy kategória változói előrejelezhetik a PTSD kialakulását pszichotraumát követően. Azok a faktorok, amelyek a traumatikus eseményhez időben közelebb állnak, erősebb prediktív hatással rendelkeznek, mint az időben távolibbak, pl. az anamnesztikus tényezők. A legerősebb prediktoroknak a traumatikus esemény alatti disszociatív folyamatok (lásd előző fejezet) bizonyultak.

A kumulálódó traumaexpozíciók a katasztrófa elhárításban résztvevők esetében növelik a PTSD kialakulásának valószínűségét. A traumatikus eseményt követő körülmények, környezeti, szociális tényezők bizonyos esetekben sokkal nagyobb hatással vannak a PTSD kialakulására, mint maga az esemény.<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., Kirk, M.: Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156, (3) pp. 360 - 365.

<sup>90</sup> Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S.: Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003; 129, pp. 52 - 73.

<sup>91</sup> Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Wang, L.: Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161, pp. 1370 - 1376.

A traumatikus esemény alatti disszociációs folyamatokat és a kezdeti distressz mértékét az akut stresszbetegség (ASD) és a PTSD leglényegesebb előrejelzőinek tartják.<sup>92</sup>

A traumát követő szociális támogatás két típusát találták, amelyek csökkentheti a PTSD kialakulásának valószínűségét:

- strukturális szociális támogatás, azaz a szociális hálózat komplexitása és mérete,
- funkcionális szociális támogatás, azaz az észlelt érzelmi támogatás, illetve az alapvető szükségletek biztosítása.

A szociális támogatás révén mind az érzelmi feszültség csökkentése, mind a kognitív források megerősítése megtörténik. A korrekt információnyújtás segítségével a trauma-túlélők azon hiedelme, hogy a világ veszélyes és kiszámíthatatlan, elveszítheti érvényességét.

A rizikófaktorok kutatásával foglalkozó szakirodalmakat áttekintve és összefoglalva megkülönböztethetünk környezeti, demográfiai, személyiség és pszichiátriai anamnézis szerinti, valamint kognitív, biológiai és genetikai rizikófaktorokat.<sup>93</sup>

A környezeti rizikófaktorok elsősorban a stresszor, a traumatizáló esemény jellegzetességeit tartalmazzák:

- így a típusa, természete és súlyossága,<sup>94, 95, 96</sup>
- ismétlődése,<sup>97</sup>
- ismétlődés esetén a korábban átélt traumák típusai<sup>98</sup> stb.

A demográfiai tényezők közül így lényeges lehet a nem, az etnikai hovatartozás, a szocioökonómiai státusz és az életkor.<sup>99, 98</sup>

<sup>92</sup> Wald, J., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., et al.: Literature Review of Concepts Psychological Resiliency, Toronto, Defence R&D Canada, 2006.

<sup>93</sup> Halligan, S. L., Yehuda, R.: Risk factors for PTSD. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. PTSD Research Quarterly. 2000; 11(3), pp. 1 - 8.

<sup>94</sup> Bryant, R. A., Harvey, A. G., Guthrie, R. M., et al: A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. J Abnorm Psychol. 2000; 109(2), pp. 341 - 344.

<sup>95</sup> Mellman, T. A., David, D., Bustamante, V. et al.: Predictors of post-traumatic stress disorder following severe injury. Depress Anxiety. 2001; 14(4) pp. 227 - 231.

<sup>96</sup> Ursano, J. R., Fullerton, C. S., Norwood, A. E.: Psychiatric dimension of disaster: Patient care, community consultation, and preventive medicine. APA, Practice of Psychiatry, 2002.

<sup>97</sup> Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G., George, L. K.: Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. Psychological Medicine. 1991; 21(3), pp. 713 - 721.

<sup>98</sup> Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Davis, G. C: Previous exposure to trauma and PTSD effectes of subsequent trauma: Results from Detroit Area Survey of Trauma. American Journal of Psychiatry. 1999; 156, pp. 902 - 907.

A pszichiátriai anamnézis szempontjából elsősorban szorongásos és affektív betegségek jelenléte, a szorongó, az antiszociális személyiség fontos prediktor lehet a traumatizálódást tekintve.<sup>100, 99, 101</sup>

Személyiségtényezők esetében az ellenségesség magas szintje és az önértékelés alacsony szintje, introverzió, az érzelmek kifejezésének nehézsége lehet rizikótényező. Számos tanulmány vizsgálja ugyanakkor a pszichológiai rugalmasság, mint védőfaktor szerepét is.

Kognitív faktorok közül az alacsonyabb intellektus<sup>102</sup> és az enyhe központi idegrendszeri diszfunkciók, amelyek különösen a memória területén jelentenek deficitet,<sup>103</sup> járulhatnak hozzá a traumát követő patológiás állapotok kialakulásához.

A biológiai és genetikai faktorokat tekintve sérülékenységet jelenthet pl. a krónikusan alacsony kortizolszint,<sup>104</sup> a genetikai tényezők szerepét pedig az iker és családkutatások igazolták, pl. holokausz túlélők esetében.<sup>105, 106</sup>

---

<sup>99</sup> Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., et al.: Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 55, pp. 626 - 632.

<sup>100</sup> McFarlane, A. C.: The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 154, pp. 221 - 228.

<sup>101</sup> Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Rosenberg, S. D.: Premilitary MMPI scores as predictors of combat related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150, pp. 479 - 483.

<sup>102</sup> Macklin, M. L., Metzger, L. J., Litz, B. T., et al.: Lower pre-combat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 66, p. 323-326.

<sup>103</sup> Yehuda, R., Keefe, R. S. E., Harvey, P. D., et al.: Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152, p. 137-139

<sup>104</sup> Yehuda, R., Teicher, M. H., Trestman, R.L., et al.: Cortisol regulation in post-traumatic stress disorder and major depression: A chronobiological analysis. *Biological Psychiatry*. 1996; 40, p. 79-88.

<sup>105</sup> True, W. R., Rise, J., Eisen, S. A., et al.: A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 50, p. 257-264.

<sup>106</sup> Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., et al.: Increased vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155, p. 1163-1171.

## 11. számú ábra

## PTSD rizikófaktorok

<b>Környezeti</b>	aktuális trauma jellemzői, korábbi traumák, szociális kapcsolatok, stb.
<b>Demográfiai tényezők</b>	nem, életkor, szocioökonómiai státusz, iskolázottság, etnikai hovatartozás, stb.
<b>Megelőző pszichiátriai betegségek és személyiségtényezők</b>	affektív, szorongásos zavarok, alkohol-abúzus, elkerülő, antiszociális, egyéb neurotikus személyiségfejlődés
<b>Disszociáció</b>	mint traumára adott reakció, személyiségvonás (gyermekkori krónikus trauma)
<b>Kognitív</b>	alacsony intellektus, központi idegrendszeri diszfunkció, memória szerepe
<b>Biológiai</b>	pl. HPA tengely szerepe
<b>Familiáris vagy genetikai faktorok</b>	pl. szülők esetében hangulat, szorongásos zavar vagy Holocaust túlélők PTSD-vel és gyerekeik

*Forrás: Halligan, S. L., Yehuda, R.: Risk factors for PTSD. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. PTSD Research Quarterly. 2000; 11(3), p. 1-8.*

Kutatták a harci cselekményekkel és háborúkkal összefüggésben kialakuló harci stressz és poszttraumás stresszbetegség rizikófaktorait. A harci stressz tünetegyüttese tulajdonképpen az akut stresszreakciónak feleltethető meg, polimorf képet mutat, súlyossága fluktuáló, viszonylag gyors lefolyású. Több vizsgálat is történt arra vonatkozóan, hogy melyek azok a háború előtti, alatti tényezők, amelyek megléte vulnerábilissá teszik a katonát.<sup>107</sup>

Ezek eredhetnek egyéni és helyzeti tényezőkből egyaránt, így:

Harci cselekmény:

- jellege
- intenzitása
- taktikai és logisztikai biztosítás hozzáférhetősége

Szituatív tényezők:

- fáradtság, alváshiány
- időjárási és földrajzi tényezők
- bajtársiasság hiánya
- moralitás alacsony szintje

<sup>107</sup> Kovács Gábor (2003): A háborús, a harctéri és a harci stressz. Honvéderős. 2003; 1-2, pp. 36 - 49.



- az egyéni biztonság veszélyeztetettsége

Demográfiai és egyéni tényezők:

- kor
- korábbi pszichés állapot
- megelőző traumatikus élmények
- családi állapot
- iskolai végzettség
- katonai státusz (hivatásos, szerződéses, tartalékos)
- szakmai tapasztalat

Mindezek a faktorok nemcsak a harci stressz kialakulásában, hanem lefolyásában, kimenetelében, krónikus folyamatba való átmenetében, maradandó pszichológiai károsodások kialakulásában is szerepet játszanak.

A krónikus stressz állapot, a PTSD kialakulása szempontjából, azaz hogy akut állapotból krónikus állapot alakuljon ki, a következő rizikófaktorokat kell megemlítenünk:

Objektív:

- trauma jellege
- trauma intenzitása
- trauma időtartama
- a segítség effektivitása
- csoport kohézió
- morál

Szubjektív, egyéni tényezők:

- coping stílus
- korábbi beilleszkedés
- pszichiátriai anamnézis
- családi anamnézis
- biológiai faktorok
- korábbi traumák
- traumára adott válasz jellege: disszociatív tünetek jelenléte és a szorongás mértéke
- traumára adott válasz időtartama

Schnurr, Lunney, Sengupta<sup>108</sup> a következő rizikófaktorokat találták a PTSD kialakulásával és fennmaradásával kapcsolatban vietnámi veteránok esetében:

PTSD kialakulása szempontjából:

- Háborús részvétel előtti (pre): spanyol etnikum, családi instabilitás, gyermekkori bántalmazás, gyermekkori antiszociális viselkedés, depresszió
- Háborús (peri): háborús zóna expozíciója, disszociáció a pszichotraumával összefüggésben, depresszió
- Háborút követő (poszt): aktuális stresszel teli életesemények, poszt-vietnámi trauma, depresszió

PTSD fennmaradása szempontjából:

- Háborús részvétel előtti (pre): gyermekkori bántalmazás
- Háborús (peri): súlyos sérülések a háborús zónában, pszichotraumával összefüggő disszociáció jelentkezése
- Háborút követő (poszt): aktuális stresszel teli életesemények

Összegezve megállapíthatjuk, hogy a kutatások akár a civil, akár a katonai vagy éppen más rizikópopulációt vizsgálva, a PTSD vulnerabilitása szempontjából közel hasonló rizikófaktortokat tártak fel.

## **1.8 A PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓ LEHETŐSÉGEI PSZICHOTRAUMA ESETÉN**

A traumával kapcsolatban a beavatkozások három szintjéről, az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció területeiről beszélhetünk. Az elsődleges prevenció a traumát megelőző időszakra vonatkozik. Azokat a beavatkozásokat tartalmazza a stressz és trauma szempontjából veszélyeztetettek számára, amelyeknek célja az egészség fenntartása, az adekvát alkalmazkodás megteremtése szélsőséges körülmények között. Ezek úgynevezett (pszicho)edukációs programok<sup>109</sup>:

- információnyújtás a veszélyt jelentő eseményekről
- a rizikófaktorok feltárása szűrővizsgálatok elvégzésével és egyben az alkalmasság – szelekció elbírálása

<sup>108</sup> Schnurr, P.P., Lunney, C.A., Sengupta, A.: Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; 17, pp. 85 - 95.

<sup>109</sup> Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., et al (2008): Does psychoeducation help prevent post traumatic psychological distress? *Psychiatry*. 2008; 71(4), pp. 287 - 302.

- a megfelelő felkészítés, tréningek kivitelezése

A másodlagos prevenció a trauma expozícióját követő azonnali beavatkozásokat jelenti. Ezek célja a traumát elszenvedők esetében a distressz csökkentése, a patológiás állapotok, így az akut stresszbetegség és poszttraumás stresszbetegség kialakulásának a kivédése, valamint a trauma feldolgozásának a segítése. Elsősorban rövid pszichológiai technikák alkalmazását jelenti. A következő intervenciók tartoznak az akut ellátás körébe:

- pszichológiai elsősegély<sup>110</sup>
- pszichoszociális támogatás
- akut specifikus pszichológiai intervenciók: pszichoedukáció, debriefing<sup>111</sup>, kognitív-viselkedésterápiás technikák<sup>112</sup>

A harmadlagos prevenció területe a már kialakult betegségek (ASD, PTSD) gyógyításának, a krónikussá válás megelőzésének, a rehabilitációnak, a gyógyszeres és pszichoterápiás intervenciók lehetőségeit foglalja magában, többnyire az egészségügy keretén belül.

VA/DoD Clinical Practice Guideline<sup>113</sup> és az Amerikai Pszichiátriai Társaság /APA/ által kiadott Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder<sup>114</sup> a hatékonyság vizsgálatok alapján a következő pszichoterápiás beavatkozásokat ajánlja a PTSD kezelésében: kognitív viselkedésterápia (pl. Virtuális Valóság); szorongáscsökkentő tréningek, így a stressz inokulációs tréning; szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás (EMDR); imaginációs terápia; pszichodinamikus terápiák. Az ajánlás a következőket tartja fontosnak:

1. Minden esetben lehetőséget kell nyújtani a pácienseknek, hogy a PTSD kezeléséhez a számukra leghatékonyabb és elérhető intervenciót választhassák.

<sup>110</sup> Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., et al: Psychological First Aid: Field operations Guide, 2nd Edition. National Child Traumatic Stress Network. National Center for PTSD, 2006. [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org) és [www.ncptsd.va.gov](http://www.ncptsd.va.gov)

<sup>111</sup> Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., et al (2000): Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*. 2000; 73, pp. 77 - 85.

<sup>112</sup> Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J.(Eds.): *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, Guilford Press, 2000.

<sup>113</sup> VA/DoD Clinical Practice Guideline. For management of Post-Traumatic Stress. Department of Veteran Affairs. Department of Defense. Guideline Working Group. 2004.

<sup>114</sup> Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Supplement to *The American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(11).

2. A PTSD kezelésében a kutatások alapján leghatékonyabbnak bizonyuló terápiás beavatkozások: kognitív viselkedésterápia, stressz inokulációs tréning, szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás.
3. Az imaginációs és pszichodinamikus terápiák kevésbé bizonyultak hatékonynak.
4. Az edukáció valamennyi esetben nagyon fontos része a PTSD kezelésének.
5. A specifikus pszichoterápiás technikák nem egyformán tekinthetők hatékonynak valamennyi páciens esetében. Figyelembe kell venni a szelekció szempontjából olyan tényezőket is, mint pl. nem, trauma típusa, élettörténet stb.
6. A terápia választása esetében lényegesek a páciens preferenciái, a kezelő terápiás készsége, jártassága. Fontos, hogy növeljük a hatékonyságot és csökkentjük a páciens kockázatait.
7. Specifikus pszichoterápiás módszert csak abban jártas és képzett terapeuta végezhet.

Egy trauma túlélőjének állapotában egyaránt meghatározó magának az expozíciónak a minősége, súlyossága és a személyiség jellegzetességei, így a rugalmasság és sérülékenység aránya. Több tanulmány tárgyalja azoknak a faktoroknak a jelentését és következményeit, amelyek a rugalmasság illetve a vulnerabilitás szempontjából lényegesek lehetnek. Az egyik legfontosabb prediktor a jövő pozitív értékelésének szemszögéből az a képesség, hogy az illető szembenézzen és megküzdjön a nehézségekkel, előretekintsen, mintsem, hogy szenvedjen. Amikor az emberek traumát élnek át, gyakran úgy érzik, hogy az életük új célokat, jelentést nyert. A pszichoterápiás folyamat segítséget adhat a túlélőknek, hogy képesek legyenek a konstruktívabb megküzdésre, és a negatív tapasztalatokból kiinduló pszichológiai fejlődésre.<sup>115</sup>

Az érzelmileg hangsúlyos emlékek belső reprezentációja gyakran eltorzítva, így a tényektől, az eredeti epizódtól eltávolodva jeleníti meg a traumatikus eseményt. Mégis az esemény jelentése az egyén számára igaz és lényeges. A tudatosság szintje

---

<sup>115</sup> Regehr, C., Hemsworth, D., Hill, J.: Individual predictors of posttraumatic symptoms and disability in paramedics. *The Canadian Journal of psychiatry*. 2001; 46, pp. 156 - 161.

és az érzelmek modulálják az emlékezeti folyamatokat,<sup>116, 117</sup> a többszörös memória rendszerek szimultán aktiválódnak és interakcióba lépnek egymással. A neurológiai kutatások alapján is lényeges terápiás szempont a trauma emlékeinek rekonstruálásában az érzelmek és a tudatosság szintjének korrekt kezelése. Mindkettő módosulása változást eredményez az emlékezeti folyamatokban, és így a múltbeli esemény észlelésében, feldolgozásában.<sup>118</sup>

A hit abban, hogy valaki tanulhat és fejlődhet mind a pozitív, mind a negatív élettapasztalatokból, és annak az észlelése, hogy képes megküzdenni, kontrollálni az események kimenetelét, lényeges aspektus a pszichoterápiás munkában való részvételhez.

**Összegzés: Az első fejezetben a poszttraumás stresszbetegséggel kapcsolatos ismereteinket igyekeztem összefoglalni, a teljesség igénye nélkül. Így a PTSD rövid történeti áttekintése után meghatároztam a pszichotrauma fogalmát, az ezzel kapcsolatos tünetegyüttesek, pszichiátriai állapotok klinikai képét, diagnosztikai kritériumát. Az epidemiológiai kutatások bemutatásán keresztül a PTSD prevalenciájával kapcsolatos adatokat részleteztem mind az átlagpopuláció, mind a rizikópopuláció vonatkozásában. Ezt követően a biológiai és pszichológiai folyamatok szerepét ismertettem a PTSD kialakulásával kapcsolatban, majd a komorbiditás kérdésével igazoltam, hogy miért is lényeges időben kiszűrni és kezelni ezt a pszichés betegséget. Összegeztem a vulnerabilitás szempontjából hangsúlyos rizikófaktorok kutatásait, végezetül említést tettem arról, hogy milyen pszichológiai intervenciók segítségével lehet esetlegesen megelőzni, illetve kezelni a poszttraumás stresszbetegséget. Kutatómunkám során lényegesnek tartom hangsúlyozni – és e fejezet is úgy vélem ehhez járulhat hozzá, – hogy figyelmet kell szentelnünk Magyarországon is a hivatásukból eredően traumatizálódás és PTSD szempontjából veszélyeztetett szakemberek (pszichés) egészségének megóvására. Ehhez fel kell ismernünk és nem elbagatellizálnunk e pszichés betegség lappangó tüneteit is, és megelőzni a súlyosabb következményeket.**

<sup>116</sup> Baddeley, A., Bueno, O., Cahill, L., Fuster, J. M., Izquierdo, I., McGaugh, J. L., Morris, R. G., Nadel, L., Routtenberg, A., Xavier, G., Da Cunha, C.: The brain decate in debate: neurobiology of learning and memory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2000; 33, p. 993-1002.

<sup>117</sup> Dolan, R. J. (2002): Emotion, cognition, and behavior. *Science*. 2002; 298, pp. 1191 - 1194.

<sup>118</sup> Peres, J., Mercante, J., Nasello, A. G.: Psychological dynamics affecting traumatic memories: Implications in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*. 2005; 78, pp. 431 - 448.

## 2. A REZILIENCIA JELENSÉGE ÉS KUTATÁSA

A második fejezetben a pszichológiai reziliencia fogalmával, jelenségével, illetve kutatásával kapcsolatos szakirodalmat ismertetem. Mielőtt a reziliencia konstruktumára rátérnék, lényegesnek tartom bemutatni más, a rezilienciával is összefüggésben lévő védőfaktorok kutatásával kapcsolatos eredményeket.

### 2.1 A REZILIENCIA KUTATÁSÁNAK ELŐZMÉNYEI: MEGKÜZDÉS ÉS PROTEKTÍV FAKTOROK

A krónikus stressz, illetve az extrém, valamint akut traumatikus stressz átélése egyaránt kibillentí az egyént mind a testi, mind a lelki egyensúlyi állapotából, és számos szomatikus, lelki megbetegedés, patológiás állapot kialakulását vonhatja maga után. A stresszel való megküzdés fogalmának az értelmezésére az elmúlt 80 évben különböző pszichológiai modellek születtek. A klasszikus analitikus értelmezés szerint a megküzdés azokat az egomanővereket jelenti, amelyekkel az ego a külvilágból jövő fenyegetéseket kezeli. Ezzel szemben az intrapszichikus konfliktusok megoldásának eszközrendszerét az elhárító mechanizmusok adják. A coping tudatos harc, szembeszállás az ismert külső veszéllyel, míg az elhárítás tudattalanul működik.

Az állatpszichológiai stresszkutatások copingnak tekintenek minden olyan viselkedéses választ, amely kontrollálni képes az averzív környezeti hatásokat azáltal, hogy csökkenti az arousalt, a félelmet. Az állatpszichológiai modell keretében a megküzdő viselkedés menekülő, támadó és passzív módjait különítették el.

A coping vonásmodellje azt hangsúlyozza, hogy az emberek konzisztens vonásokat, stratégiákat dolgoznak ki, tanulnak meg a konfliktusok kezelésére és ezeket következetesen alkalmazzák mindenféle stresszel kapcsolatban.

A kognitív tranzakcionista coping modell Lazarus nevéhez kötődik. A legáltalánosabban elfogadott lazarusi definíció szerint megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, melyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják aktuális személyes forrásait. Az elsődleges értékelés (az aktuális személy - környezet interakció jelentése) és a másodlagos értékelés (a megküzdés során

mobilizálható források számbavétele) folyamata is több komponensből tevődik össze.

Az elsődleges értékelés komponensei:

- adott környezeti hatás vagy változás motivációs háttérének a megállapítása;
- motivációs kongruencia / inkongruencia vizsgálat;
- az interakció ego-involváltsági fokának megállapítása.

A másodlagos értékelés komponensei:

- az adott interakció kiszámíthatósága, kontrollálhatósága;
- a problémacentrikus beavatkozáshoz a bevethető coping stratégiák számbavétele;
- az érzelem regulációját szolgáló megküzdési források feltárása;
- jövőre vonatkozó elvárások.<sup>119</sup>

Folkman és Lazarus (1980, 1985, 1988)<sup>120</sup> kialakították a Megküzdési Módoznak nevezett vizsgálóeljárást. A teszt állításokból áll, melyek mindegyike olyan megküzdő feladatot vagy cselekedetet ábrázol, amellyel az emberek stressz hatására foglalkoznak. A Megküzdési Módok skáláiba a megküzdés két általános típusa közötti megkülönböztetést építették be. A problémaközpontú megküzdés a probléma megoldását célozza, vagy azt, hogy tegyünk valamit a feszültség forrásának megváltoztatására. Az érzelmközpontú megküzdési típus azoknak a kellemetlen érzelmeknek a kezelését célozza, amelyek a helyzettel kapcsolatosak. Valójában azonban nyolc coping faktort különböztethetünk meg a Megküzdési Módok esetében: konfrontálódás, távolítás, önkontroll, szociális támasz keresése, felelősségvállalás, menekülés a helyzetből, tervezés, pozitív újraértékelés.

Lazarus (1993)<sup>121</sup> szerint az emberek a legtöbb alapvető megküzdési stratégiát használják a feszültségkeltő helyzetekben, de vannak specifikus stresszorokhoz kötődő megoldások is. A szituáció, a személyiség, a kognitív értékelés és az egész tranzakcionális folyamat lényeges aspektusainak ismeretében tudunk csak választ adni arra, hogy milyen stratégiát választ majd a személy. Az érzelmek regulálása, például egyértelmű kár és veszteség esetén a konfrontáció és problémaorientáció,

<sup>119</sup> Oláh Attila: Szorongás, megküzdés és megküzdési potenciál. Kandidátusi Disszertáció. Budapest, ELTE, 1993.

<sup>120</sup> Lazarus, R.S.: Stress, coping and illness. In: Friedman, H.S. (Ed). Personality and Diseases. New York, Wiley and Sons, 1990. pp. 97 - 116.

<sup>121</sup> Lazarus, R.S.: From psychological stress to emotions: A history of changing out-looks. Annual Reviews Psychology. 1993; 44, pp. 1 - 21.

szignifikánsan gyakoribb olyan helyzetekben, amelyeket kihívásként értelmezünk. Ha megváltoztathatónak látjuk a körülményeket, akkor problémafókuszú stratégiákkal operálunk, és többnyire konstruktívak vagyunk, ha kívülről irányítottan definiáljuk a történéseket, akkor passzivitással és érzelemcsillapító megküzdéssel reagálunk. A társas támogatás igénylésével, mint megküzdési lehetőséggel annak függvényében élünk, hogy milyen az aktuális szociális környezetünk. Minden megküzdési mintázat hasznossága vagy eredményessége változik, attól függően, hogy milyen típusú a helyzet, milyen tulajdonságokkal jellemezhető a személy, milyen területre vonatkoztatjuk a hasznosságot vagy eredményességet. A stresszel való megbirkózással kapcsolatos legfontosabb tényezők:

- célravezető (adaptív) megbirkózási, konfliktus-megoldási stratégiák;
- célravezető adaptív attitűdök, beállítódás;
- a társas támogatás, szociális háló, kohézió, társadalmi tőke.

## 12. számú ábra

### Stresszel való megküzdés



*Forrás: Elméleti és gyakorlati kézikönyv a munkahelyi stresszkezelés helyes gyakorlatának kialakításához.*

[http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php%3Fd\\_id%3D5580](http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php%3Fd_id%3D5580) Letöltés: 2015. 04. 20.



A stresszel való megküzdés szakirodalmában az interaktív szituatív tényezők modellálása mellett a személyiség megküzdő kapacitásával, annak egyéni stílusával és jellegzetességeivel az ún. személyiségvonás vagy „trait” megközelítések foglalkoznak. A következőkben Gyöngyösiné Kiss Enikő összegzése alapján<sup>122</sup> mutatom be a megküzdés protektív személyiségtényezőit. Ezek személyiségtényezők segíthetik az egyént mind a krónikus, mind a traumatikus stresszel való megküzdésben.

### ***Kontrollképesség***

A személyiség külső vagy belső kontroll attitűdjének feltárása Rotter (1966) vizsgálataira nyúlik vissza (*locus of control*), mely során megállapítást nyert, hogy a *belső kontroll* attitűddel jellemző személy sikereit vagy kudarcait úgy értékeli, mint saját tevékenységének eredményeit, amelyeket cselekedeteivel befolyásolni tud. A *külső kontroll* attitűddel rendelkező személy ezzel ellentétben sikereit vagy kudarcait külső, általa nem befolyásolható tényezővel hozza összefüggésbe (mint például szerencse vagy balszerencse), és úgy érzi, ki van téve a sors szeszélyeinek (Kulcsár, 1972/1989; valamint Oláh, 1982).

A kontroll kérdése a megküzdés szempontjából kulcsszerepet játszik. Nem mindegy, hogy a megküzdő cselekvés révén kontrollképességünket éljük meg, vagy éppen ellenkezőleg, úgy érezzük, a helyzet irányítása kicsúszik a kezünk közül, és abban tehetetlenek vagyunk.

### ***Tanult leleményesség***

A fogalom (*learned resourcefulness*) Rosenbaum (1988, 1990) nevéhez köthető, aki a következőképpen határozza meg a jelentését: a tanult leleményesség a képességek és kognitív elvárások összességét tartalmazó személyiségrepertoár, amely segítségével a személy az aktuálisan zajló viselkedés gördülékenységét biztosító belső folyamatait szabályozza. A tanult leleményesség tehát olyan kognitív önszabályozást jelent az egyén részéről, amellyel viselkedésének hatékonyságát a különböző körülmények között is biztosítani tudja.

### ***A keményen helytálló személyiség***

Susan Kobasa az 1970-es évek végén kezdte el kidolgozni a stresszel szemben ellenálló személyiség jellemzőit, amikor a Bell Telefonszolgálat átalakulása miatt a

<sup>122</sup> Gy. Kiss Enikő: A személyiség pozitív forrásai. In: Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk): Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában. Budapest, Oriold és Társa Kiadó, 2012. pp. 107 - 119.

középvezetők és felsőbb vezetők magas fokú stresszt éltek meg. Kutatásai eredményeként azt kapta, hogy a keményen helytálló személyiség (*hardy personality*) három fő személyiségvonással rendelkezik: az elkötelezettséggel, a kontrollképességgel és a kihívások vállalásával.

Az elkötelezettség azt jelenti, hogy a személy rendelkezik életcéllal, elhivatottá válik a család, a munka, a közösség, a vallás területén, amely meghatározott irányultságot ad életének. Ez a valamivel vagy valakikkel való elköteleződés képes célt adni az életének, és egyben még több erőfeszítésre sarkall, vagyis az elkötelezettség révén nyer értelmet az élet.

A kontrollképesség a külső és belső kontroll attitűdre utal, amelyekről a korábbiakban már volt szó. A külső kontrollos személy a vele történő eseményeket általa irányíthatatlannak véli, míg a belső kontrollos személy hite szerint maga uralja élete eseményeit.

A kihívás azt jelenti, hogyan fogjuk fel a minket érő életeseményeket. A nehézségeket kihívásként érdemes felfogni és nem fenyegetettségként, valamint el kell tudni fogadni azt a tényt, hogy az életben egyvalami biztos, az állandó változás. A három tényező közül Kobasa a változásra való nyitottság szerepét emelte ki.

Kobasa és munkatársai (1985) kutatásai szerint a magas hardiness értékkel rendelkező személyek mind fizikailag, mind lelkileg egészségesebbek.

Nowack (1989) vizsgálatában a keményen helytálló személyiség, a coping, a stressz és a lelki distressz, valamint a fizikai megbetegedések összefüggését vizsgálta egy 194 fős mintán. Eredményeiben a hardiness értéke jó prediktora volt a pszichés distressz mértékének.

Maddi és munkatársai (2006, 2009) a keményen helytálló személyiség konstruktumát a pozitív pszichológiai szemléletbe integrálva úgy látják, hogy a hardiness három komponense (elkötelezettség, kontrollképesség, kihívások vállalása) adják meg a lehetőséget a stresszteli és traumatikus élmények átfordítására, és a személyiség fejlődési, növekedési potenciáljának megvalósulására. Vizsgálatukban a várakozásoknak megfelelően a hardiness negatívan korrelált a depresszióval, a szorongással, az ellenségeskedéssel és a stresszteli gondolatoktól való meneküléssel. Ezzel szemben a hardiness a pozitív attitűdökkel, az egyéni képességekkel és az élettel való elégedettséggel áll kapcsolatban.

### ***Éntudatosság***

Az éntudatosság (*self-consciousness*) személyiségjellemzőjét Fenigstein (1975, 1979) írta le, melynek két fő irányultsága a személyes és a társas éntudatosság.

A személyes éntudatosság az önmagunkban való elmélyedésre vonatkozó adottságot jelenti, ami arra utal, hogy a személy fogékony a belső lelki állapotának monitorozására. A személyes én-tudatosság olyan rálátásra vezet, amely révén képessé válunk belső reakcióink, állapotaink, motivációink és érzelmeink észlelésére. Az önmonitorozás, saját magunk lelki működésének megismerése a következő lépésben azt is lehetővé teszi, hogy az irányítást átvegyük érzelmeink, szándékaink felett, ami az önirányítás és önszabályozás lehetőségét teremti meg.

### ***Énhatékonyság***

A konstruktum (*self-efficacy*) Bandura (1982) nevéhez köthető. A személy énhatékonyságába vetett hite fontos szerepet tölt be az elérendő célok, feladatok és kihívások tekintetében. A magas énhatékonysággal jellemezhető személyek mindenesetre több erőfeszítést fejtenek ki az adott cselekvés végrehajtására, mivel nagyobb az önmagukba, képességeikbe vetett hitük, és ezért erősebb motivációval rendelkeznek. Az énhatékonyság mértéke abban is szerepet játszik, hogy a személy milyen mértékű kitartással rendelkezik, és hogy milyen gyorsan nyeri vissza cselekvőképességébe vetett hitét. A kutatások alátámasztották, hogy sem a túl magas, sem a túl alacsony énhatékonyság nem kedvező, mivel a realitástól elszakadó hiedelemrendszer negatívan hat a viselkedésre.

### ***Reziliencia***

A reziliencia (*resilience*), a lelki ellenálló képesség faktorának vizsgálata Block (1969) nevéhez nyúlik vissza. Block az ego-reziliencia (ego-resilience) fogalmát használta, mely személyiségjellemző az ego-kontroll témaköréhez kapcsolódik. Az ego-kontroll az impulzív reakció szabályozásában játszik szerepet, az ego-reziliencia pedig képes az ego-kontroll karakterisztikus szintjét szabályozni. Az ego-reziliencia konstruktumához hozzátartozik az is, hogy a személy találékony, adaptív és rugalmas módon reagál, amikor új helyzettel áll szemben. Block longitudinális kutatásában megállapította (1993), hogy az ego-reziliencia a fiúk esetében állandó értéket mutat a gyermekkort és serdülőkort összevetve, míg a lányoknál ez nem jellemző.

A reziliencia kutatása a későbbiekben a traumatikus élmények és a környezeti tényezők szerepének figyelembe vételével a vonásalapú szemléletet meghaladóan új megközelítést hozott. A reziliencia definíciója ebben a kontextusban a veszélyeztetett

életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás lett (az ego-reziliencia helyett a reziliencia fogalmával jelölve). A veszélyeztetett életkörülmények nagyon sokféle traumatikus eseményt magukban foglalnak, ilyenek lehetnek például a családi körülmények (a szülők mentális terheltsége, szenvedélybetegsége), a szocioökonómiai háttér (a szülők válása, nyomor, egyéb hátrányos helyzet), a szexuális illetve más erőszakos bántalmazás, a természeti katasztrófa (cunami, éghajlatváltozás), a háború és egyéb poszttraumás helyzetek. A reziliencia megközelítése ezekben a tanulmányokban már multidimenzionális modellben történik, melyben a rezilienciát befolyásoló egyes tényezők dinamikus kapcsolatban állnak egymással. Az egyes kutatások a protektív és kockázati tényezőket mutatják be, valamint a személyes jellemzők mellett a család és a tágabb környezet szerepét vizsgálják a reziliencia kialakulásában.

### ***Koherenciaérzék***

A koherencia érzék konstruktumát (*sense of coherence*) Antonovsky (1979, 1987) alkotta meg, akinek a nevéhez a szalutogenikus fordulat köthető. Megközelítésében a megbetegedés okainak vizsgálata helyett arra a kérdésre keresi a választ, hogy az emberek hogyan maradnak egészségesek a patológias körülmények ellenére. Az, hogy a stresszor megbetegít-e, annak a függvénye, hogy az egyén hogyan képes bánni a stresszel, hogyan tud megbirkózni vele, illetve képes-e felhasználni olyan protektív forrásokat, mint például az énerő és a társas támogatás. A koherencia érzék nem közvetlenül coping stratégia, hanem olyan tényező, amely irányítja a megfelelő coping források megtalálását és mobilizálását.

A koherencia érzék három fő komponense a felfogóképesség (a külső és belső környezet eseményeinek differenciált észlelése, összefüggéseinek megértése), a források kezelésére való képesség (a meglévő források felkutatása és felhasználása) és az értelmesség (az értelmes életben és erőfeszítésekben való hit).

### ***Diszpozicionális optimizmus***

A személyiség konstruktum (*dispositional optimism*) Scheier és Carver (1987) nevéhez kötődik, akik szerint a stresszel szembeni küzdelemben alapvetően fontos szerepet tölt be a lehetséges pozitív kimenetelre történő beállítódás, különösen a megküzdő viselkedés folytatása vagy feladása szempontjából. Az optimista szemléletű emberek a stresszteli szituációkban is hajlamosak a pozitív végkifejletre orientálódni, ami segítő hatást gyakorol a megküzdésre. A pszichés hatáson túl az optimizmus, a pozitív beállítódás a szervezet fiziológiai működésére, az

immunrendszere is pozitív hatást gyakorol. Solberg Nes és Segerstrom (2006) kutatásukban az optimizmus és a coping összefüggésével kapcsolatos szakfolyóirati cikkeket tekintették át, mely során végül 48 szakfolyóirati cikkben megjelenő 11629 vizsgálati személlyel végzett kutatás metaanalízisét végezték el. Kutatásuk eredményeképpen azt kapták, hogy az optimizmus pozitívan korrelál a megközelítő- és a problémafókuszú copinggal, míg negatívan az elkerülő- és emóciófókuszú copinggal.

### ***Konstruktív gondolkodás***

A konstruktív gondolkodás fogalmát Epstein & Meier (1989) írták le (*constructive thinking*), amelynek lényege a sikert és hatékonyságot hozó alkalmazkodási sémák új helyzetekben történő felhasználásának, átszervezésének és újrastrukturálásának képessége olyan módon, hogy az érzelmi és racionális viszonyulás egyaránt igazodik a megváltozott feltételekhez. A konstruktív gondolkodás mozgatója a változás iránti érzékenység és nyitottság, amelynek során a változásra való képesség az eredményes alkalmazkodásban valósul meg. A konstruktumba intellektuális és nem intellektuális tényezők is tartoznak, de elsősorban a nem intellektuális tényezőkre fókuszál.

### ***Érzelmi intelligencia***

Az érzelmi intelligencia (*emotional intelligence, EQ*) kutatása az 1990-es évektől indult. Salovey és Mayer megközelítésében az egyének között jelentős különbség van az érzelmi információk észlelésében, kifejezésében, felhasználásában és szabályozásában, emellett a személy érzelmi intelligenciája lényegesen hozzájárul a személy intellektuális és jóllét érzéséhez és növekedéséhez.

Mayer és Salovey (1997) szerint az érzelmi intelligencia konstruktuma az érzelmi töltésű információ megértése, feldolgozása és használata mentén megjelenő képességbeli különbségeket jelenti.

Felosztásukban az érzelmi intelligencia négy alkotóeleme: 1. az érzelmek észlelése és kifejezése, 2. a gondolkodás érzelmi serkentése, a megismerő folyamatokra gyakorolt hatás, 3. az érzelmi információ megértése, elemzése és alkalmazása, 4. az érzelmek szabályozása. A modellben szereplő négy tényező kölcsönhatásban van egymással.

### ***Spirituális intelligencia***

A spirituális intelligencia fogalma (*spiritual intelligence, SQ*) a 20. sz. végén jelent meg, az érzelmi intelligencia definiálása után (Zohar & Marshal 2000). A spirituális intelligencia az egyedüli intelligencia, amely az ember humán specifikus adottsága,

és amellyel más élőlény nem rendelkezik. A spirituális intelligencia nem feltétlen kötődik össze a vallásossággal, és nem függ attól sem, ki milyen vallást követ. Az SQ lényege, hogy általa az élet dolgait és jelenségeit az én határait meghaladó, tágabb, jóval gazdagabb perspektívába tudjuk helyezni. A trauma feldolgozás és a gyógyíthatatlan betegségek összefüggésében a szerzők többek között az elfogadás, a hatalom átadása, az önátadás, a hála és a megbocsátás komplex humán pozitív emócióinak szerepét vizsgálták.

A spirituális intelligenciának a helyzetek kontrollálásával való kapcsolatát többek között Rothbaum, Weisz és Snyder (1982) vizsgálták, akik a helyzet kezelhetőségének szempontjából az elsődleges és másodlagos kontrollt különböztették meg. Az *elsődleges kontroll* révén a személy úgy érzi, hogy direkt befolyással rendelkezik az események felett, és azok a cselekedetei révén megváltoztathatók. A *másodlagos kontroll* gyakorlásakor a személy nem hisz abban, hogy meg tudja változtatni a helyzetet, ehelyett a helyzet elviselhetőségére tesz erőfeszítéseket (pl. indirekt befolyásolás illetve utólagos magyarázat révén). Életünk számos eseményét, így például az egzisztenciális problémákat, az öregedés, az egészség-betegség-halál kérdéseit, a szélsőséges traumatikus helyzeteket nem tudjuk kézben tartani, vagyis nem tudjuk kontrollálni. A kutatások bebizonyították, hogy ezekben az esetekben a kontroll mindenáron történő fenntartása – a helyzet elfogadása helyett – rontja a testi és lelki egészséget (Kulcsár, 2009). A pozitív megküzdés ebben az esetben a kontrollálhatatlan, megváltoztathatatlan szituációhoz történő pozitív viszonyulás, vagyis az elfogadás lehet. Az elfogadás olyan bizalommal teli élmény, ami a legkritikusabb élethelyzetekben képes legyőzni a félelmet. A társas támogatásnak és az önmagunkban, az élet értelmében, magasabbrendű célokban való hitnek fontos szerepe van az ilyen helyzetben.

A pszichológiai immunrendszer fogalma azoknak a személyiségforrásoknak a megjelölésére szolgál, amelyek képessé teszik az egyént a stresszhatások tartós elviselésére, a fenyegetésekkel való eredményes megküzdésre úgy, hogy a személyiség integritása, működési hatékonysága és fejlődési potenciálja ne sérüljön, inkább gazdagodjon a stresszel való aktív foglalkozás során szerzett tudás, élményanyag és tapasztalat interiorizációja következtében. A pszichológiai immunitást Oláh Attila<sup>119</sup> definiálta, aki szerint olyan aktív védettség, amely egy komplex kognitív eszközrendszer birtoklásával és ezen rendszer azonnali

aktiválásának képességével írható le minden olyan helyzetben, amikor az integrált pszichés működés, valamint az életműködés ellen ható (külső vagy belső) tényező lép fel. A pszichológiai immunrendszerbe integrálódó személyiségkomponensek közös vonása, hogy a pozitív következmények anticipálására hangolják a kognitív apparátust, az énhatékonyság-érzést fokozzák a megküzdési folyamatban, a célelési szándékot és az önszabályozási hatékonyságot erősítik, nehezített alkalmazkodási feltételek esetén is. Minden megküzdési mintázat hasznossága vagy eredményessége változik attól függően, hogy milyen típusú a helyzet, hogy milyen karakterisztikumokkal jellemezhető a személy, és hogy milyen területre vonatkoztatjuk a hasznosságot vagy eredményességet.

## **2.2 A PSZICHOLÓGIAI REZILIENCIA: A VÉSZRUGALMASSÁG KONCEPCIÓJA**

### **2.2.1 A pszichológiai reziliencia fogalma**

Napjainkban egyre nagyobb figyelmet kapnak mind civil, mind katonai területen a traumát követő patológiás állapotok, így a PTSD kialakulása és annak megelőzési lehetőségei. Különösen amióta a statisztikai adatok alapján napjainkban a harci bevetéseket követően akár a 20%-ot is meghaladhatja a PTSD előfordulási aránya.<sup>123</sup>

A reziliencia fogalma elsőként a fejlődépszichológia területén tűnt fel, amikor szélsőséges életeseményeknek kitett gyermekek viselkedését tanulmányozták. Később a reziliencia-kutatások egyre inkább kiterjedtek a felnőttpopulációkra, részben olyanokra, akik maguk is traumatikus események áldoztaivá váltak, illetve azokra, akik hivatásukból eredően extrém, különleges helyzetek résztvevői, traumatikus események elszenvedői, illetve szemtanúi voltak (pl. emberi szenvedés, halál), így a katonák, a rendőrök és a katasztrófavédelemben résztvevő szervezetek vagy civil mentőalakulatok és segélyszervezetek dolgozói. E különösen veszélyeztetett populációk esetében kiemelkedő jelentőségűvé vált a rugalmas ellenállóképesség protektív szerepe a stresszreakciók és pszichopatológia szempontjából. A reziliencia konstruktuma számos faktort ölel fel, több, mint a személyiség megküzdési kapacitása (coping készsége), mégis úgy tűnik, hogy még nincs kialakult, integrált koncepciója.

<sup>123</sup> Taylor, M. K.; Markham, A. E.; Reis, J. P. et al.: Physical fitness influences stress reactions to extreme military training. *Military Medicine*. 2008; 173(8), pp. 738 - 742.

A reziliencia rugalmas ellenállási képesség, azaz valamely rendszernek, legyen az egy egyén, egy szervezet, egy ökoszisztéma, azon képessége, hogy erőteljes, megújuló, vagy akár sokszerű külső hatásokhoz sikeresen alkalmazkodjon.<sup>124</sup> A szó gyökere a latin „salire” (ugrani) ige: re-salire annyi, mint hátraugrani, hátrahőkölni, előre-hátra feszülni, de nem eltörni. Ez eredetileg a mérnöki fizikából vett kifejezés, napjainkban szinte árványszerűen terjed. Holling a reziliencia - kutatás egyik vezéralakja, mutatott rá arra a paradoxonra még a 70-es években, amely fennáll egy rendszer teljesítőképessége, teherbíró képessége, állandósága, megmaradása és változásra való képessége között. Az ellentmondásnak megfelelően az ökológiai irodalomban a rezilienciának két eltérő definíciója született. Az első definíció értelmében a reziliencia annak a mértéktartománya, amelyen belül a rendszer megőrzi belső egyensúlyát a ráható erők ellenében. A második meghatározásban átértelmeződik a stabilitás fogalma, a rendszer az őt a korábbi egyensúlyi állapotából kibillentő erőhatásra úgy reagál, hogy rugalmas módon új egyensúlyra tegyen szert. Míg az első definíció egy rendszer hatékonyságára, teherbíró képességére, kiszámíthatóságára összpontosít, addig a második inkább a szívósságra, perzisztenciára, adaptivitási készségre.

Garmezy, Masten, Tellegen<sup>125</sup> megfogalmazásában a reziliencia a gyermek kompetencia megnyilvánulása az őt érő stresszteli események ellenében. Rutter<sup>126</sup> alapján a stresszel való szembeszegülés, mely lehetővé teszi az önbizalom és a kompetencia növekedését.

Masten<sup>127</sup> szerint a reziliencia egy séma, amely akut vagy krónikus stresszkeltőkkel, krónikus veszélyeztető körülményekkel szembeni sikeres adaptációval jellemezhető.

Gordon<sup>128</sup> a viszontagságos körülményekkel szemben megnyilvánuló képességnek tartja a rezilienciát, ez segíti a boldogulást, éretté válást és a kompetencia növelését.

A nehéz körülmények közötti jó eredmény elérését, pozitív kimenetelt jelent.

A definíciók azonosságai:

<sup>124</sup> Békés Vera: A reziliencia-jelenség, avagy az ökológizálódó tudományok tanulságai egy ökológizált episztemológia számára. In: Forrai Gábor, Margitay Tihamér (szerk): Tudomány és történet. Tanulmánykötet Fehér Márta tiszteletére. Budapest, Typotex, 2002. pp. 215 - 228.

<sup>125</sup> Garmezy, N., Masten, A. S., Tellegen, A.: The study of stress and Competenx in children: A building block for developmental psychopathology Child Development. 1984; 55, pp. 97 - 111.

<sup>126</sup> Rutter, M.: Resilience, competence, and coping. Child abuse and neglect. 2007; 31, pp. 205 - 209.

<sup>127</sup> Masten, A. S.: Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. Development and Psychopathology. 2007; 12, pp. 857 - 885.

<sup>128</sup> Gordon, K. A.: The self-concept and motivational patterns of resilient African American high school students. Journal of Black Psychology. 1995; 21, pp. 239 - 255.



- viszontagságos külső környezet,
- az egyén bizonyos belső tulajdonságai, védelmi faktorainak megléte,
- a külső veszélyeztető körülményekkel való hatékony megküzdés,
- a helyzetekhez való jó alkalmazkodás képessége, az élethelyzetekből való optimális kimenetel.

### 13. számú ábra

#### Reziliencia definíciója



Forrás: <http://www.forlong.hu/blog/2011/08/25/a-mexikoi-60-at-maig-nem-hevertuk-ki-avagy-mi-fan-terem-a-reziliencia/> Letöltés: 2015-04-20

Rutter<sup>126</sup> álláspontja szerint a rezilienciát nem lehet személyiségvonásként értelmezni, hiszen valaki lehet reziliens egy adott típusú kihívással szemben, míg egy másikkal szemben viszont nem.

A reziliencia sokkal inkább dinamikus folyamatként értelmezhető, a belső képességek mellett a környezettel való interakciókat is figyelembe kell venni. Két dimenziós konstrukció, amely egyfelől a nehéz körülmények, helyzetek expozíciójára, másrészt ezeknek a nehéz helyzeteknek a lehetséges pozitív kimeneteleire összpontosít.<sup>129</sup>

A reziliencia fogalmának gyökerei pszichológiai aspektusból a megküzdés fogalmára, biológiai szempontból pedig a stressz fiziológiai tüneteinek vizsgálatára vezethetők vissza.

<sup>129</sup> Luthar, S.S., Cicchetti D., Becker, B. (2000): The construct of resilience. The critical evaluation and guidelines for future works. Child Development. 2000; 71(3), pp. 543 - 562.

Ahogy említettem a reziliencia arra a folyamatra vonatkozik, amikor az egyén kedvezőtlen, veszélyeztető körülmények ellenére is pozitív adaptációt mutat.<sup>130,126</sup> A reziliencia kutatások egyik célja így azon folyamatok feltárása, amelyek kedvező kimenetekhez vezetnek. Maga a reziliencia fogalma két alapvető kritériumhoz kapcsolódik:

- a rizikó fogalmának a meghatározásához, hiszen csak meglévő rizikó esetén beszélhetünk rezilienciáról,
- másrészt annak a definiálásához, hogy mit tekintünk kedvező kimenetelnek.

Masten, Best és Garmezy<sup>130</sup> a reziliencia jelenségének három típusát különítik el:

- magas rizikójú háttér ellenére kedvezőbb kimenetelt mutató egyének (fejlődépszichológia területén),
- stresszes tapasztalatok mellett kialakuló pozitív alkalmazkodás és kompetencia,
- traumából való felépülés (például katasztrófák, háborús helyzeteket vizsgáló kutatások esetében).

A pszichológia területén reziliencia - kutatások elsőként a fejlődésléktan területén bontakoztak ki, később egyre inkább elterjedtek azok a vizsgálódások, ahol traumatikus vagy extrém események hatásait vizsgálták felnőttkorban is. Azaz milyen mértékben, patológiával vagy anélkül, képes felépülni az egyén egy traumatikus helyzet után. A következő fejezetben egy rövid összefoglaló erejéig szeretnék kitérni a fejlődésléktani megközelítésekre, kutatásokra, mint történeti gyökerekre.

### **2.2.2 A reziliencia fejlődésléktani megközelítése**

Bowlby, a mai gyermekléktan egyik alapvető elméletének, a korai kötődés elméletének a kidolgozója, kezdte elsőként tanulmányozni azt a paradox jelenséget, hogy az általa megvizsgált, súlyosan traumatizált csecsemőknek és gyermekeknek egy része nemcsak, hogy nem produkált patológiás tüneteket, hanem rendhagyó módon, átlagon felüli vitalitásról tett tanúbizonyságot.<sup>124</sup>

A kötődéselmélet alapján a gyermekléktanban a reziliencia egyfajta anomáliaként, fejlődési rendellenességként jelentkezett. Ma már azonban tudjuk, hogy ez nem

---

<sup>130</sup> Masten, A., Best, K., Garmezy, N., (1990): Resilience and development: contribution from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990; 2, pp. 425 - 444.

anomália, hanem akár öngyógyító tevékenység is lehet szélsőségesen rossz helyzetekben felnövő gyermekeknél.

Régóta kutatott terület a különböző rizikótényezőknek kitett, kedvezőtlen környezeti körülmények között élő gyermekek fejlődése, a kockázati tényezők és a későbbi pszichés betegségek, pszichopatológiai állapotok közötti kapcsolat keresése. A 20. század kutatási területei között található a serdülőkorú anyaság, a szülő pszichopatológiai rendellenessége, szerhasználata, a szülők válása, a gyermekbántalmazás, a krónikus szegénység és a stressz.<sup>131</sup> A kutatási eredményekből kitűnik, hogy a hasonlóan kedvezőtlen körülmények között nevelkedő gyermekek fejlődésében igen nagy eltérések jelentkeznek. Egyes gyermekek tartós pszichés problémákat mutatnak, míg mások a nehéz körülmények ellenére is relatíve egészségesen kerülnek ki, sőt, akár meg is erősödnek.<sup>126</sup> E heterogenitás irányította a kutatók figyelmét a reziliencia felé a 60-as, 70-es években. Megközelítésének módjai, modelljei, amelyek a kutatások irányzatait meghatározták:

- Változókra fókuszáló megközelítés (Variable-focused approaches): többváltozós statisztikai módszert alkalmazva kutatja a kapcsolatot a környezet veszélyeztető szintje (risk), az ilyen körülmények között elért teljesítmény (outcome) és az egyén és környezet potenciális minősége között. Alkalmas az előrejelző faktorok és a kimenetel közötti kapcsolat mérésére, a rezilienciát okozó többféle védőfaktor meghatározására; hibája, hogy nem veszi figyelembe a valós élet jellemzőit, illetve nem érzékeli az átfogó különbségeket a szélsőséges helyzetek között.<sup>132</sup>
- Személyre fókuszáló megközelítés (Person-focused approaches): egyéneket vizsgál, megpróbálja feltárni, miben különböznek a rezilienciát mutató személyek azoktól, akik hasonlóan rossz körülmények között élnek. Alkalmas a szokásos és a nem szokványos mintázatok tanulmányozására, amelyek sokrétű folyamatokból származó eredményeken alapulnak; hibája, hogy elhomályosíthatja a speciális kapcsolódásokat, a nagyobb

<sup>131</sup> Werner, E. E.: Protective factors and individual resilience. In.: Meisels, S. J., Shonkoff, J.P. (eds): Handbook of early childhood intervention. Cambridge, England, Cambridge University Press, 2000. pp. 132 - 155.

<sup>132</sup> Bergman, L. R., Magnusson, D.: A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. Development and Psychopathology. 1997; 9, pp. 291 - 319.

összefüggések feltérképezését, amelyek elősegíthetnék a folyamatok megértéséhez szükséges kulcsok megtalálását.<sup>133</sup>

A reziliencia kutatásával egyidőben a protektív tényezők vizsgálata is felerősödik, azaz milyen tényezők járulhatnak hozzá a kedvező kimenetelhez rizikó mellett.

Garmezy, Masten és Tellegen<sup>125</sup> szerint a protektív faktorok három mechanizmuson keresztül működhetnek:

- Kompenzációs modell: a stresszfaktorok és a protektív faktorok additívan járulnak hozzá a kompetenciához. A stressz hatásait ebben a modellben a protektív faktorok semlegesíthetik.
- Kihívás modell: a stressz potenciálisan kompetenciaerősítő tényező, de csak akkor, ha nem extrém mértékben jelentkezik.
- Immunitás modell: feltételes viszony áll fenn a stressz és kompetencia között, azaz a protektív tényezők módosíthatják a stressz hatását, de ha nincs jelen stressz az egyén életében, akkor nem feltétlenül mutatkozik a hatásuk.

Luthar, Cichetti, Becker<sup>129</sup> a protektív faktorokat a következőképpen különíti el:

- Egyszerű protektív tényező: amikor az adott protektív tényező direkt javító hatást gyakorol a kompetenciára mind magas, mind alacsony rizikó mellett.
- Protektív-stabilizáló tényező: amikor a protektív faktor stabilitást eredményez a kompetenciában a rizikó növekedése ellenére. Ebben az esetben már interakció vagy moderáló hatás figyelhető meg.
- Protektív-felnagyító tényező: amikor a protektív faktor jelenléte előnyös, de magas stressz-szint esetén kevésbé van hatása a kompetenciára, míg alacsony stressz-szint esetén fokozottabban fejti ki a pozitív hatását.

Rutter<sup>126</sup> protektív faktorok helyett protektív mechanizmusokat tart lényegesnek, ezek négy típusát összegzi:

- egyes tényezők csökkenthetik a stressznek való kitettséget
- a kedvezőtlen eseményt követő negatív hatást enyhítik
- másik folyamat az önértékelésen és az én-hatékonyság növelésén keresztül javítja a pozitív alkalmazkodást

<sup>133</sup> Juhász Judit: A reziliencia. Előadás, 2013. <https://prezi.com/bgoacityvnpn0/reziliencia/> Letöltés: 2014-11-29

- megint más mechanizmusok új, pozitív kapcsolatokat, lehetőségeket biztosítanak az egyén számára

Werner és Smith,<sup>134</sup> Luthar, Cichetti, Becker<sup>129</sup> a protektív folyamatok működését három szinten írják le: gyermeken belüli tényezők, családi komponensek és családon kívüli, társadalmi tényezők. A következő gyermeken belüli protektív tényezőket azonosították a kutatások: éberség, válaszkészség, megnyugtathatóság, jó problémamegoldó készség, fejlett kommunikációs készség, függetlenség, pozitív énkép, másoktól való segítségkérés képessége. Mindez felnőtteknél: belső kontroll attitűd, énhatékonyág, pozitív énkép, felelősség, feminitás, tervezés, előrettekintés. Családon belüli tényezők azonosítása: szoros kötődés legalább egy személyhez, az anya iskolázottsága és kompetens szülői magatartása, lányoknál a függetlenség bátorítása, érzelmi támogatása, fiúknál a strukturáltabb, szabályokat felállító család, az érzelemkifejezés bátorítása. A vallásosság szintén protektív tényezőnek bizonyult. Családon kívüli, társadalmi tényezők: barátok, iskola, tanárok szerepe meghatározó.<sup>131</sup>

A változókra fókuszáló modellek szerint a rezilienciát meghatározó faktorok: a szülői minőség, az intellektuális működés, a szocioökonómiai státusz, pozitív önértékelés.

A kimenetel (outcome) tekintetében figyelembe veszi az iskolai tanulmányi eredményt, szociális és antiszociális magatartást, pszichopatológias méréseket, kortársak elfogadását.

A gyermek életében előforduló negatív életesemények is megjelennek, mint a reziliencia kialakulását befolyásoló tényezők, de ezek sokkal kisebb hangsúlyt kapnak ebben a megközelítésben, mint a felsoroltak.

A személyre fókuszáló megközelítésen alapuló kutatások célja, hogy feltárja az alkalmazkodás természetes módon előforduló mintázatait. Alapvetően mindegyikre jellemző, hogy alcsoportokat hoznak létre, majd hasonlítanak össze: az egyik megkülönböztető ismérv az alkalmazkodás alacsony vagy magas szintje, a másik a veszélyeztető körülmények fennállása vagy hiánya. Ezek a kutatások többségükben longitudinális vizsgálatokon alapulnak.

---

<sup>134</sup> Werner, E.E., Smith, R. S.: Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. In: Johnson, S. A.: Introduction to the Special Issue in Resilience. Substance Use & Misuse. 2001; 39(5), pp. 657 - 670.

Klasszikus személyre fókuszáló tanulmány Werner és munkatársainak vizsgálata (1977) amelyben több mint 600 személyt követtek születésüktől 40 éves korukig a Kauai Longitudinális Kutatás keretében. A rizikótényezők közé tartoztak a szegénység, a szülői mentális zavar, alkoholizmus, dezorganizált családi környezet és még számos pszichoszociális és biológiai rizikófaktor. Két csoportot hoztak létre a kutatók. Mindkét csoport tagjai magas veszélyeztetettségű környezetben nőttek fel (legalább négy rizikófaktornak fent kellett állnia még két éves koruk előtt). Az egyik csoportba sorolták a jól alkalmazkodókat (reziliensek), a másikba a rosszul alkalmazkodókat, akik nem értek el jó eredményeket az élet különböző területein. A reziliensek megfelelően kompetensnek bizonyultak az élet több területén, kevés viselkedési problémával rendelkeztek. A másik csoport tagjainál komoly viselkedési és alkalmazkodási problémák mutatkoztak. Mindkét csoportot két életkorban, 10 és 18 éves korukban vizsgálták. A reziliensek csecsemőkorukban követelőzőbbek voltak, de ahogy idősebbek lettek, a kognitív teszteken jobb eredményeket értek el, az önértékelésük javult, és lelkiismeretesebbek voltak, mint a másik csoport tagjai. A reziliens csoportba tartozók kompetenciájának fejlődése felnőttkorukig kitartott és jó szintet ért el, de meg kell jegyezni, hogy a maladaptív csoport tagjainak többsége is felnőtt korára viszonylag jó fejlettségi szintet ért el. Mindenesetre megállapítható volt, hogy a reziliens csoport szülei hatékonyabbak és támogatóbbak voltak, mint a maladaptívaké.<sup>129</sup>

A következő protektív faktorok szerepét írták le a kutatók, amelyek a reziliencia kifejlődéséért felelőssé tehetők:

- legalább egy szoros kapcsolat valakivel a családban, vagy jó és biztonságos kötődés a gondozóhoz
- „könnyű” temperamentum, azaz fogékony, szeretetet, ragaszkodást mutató, jó természetű gyermek
- az iskolai idő alatt sok barát, széleskörű érdeklődés, aktív részvétel az iskolai szociális tevékenységekben
- jobb nyelvi és logikai készségek<sup>129</sup>

Későbbi vizsgálatokban az előző kutatás hibáiból okulva egy ún. teljes diagnosztikus vagy osztályozási modellt állítottak fel a kutatók. Itt figyelembe vették az alacsony rizikósinten élőket is. Négy csoportot állítottak fel:

1. a különösen sebezhető csoportját (rosszul teljesítenek, de jó körülmények között élnek)
2. a kompetensek csoportját (jól teljesítenek, jó körülmények között élnek)
3. a maladaptív csoportot (rossz körülményeik mellett rosszul teljesítenek)
4. a reziliensek csoportját (rossz körülményeik ellenére jól teljesítenek).

A kutatás megmutatta, hogy a reziliens csoport és a kompetens csoport tagjai mutatták a legtöbb hasonlóságot. Átlagos vagy jobb kompetenciával rendelkeztek a tanulásban, viselkedésben és a szociális attitűdben, hasonló pszichológiai jellemzőkkel rendelkeztek, beleértve a jobb intellektuális képességeket, a jobb szülői minőséget, a pozitívabb önértékelést. Markánsan különböztek a maladaptív csoporttól annak ellenére, hogy a reziliensek ugyanolyan rossz körülmények között éltek.<sup>133</sup>

Masten az 1980-as években szkizofrén anyák, illetve más mentális betegségben szenvedő anyák, valamint tinédzserkorú anyák gyermekeit vizsgálta, továbbá olyanokat, akik nagyon nehéz anyagi körülmények között, esetleg gyermekotthonban nőttek fel stb. Tíz protektív faktort hangsúlyozott, amelyek segítségével „reziliens” gyermek felnőttkorára képes lett teljesen egészséges életvezetésre:

- hatékony szülői viselkedés
- jó kapcsolat más kompetens felnőttel
- más emberi kapcsolatokhoz hozzáférhetőség
- jó intellektuális készségek
- tehetség vagy kiemelkedő készség, ami miatt mások tisztelik
- a magabiztosság, a pozitív önértékelés és remény
- vallás vagy valahová tartozás érzése
- szocioökonómiai státusz
- jó teljesítmény az iskolában vagy a közösségben való aktív részvétel
- szerencse

Masten egy következő vizsgálatában ismét ezeket a faktorokat azonosította és megállapította, hogy azok a gyerekek, akik nehéz körülmények között is képesek voltak egészségesen fejlődni, sokkal több belső és külső forráshoz fértek hozzá. Ezek közül különösen a belső kognitív készségek és a jó, hatékony szülői magatartás voltak a legmeghatározóbbak. Azok a gyermekek, akik nem rendelkeztek ilyen forrásokkal, sérülékeny felnőttekké váltak.<sup>127</sup>

A már komplexebb személyfókuszú modellek, más néven ösvény modellek fő irányai a következők:

- az egészséges versus maladaptív utak („ösvények”) vizsgálata a fejlődés során
- az életútban bekövetkező nagy fordulópontok és az ebből való kimenetek tanulmányozása.

A fejlődési utak koncepciója a fejlődési rendszerek elméletéből (Ford & Lerner, 1992), a szervezési elméletből (Cicchetti, 1984, 1990; Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986; Sroufe, 1979, 1997) és az életfolyamat elméletből (Elder, 1998) származik. Mindegyikben közös, hogy a fejlődési mintázatok az organizmusok sokféle interakciójából emelkednek ki egy nagyobb rendszerbe ágyazottan, és longitudinális vizsgálatokat követelnek meg. A mai reziliencia kutatások sokszor az egyéni élettörténetekből indulnak ki. Megállapítható, hogy a reziliens embereknél életük egy-egy fordulópontja után fontos szerepet játszottak a következők: vagy találtak egy személyt, akit mentorként tiszteltek és adtak a véleményére, vagy beléptek a hadseregbe, vagy találtak egy új vagy mélyebb hitet, lelkiileg egészséges partnerrel házasodtak össze, vagy elhagyták a deviáns csoportot. Lényeg, hogy egy pozitívabb kontextusba helyezték önmagukat. A reziliencia alakulása minden gyermeknél különböző módon és mértékben történhet, hiszen a fejlődésük menete is eltérő. Nem várhatjuk a gyermekektől, hogy ugyanazt a modellt és technikát alkalmazzák a reziliencia kialakítására, de segíthetünk nekik, hogy megtanulják azt formálni. A reziliencia fejlesztése érdekében, amikor egy gyermeknek nehéz, stresszel teli körülményekkel kell megbirkóznia, biztosítani kell számára, azt az érzést, hogy ő ura saját magának, és segíteni neki, hogy képes legyen mind a helyzetet, mind saját kapacitásait megfelelően értékelni. Tudja, hogy mi az, amit képes kontrollálni és mi az, amit nem.<sup>133</sup>

A reziliencia kutatás egyik fordulópontjának számít, hogy a kutatási eredmények és a definíciós törekvések eredményeként elkülönült a terület két ága, az ego-reziliencia, és a gyermekkori, illetve fejlődési reziliencia. A viselkedéses adaptáció vizsgálatok kitűnt, hogy a “reziliens egyéneknél” magas önbecsülés és ego-kontroll volt kimutatható. A reziliens személyiség vizsgálata során Jack Block és kutatócsoportja arra jutottak, hogy az ego-reziliencia is egy mérhető vonás, amely részben átfedi az ego-kontrollt, de nem szinonímája annak (Kwok, Hughes, Luo, 2000). Block és munkatársai vizsgálatai alapján a “reziliens egyének” szignifikánsan magasabb



önbecsüléssel és önkontrollal rendelkeztek, mint a nem reziliensek. Ugyanakkor az is kitűnt a vizsgálatokból, hogy az önbecsülés nem feltétlenül esik egybe a rezilienciával. Az ego-kontroll az érzelmi és motivációs impulzusok kifejezését és korlátozását jelenti, míg az ego-reziliencia azt a rugalmasságot fejezi ki, amellyel az egyén a változó környezetre, különösen a frusztrációkra és stresszre reagál, és az ego-kontrollját a helyzetnek megfelelően alakítja (Juffer, Stams & Ijzendoorn, 2004; Letzring, Block, Funder, 2005).<sup>133</sup>

### **2.2.3 A reziliencia és felnőttkori pszichotrauma mint új kutatási irány**

Napjainkban egyre több kutatás foglalkozik a traumatikus eseményeket követő gyógyulási folyamattal. Míg korábban sokkal inkább a patológiát helyezték előtérbe és a rizikófaktorok, a vulnerabilitás kutatása kapott hangsúlyt, addig mostanában egyre nagyobb figyelmet kap az a jelenség, hogy egyesek súlyos traumát követően sem betegednek meg, nem alakul ki náluk sem a poszttraumás stresszbetegség, sem más mentális betegség, és viszonylag rövid időn belül képesek egészséges életvezetésre visszatérni.

Számos elmélet és tanulmány ismerteti a reziliencia traumával összefüggő koncepcióját, azonban mindmáig nem született egységes definíció. Jelenleg két megközelítés jellemző: az egyik Bonanno-é, amely egy szűkebb definíció, a másik pedig egy szélesebb, tágabb értelmezésű. Bonanno<sup>135</sup> egyszeri, rövid ideig tartó trauma hatását veszi figyelembe. A rugalmas egyén ennek során átélhet rövid idejű érzelmi, fizikai diszregulációt, változásokat, de ezt követően képes folytatni és teljesíteni a személyes és szociális feladatait, és akár pozitív érzelmeket megélni. A definíció hátránya azonban az, hogy elmosódik a különbség a gyógyulás és a reziliencia fogalma között, másrészt a definícióban csak egyetlen, elszigetelt traumatikus eseményre összpontosít, és nem veszi figyelembe a krónikus stressz, többszörös trauma hatását. Ő inkább statikus és vonás jellegű entitásnak feltételezi, mintsem dinamikus folyamatnak, amely időről időre alakulhat és a körülmények, valamint más külső, belső változók is szerepet játszhatnak alakulásában. Bonanno definíciójával ellentétben sok kutató önálló, egymástól jól elhatárolt konstrukcióként kezeli a gyógyulás és a reziliencia fogalmát. E megfogalmazások közül egyesek az

<sup>135</sup> Bonanno, G. A.: Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004; 59, pp. 20 - 28.

ellenállóképességet egy dinamikus és kontextusfüggő konstrukcióként írják le, amely jellemezhető akár a stressz indukálta tünetek hiányával, de akár e tünetek oldódásának (gyógyulás) természetes folyamatával is (Connor, Davidson, 2003; King és mtsai. 1998, 1999).<sup>92,136</sup> További különbségek abból is adódnak, hogy ki milyen forrásokból származtatja a pszichológiai ellenállóképességet. Néhány kutató egyéni belüli forrásokat fogalmaz meg, mások viszont úgy vélik, hogy inkább többféle és nemcsak egyéni belüli forrásokból alakulhat ki a reziliencia. Így figyelembe kell venni akár pszichológiai és diszpozicionális tulajdonságokat, valamint a szociális kontextust is (pl. családi és egyéb külső támogató hálózat).

Általában mindegyik megközelítés összefüggésbe hozza a reziliencia fogalmát más hasonló és átfedő konstrukciókkal, így a „szívósság” (hardiness), „erősödés” (thriving) és a „poszttraumatikus fejlődés” (posttraumatic growth) fogalmaival. A szívósság, mint személyiségvonás az extrém stressz elhárításában segít. Három dimenziót ölel fel: a képességet, hogy beazonosítsuk életünk jelentőségteljes céljait; azt a hiedelmet, hogy az emberek képesek környezetük és az események kimenetelének megváltoztatására; és a hitet abban, hogy az emberek képesek mind a negatív, mind a pozitív tapasztalataikból tanulni. A szívós egyén magabiztosabb, a coping készségek hatékonyabb tárával rendelkezik és a szociális támogatást is képes a hasznára fordítani.<sup>137</sup>

Az erősödés csökkenti a stresszorra adott fokozott reaktivitást, gyorsítja a felépülést és a stresszort, traumát követően egy magasabb szintű funkcionálást eredményez. Így javulást eredményezhet az egészségi állapotban, a pszichológiai jól-lét kialakulását fokozhatja, új készségek megszerzését, a magabiztosság érzését és a szociális kapcsolatokat is fejlesztheti. Mindezek ellenére bizonytalan maradt, hogy a pszichológiai erősödés egydimenziós vagy többdimenziós konstrukció-e és nem bizonyított, hogy ez a fogalom miben és hogyan különbözik a szívósság és a poszttraumatikus fejlődés koncepcióitól, valamint a coping folyamatokkal való kapcsolata szintén kevésbé tisztázott.

A poszttraumatikus fejlődés fogalmát sok kutató vizsgálta (Affleck és Tennen, 1996; Fontana és Rosenheck, 1998; Tedeschi és Calhoun, 2004). A koncepció a traumát vagy bármilyen élethelyzeti nehézséget követő személyes fejlődéssel, növekedéssel

<sup>136</sup> Luthar, S. S., Cicchetti, D.: The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*. 2000; 12, pp. 857 - 885.

<sup>137</sup> Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Kahn, S.: Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42, pp. 168 - 177.

kapcsolatos. Az erősödés fogalmához hasonló, a rezilienciával ellentétben viszont utal arra az aspektusra, hogy a traumát megelőző működési szinthez képest a traumát követő időszakban egy magasabb szintű funkcionálás valósul meg, valamint átalakulnak, pozitívvá válnak az egyén önmagával, másokkal, a világgal kapcsolatos jelentős sémái. Ugyanakkor ennek a poszttraumatikus növekedésnek van egy illuzórikus, ún. önámításos változata is, például a személy a trauma „tagadása” következtében kezdi el az adaptív funkcionálást.<sup>138</sup>

A pozitív érzelmek alapvető fontosságú szerepét a reziliens személyiségjegyekben több kutatás is alátámasztotta: a tapasztalatok azt mutatják, hogy a reziliens emberek több pozitív érzelemről számolnak be.<sup>139</sup>

A reziliens személyeknél a pozitív érzelmek hatékonyan csökkentik a stressz megélését és segítik a pszichológiai erőforrások aktivizálását olyan általános és megrázó katasztrófhelyzetekben is, mint pl. a New Yorkban 2001. szeptember 11-én bekövetkezett terroristatámadás. A reziliens személyek több pozitív érzelmet élnek meg, amelyek jelentőségét a rehabilitációban és a betegségekkel való felépülésénél szerzett tapasztalatok is alátámasztják.<sup>140</sup>

A koherenciaérzet fogalma és a reziliencia számos ponton kapcsolódik egymáshoz. Hart, Wilson és Hittner arra jutottak, hogy a magas koherenciaérzettel rendelkező emberek több pozitív érzelmet élnek meg és kevesebb betegségről számolnak be, amelyet a szerzők egyúttal a reziliens személyek jellemzőjének tekintenek.<sup>141</sup>

Láthatjuk, hogy mennyire kialakulatlan még a reziliencia definíciója, illetve mennyire összetett. Számos más fogalom is tartalmaz hasonló aspektusokat, ugyanakkor hiányzik a konszenzus a reziliencia és többi konstruktum közötti kapcsolatáról. Mindez pedig arra ösztökéli a kutatókat, hogy igyekezzenek egy konceptuális modellt kialakítani a rezilienciával kapcsolatban, vagyis meghatározni azokat a faktorokat, amelyek a reziliencia fejlődésében közreműködnek, empirikus bizonyítékokkal alátámasztani ezeket és mérhetővé tenni a rezilienciát.

<sup>138</sup> Carver, C. S.: Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*. 1988; 54, pp. 245 - 266.

<sup>139</sup> Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., Wallace, K.: Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006; 91, pp. 730 -749.

<sup>140</sup> Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., Larkin, G.R.: What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84, pp. 365–376.

<sup>141</sup> Hart, K.E., Wilson, T. L., Hittner, J.B.: A psychosocial resilience model to account for medical well-being in relation to sense of coherence. *J Health Psychol*. 2006; 11(6), pp. 857 - 862.

### **2.2.3.1 A rugalmas ellenállóképesség kialakulásában közreműködő faktorok és modellek**

A nehéz élethelyzetek és traumák negatív hatását két fontos tényező befolyásolhatja: a vulnerabilitás és a protektív faktorok. A vulnerabilitásért vagy sérülékenyséért részben az egyénen belüli, így biológiai, pszichológiai jellegű rizikófaktorok, valamint külső, azaz, a traumatikus szituációból (korábbi és aktuális, többszörös vagy egyetlen) eredő, demográfiai, (családi) anamnesztikus jellegű, kapcsolati, szociális típusú rizikófaktorok lehetnek felelősek. A protektív, azaz védőfaktorok képesek moderálni, módosítani a rizikófaktorok hatását, így együttesen befolyásolni a trauma negatív következményeit.

Werner három nagy csoportba foglalta ezeket a védőfaktorokat: személyes, belső tényezők; családi kapcsolatok minősége; nagyobb, szociális támogató közösség.<sup>134</sup>

A reziliencia kialakulásáért felelős protektív faktorok kutatása a fejlődépszichológia területén és a pszichiátrián belül bontakozott ki. A kezdeti tanulmányok számos egyénen belüli faktort azonosítottak, amelyek gyermekek és serdülők esetében hozzájárultak ahhoz, hogy nehéz körülmények ellenére sem alakult ki náluk a fejlődésük során patológiás állapot. Ezeket a korai kutatásokat azonban számos kritika érte, elsősorban a keresztmetszeti jellegük miatt, illetve, hogy egyetlen pszichoszociális vagy viselkedési faktort próbáltak beazonosítani, amely a reziliencia kialakulásáért felelős lehet. Napjainkban és főleg felnőttek körében végzett tanulmányok már igyekeztek kiküszöbölni ezeket a problémákat és a kutatók rájöttek arra, hogy nemcsak egy, hanem számos egyéni (belső) és környezeti (külső) protektív faktor létezik, amelyek szerepet játszhatnak a reziliencia kifejlődésében, sőt figyelembe kell venni ezeknek a rizikófaktorokkal (vulnerabilitással) kapcsolatos, eddig még kevésbé kutatott és ismert interakcióját, kölcsönös egymásra hatását. Felsorolásképpen, a teljesség igénye nélkül, a leginkább elfogadott és empirikusan igazolt rezilienciáért felelős protektív faktorok:

Egyénen beüli, individuális faktorok:

- személyiségvonások: extraverzió, nyitottság a tapasztalás iránt, rugalmasság, alkalmazkodó képesség, határozottság, szívósság, stb.
- pozitív önértékelés
- énhatékonyság megélése
- magasabb intellektuális funkcionálás
- problémafókuszú megküzdési stratégiák

- belső kontrollosság
- cél- és teljesítményorientáció
- énrugalmasság, önkontroll, koherenciaérzék
- a veszélyek, fenyegetettség kognitív értékelése
- optimizmus, hit, kreativitás, megbocsátás képessége

Külső, környezeti faktorok:

- szociális támogatás: mind a családi, mind a nagyobb közösségi, spirituális, kulturális
- pozitív szülői viselkedés, kapcsolat (szülő jelenléte, érzelmi elérhetőség és támogatás)
- megfelelő szocioökonómiai státusz

Napjainkra már számos elmélet és modell létezik a reziliencia hatásmechanizmusával kapcsolatban. Ezek közül csak néhányat, talán a legidősebbeket vagy elfogadottabbakat említeném röviden.<sup>92</sup>

Wilson modellje alapján a reziliencia pszichológiai traumára adott válaszként érvényesül. Kezdődik az eseménnyel és az esemény jellegzetességeivel, amelyek hatása a személyiség függvényében jelentkezik. A stresszre adott válasz így olyan faktorok kombinációja, amelyek befolyásolják egymást. Ezek a faktorok a személyiségvonások, az érzelmi modulációért felelős tényezők, az énvédő mechanizmusok, a coping stílus. A stresszre adott reakció eredménye adja meg az alkalmazkodás és a reziliencia mértékét.<sup>142</sup>

Connor úgy definiálta a rezilienciát, mint a stresszel való megküzdési készség, illetve kapacitás mértékét. Ebben a modellben a reziliencia olyan személyiségtényezőket jelent, amelyek lehetővé teszik az egyénnek, illetve egy közösségnek a fejlődést, a növekedést kedvezőtlen körülmények ellenére is. A reziliencia így az érzelmi állóképesség, kitartás felbecsülési módjának tekinthető.<sup>143</sup>

Friborg a rezilienciát különböző dimenziókat tartalmazó konstrukciónak tartja. Nemcsak a pszichológiai készségekre, hanem azokra az előnyökre is vonatkozik, amelyeket az egyén számára a családi, a szociális, és más külső támogató rendszerek közvetítenek ahhoz, hogy képes legyen a stresszhelyzetekkel megbirkózni. A

<sup>142</sup> Agaibi, C. E., Wilson, J. P.: Trauma, PTSD, and resilience. A review of literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005; 6(3), pp. 195 - 216.

<sup>143</sup> Connor, K. M. (2006): Assessment of Resilience in the Aftermath of Trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67(2), pp. 46 - 49.

reziliens egyén sokkal rugalmasabb, mint a sérülékeny személy, és képes magát megóvni a stressz negatív hatásaival szemben, azáltal, hogy belső és külső forrásait mobilizálni tudja.<sup>144</sup>

A modellek egy része a reziliencia konstruktumát, azaz a különböző faktorokat, azok egymásra hatását elemzi, személyiség, vagy kognitív, vagy biológiai orientáció jellemzi őket, és a folyamat pozitív kimenetele a poszttraumatikus fejlődés vagy erősödés, a gyógyulás vagy a környezethez való alkalmazkodás, esetleg a túlélés lesz. Más modellek nem a reziliencia, hanem az alkalmazkodás, a poszttraumatikus fejlődés, szívósság fogalmából indulnak ki és a folyamat eredménye a reziliencia kialakulása lesz. A legtöbb esetben azért elmondhatjuk, hogy a teóriák, modellek hangsúlyozzák az extrém helyzetek, traumák, súlyos élethelyzeti nehézségek jelenlétét, amelyekkel szembe kell néznie az egyénnek. Rendelkezésére állnak a vulnerabilitásért felelős rizikófaktorok és ezzel szemben rezilienciáért felelős protektív faktorok. A végeredmény pedig:

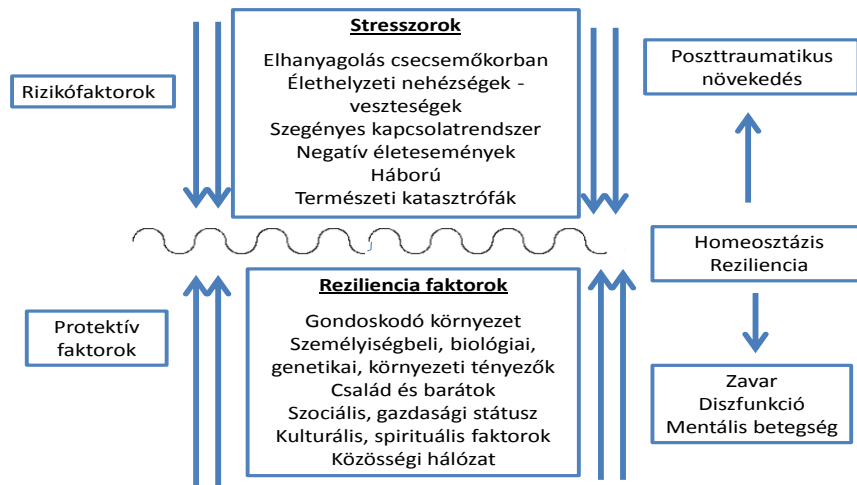
- vagy egy homeosztatis/egyensúlyi állapot kialakulása, a reziliencia, azaz a korábbi szinten való működés visszatérése,
- vagy egy magasabb szinten való funkcionálás, azaz a poszttraumatikus fejlődés, erősödés,
- vagy a diszfunkciók, mentális betegségek kialakulása, azaz egy alacsonyabb szinten történő működésmód.

---

<sup>144</sup> Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M.: A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003; 12(2), pp. 65 - 76.

## 14. számú ábra

## Rezilienciát fokozó és csökkentő faktorkok



*Forrás: Herrman, H. et al.: What is resilience? The Canadian Journal of Psychiatry, 2011; 56(5), p. 258-265.*

A 2013-as International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) konferenciáján megrendezésre kerülő kerekasztal beszélgetésen, Dr. Steven Southwick (elnök) és többféle diszciplína képviselője (George Bonnano, Ann Masten, Catherine Panter-Brick, Rachel Yehuda) vitatta meg a reziliencia kutatás aktuális kérdéseit. Ezek a következők voltak: a) hogyan definiáljuk a rezilienciát, b) melyek a legfontosabb meghatározói, c) hogyan szolgálhatják a legújabb technológiák a reziliencia tudományát, d) melyek a leghatékonyabb módjai a reziliencia elősegítésének? A résztvevők rezilienciáról alkotott fogalma kissé eltért egymástól, mind a mai napig nem sikerült teljesen egységes koncepcióként megfogalmazni a reziliencia jelenségét. A legtöbb definícióban azért mégis sikerült egy olyan koncepciót meghatározni, ami egészséges, adaptív, integrált és pozitív funkcióra enged következtetni, amely az idővel nyilvánul meg megrázkódtatásokat követően. A résztvevők megegyeztek abban, hogy a reziliencia egy összetett konstruktum, így annak meghatározása más lehet az egyén, a család, a szervezet, a társadalom vagy akár a kultúra szintjén. A reziliencia meghatározói kapcsán szintén konszenzus volt a szakértők között, abban hogy az empirikus vizsgálatokat több szintről érdemes megközelíteni, így beszélhetünk genetikai, epigenetikai, fejlődéslélektani,

demográfiai, kulturális, gazdasági és szociális változókról. Az empirikus vizsgálatok előmozdíthatják a reziliencia fejlesztését célzó erőfeszítéseket az egyén, a család, a szervezetek, a társadalom és a kultúrák szintjén is.<sup>145</sup>

### **2.2.3.2 Extrém stressz és trauma - vonatkozású katonaegészségügyi reziliencia - kutatások**

A 80-as évek tájékán kezdődtek el a reziliencia trauma és extrém stressz - vonatkozású empirikus kutatásai, ezek közül – ebből a szempontból az egyik fokozottan veszélyeztetett hivatásra – a katonákra helyezném a hangsúlyt. Ezek a kutatások a reziliencia protektív hatótényezőit vizsgálják harci helyzeteket követően a pszichopatológia, így a poszttraumás stresszbetegség (PTSD) kialakulása szempontjából. A legelső tanulmány Hendin és Haas nevéhez kötődik, amely módszertani szempontból hagy még maga után kivetni valót. Tíz olyan vietnámi veterán pozitív alkalmazkodását vizsgálták, akiknél nem alakult ki PTSD. Következő jellegzetes tulajdonságokat találtak náluk: stresszhelyzetekben nyugodtság, intellektuális kontroll, a félelem elfogadása, szélsőségesen erőszakos és büntudatos viselkedés hiánya harci helyzetek alatt.<sup>92</sup>

Solomon és kollégái (1988) izraeli katonákat vizsgáltak az 1982-es libanoni háború után. Tanulmányuk során úgy találták, azoknál a katonáknál, akik problémafókuszú megküzdési stratégiákat használtak a nehéz, traumatikus helyzetekkel való szembesülés során, kevésbé alakult ki PTSD. Vizsgálták a kapcsolatot a coping, a kontroll helye, a szociális támogatás és a harci cselekményekkel kapcsolatos PTSD kialakulása között két, illetve három éves utánkövetéssel, azoknál a katonáknál, akik harci stresszreakcióban szenvedtek a háború alatt. Akiknél a belső kontroll attitűd, a problémafókuszú megküzdés és az észlelt szociális támogatás jelen volt, sokkal hamarabb gyógyultak meg a két év alatt, és a PTSD intenzitása is csekélyebb volt.<sup>92</sup>

Elder és Clipp (1989) a poszttraumatikus növekedést vizsgálták traumatikus eseményt követően olyan veteránoknál, akik mind a II. világháborúban, mind a Koreai - háborúban résztvettek. Eredményeik alapján a harci stressz egyaránt eredményezhet patológiás és pozitív fejlődést mutató hatásokat is. A pozitív kimenetek között a következőket azonosították a kutatók: a nehézségekkel való megküzdés, önfegyelem, az érdeklődés és a szemlélet kiszélesedése. Negatív

---

<sup>145</sup> Southwick, S.M., George A. Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C., Yehuda, R.: Resilience definitions, theory and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 5: 25338. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338> Letöltés ideje: 2015-04-23



következmények: a szeretteiktől való elszeparálódás, szorongás, a barátok elvesztése.<sup>92</sup>

1990-ben Capella és Mott PTSD-ben szenvedő, illetve egészséges vietnámi veteránok közötti jellegzetes különbségekről számoltak be tanulmányuk során. Azok, akiknél nem alakult ki PTSD alacsonyabb neuroticizmus pontokat értek el az Eysenck Személyiség Kérdőívén. Mindez arra utalt, hogy a nehéz háborús körülmények ellenére is megfelelő érzelmi erővel és rezilienciával rendelkeztek. Vizsgálták a kontroll helyét is, és azt találták, hogy a belső kontrollos veteránok, sokkal jobban tudták strukturálni a háborús tapasztalataikat és náluk kevésbé volt valószínű a PTSD tüneteinek jelentkezése.

Sutker és munkatársai (1995) az egyéni és a környezeti tényezők szerepét kutatták a pszichológiai funkcionálásra az Öböl-háború veteránjainál. Az alacsony szívósság, a csekély elköteleződés, az elkerülő coping, az észlelt családi kohézió hiánya következetes előrejelzői voltak a PTSD diagnózisának. Úgy találták, hogy az egyéni és környezeti tényezők együttesen módosítják, illetve alakítják a vulnerabilitást a háborús stressz negatív kimeneteleire vonatkozóan.<sup>92</sup>

King és munkatársai (1998) az egyik legösszetettebb kutatást végezték el a katonai területen a rezilienciával kapcsolatban. Vizsgálták a kapcsolatot a háborút megelőzően jelenlévő rizikófaktorok és a háborús stresszt, valamint a traumát követően mért reziliencia, illetve gyógyulási faktorok között. A traumát megelőző rizikófaktorok a diszharmonikus családi kapcsolatok, gyermekkori antiszociális viselkedés voltak, a reziliencia faktorai pedig a szívósság és a szociális támogatás. Ezeknek a hatását, illetve kapcsolatát elemezték a PTSD kialakulása szempontjából. A szívósság és szociális támogatás fokozottabb jelenléte csökkentette a PTSD kialakulásának valószínűségét ugyanazon pre- és peritrauma rizikófaktorok ellenére is.<sup>92</sup>

Az iraki veteránok vizsgálatával kapcsolatban két tanulmányt szeretnék idézni. Pietrzak és munkatársai<sup>146</sup> a pszichológiai reziliencia és a szociális támogatás hatását elemezték az Irakból visszatért veteránok esetében PTSD és depresszív tünetek kialakulása szempontjából. Összehasonlították a reziliencia mértékét civil ambuláns betegeknél mért reziliencia mértékével. Az eredményük alapján a veteránok átlagos reziliencia szintje jóval magasabb volt, mint a civileké, ugyanakkor azoknál a

<sup>146</sup> Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Johnson, D. C., et al (2010): Posttraumatic growth in Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *J Affect Disord.* 2010; 126(1-2), pp. 230 - 235.

veteránoknál, akiknél jelentkeztek a PTSD vagy a depresszió tünetei a reziliencia és az észlelt szociális támogatás mértéke alacsonyabb volt, mint a mentálisan egészséges veteránoknál. A demográfiai tényezőket és a trauma súlyosságát figyelembe vették és kontrollálták.

Green és kollégái a reziliencia és a pszichológiai funkcionálás közötti kapcsolatot kutatták szintén az Irakból hazatért veteránoknál. Vizsgálati célként tűzték ki, hogy a trauma expozícióját és a PTSD kialakulását befolyásolja-e a reziliencia, vajon a reziliencia jelenléte kapcsolatban áll-e a PTSD-vel járó pszichológiai funkcionálással. Az eredmények alapján szignifikáns volt az interakció a trauma expozíció és a reziliencia között. Az intenzív és erőteljesebb harci eseményeket átélő veteránok reziliensebbeknek bizonyultak, amely protektív hatással volt rájuk nézve. A PTSD diagnózisa mellett a reziliencia a depresszió szempontjából is védőfaktornak számított, de ugyanígy az öngyilkosság, az alkoholproblémák és a fizikai egészség vonatkozásában is.<sup>147</sup>

Southwick és Charney interjúk alapján, civil és hivatásos állomány esetében összegezték a rezilienciát befolyásoló lényeges faktorokat, így:

- realiztikus optimizmus
- a félelemmel való szembenézés, mint adaptív válasz
- morális iránytű: erkölcs és altruizmus
- vallás és spiritualitás
- szociális támasz
- szerepmodellek
- fizikai tréning
- mentális erőnlét/állóképesség
- jelentéskeresés: célok és fejlődés<sup>148</sup>

A Mentálhigiénés Tanácsadó Szolgálat (Mental Health Advisory Team) felmérést végzett az afganisztáni (OEF) és iraki (OIF) bevetésen szolgáló katonák körében, és azt találták, hogy amelyik egység „jónak, kompetensnek” ítélte meg a vezetőjét, parancsnokát, kevesebb pszichiátriai tünetről számolt be, mint ahol „gyengének”

<sup>147</sup> Green, K. T., Calhoun, P. S., Dennis, M. F.: Exploration of the resilience construct in posttraumatic stress disorder severity and functional correlates in military combat veterans who have served since september 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010; 71(7), pp. 823 - 830.

<sup>148</sup> Southwick, S. M., Charney, D. S. (2012): Resilience: The science of mastering life's great challenges; Ten key ways to bounce back from stress and trauma. In: Jenkins, C. M.: *Organizational Hardiness in the U.S. Army Recruiting Command*. NATO Mental Health and MTBI Workshop. Ramstein, Germany, 2015.

találták a vezetőt. Ez az összefüggés a harci bevetések során is fennállt. Az erős, határozott, kompetens vezetés úgy tűnik, hogy protektív faktorként szerepel a pszichiátriai tünetek kialakulásával szemben.<sup>149</sup>

Összefoglalva: a traumatizálódással és a poszttraumás tünetekkel kapcsolatos reziliencia – kutatások jórészt a protektív faktorok azonosítására helyezték a hangsúlyt, illetve vizsgálták, hogy vajon a rizikófaktorokat (traumát megelőző, illetve az expozícióval kapcsolatos) milyen mértékben módosítják a rezilienciát alkotó protektív faktorok. Valamennyi esetben igazolták a tanulmányok, hogy a vizsgált védőfaktorok ellátták a feladatukat a patológia kivédésében az intenzív harci stressz ellenére is.

## 2.2.4 Reziliencia - kutatások Magyarországon

A magyarországi reziliencia - kutatások elsősorban egészségpszichológia szempontjából vizsgálják a protektív tényezők szerepét, részben a pszichoszomatikus betegségek területén, másrészt a serdülőkorúak, illetve a gyermekek fejlődési tényezőit, káros magatartását, viselkedését tanulmányozva. Természetesen a cél minden esetben a prevenció.

Gyöngyösiné Kiss Enikő és munkatársai a Pécsi Tudományegyetemen a reziliencia egészségpszichológiai megközelítésével foglalkoznak. Egyik kutatásuk célja a szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek személyiségjellemzőinek komplex klinikai és egészségpszichológiai megközelítése volt. Kiindulásuk alapján a személyiségjellemzők (temperamentum- és karakterfaktorok) olyan alapvető tényezők, amelyek a kritikus élethelyzetekre adott egyéni reagálási módokon keresztül befolyásolják az egyén egészség - betegség kontinuumon való elhelyezkedését. Így a kutatáson belül az egyik célkitűzés volt a személyiség azon pozitív erőforrásainak feltárása és azonosítása, amelyek védőfaktorként járulnak hozzá a krónikus betegséggel való megküzdéshez és a lelki ellenállóképesség kialakulásához. Kiinduló kérdésük volt, hogy vajon melyek azok a személyiségtényezők, amelyek növelik az egyén ellenállóképességét a tartós megterhelésekkel szemben, és egyben lehetővé teszik a betegek fokozott alkalmazkodását, ami pozitív irányban hat a betegség lefolyására? Másképpen feltéve a kérdést, a betegség lefolyása, az orvosi terápiás beavatkozás sikeressége

<sup>149</sup> Mental Health Advisory Team (MHAT-V) Operation Iraq Freedom 06-08, chartered by the Office of the Surgeon General Multi-National Forces-Iraq and Office of the Surgeon General United States Army Medical Command. <http://www.armymedicine.army.mil> Letöltés ideje: 2015-03-22

mennyire függ össze a személyiségtényezőkkel, így többek között a rezilienciával? Ennek alapján mérték a pozitív személyiségjellemzőket és a lelki ellenállóképességet a Connor-Davidson (CD-RISC) reziliencia skálával. Ennek a skálának a magyar adaptációját is ez a munkacsoport végezte el.<sup>150</sup>

A reziliencia vizsgálatára eddig magyar mérőeszközt nem fejlesztettek ki, illetve a nemzetközi kérdőívek közül nem történt meg egyik kérdőív magyar adaptációja sem. Ez a kutatócsoport egy pályázat keretében végezte el a Connor-Davidson Reziliencia skála (CD-RISC) magyar adaptációját. A hosszabb, 25 tételű verzió és a 10 tételű verzió reliabilitás- és validitásvizsgálatát is kidolgozták. Kutatási eredményeik azt mutatják, hogy a skála jól hasznosítható idehaza is, ugyanakkor a 25 tételű kérdőív faktorstruktúráját – más nemzetközi vizsgálatokhoz hasonlóan – ők sem kapták vissza. Egy skálaként használva a kérdőívet magas reliabilitás és validitás értékeket kaptak (Cronbach Alpha = 0.939).

A reziliencia skála eredményeit tekintve (25 tételű verzió) szignifikáns különbséget kaptak az egészséges kontrollcsoport és a betegcsoportok között ( $t(162.44)=2.14$   $p < 0.05$ ), ezen belül az egészséges kontrollcsoporttól csak kismértékű különbség mutatkozott az SLE (szisztémás lupus erythematosus)-ban megbetegedettekkel összevetve, és a legnagyobb különbséget az RA (rheumatoid arthritis)-esek esetében kapták. Megvizsgálták a reziliencia skála kapcsolatát bizonyos személyiségtényezőkkel, ahol a várt eredmények jelentkeztek: vagyis a reziliencia pozitív kapcsolatban van a kitartással, önirányítottsággal, együttműködéssel és fordított összefüggésben áll az ártalomkerüléssel. A reziliencia skála további olyan személyiség jellemzőkkel állt szignifikánsan pozitív kapcsolatban, mint az explorációs ingerelhetőség, felelősségérzet, céltudatosság, leleményesség, önfogadás, empátia. A reziliencia ugyanakkor negatív korrelációban állt az olyan jellemzőkkel, mint az aggodalmaskodás, pesszimizmus, bizonytalanságtól való félelem, féltékenység az idegenekkel szemben, fáradékonyság és aszténia.

A kapott eredmények azt jelzik, hogy az említett pozitív személyiségjegyek a személyiség olyan védőfaktorainak tekinthetők, amelyek stresszhelyzetben, illetve megbetegítő tényezőkkel szemben is védelmet jelenthetnek. A reziliencia

---

<sup>150</sup> Gyöngyösiné Kiss Enikő: Zárójelentés (K71754): A szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek személyiségjellemzőinek komplex klinikai és egészségpszichológiai megközelítése c. OTKA pályázathoz (2008-2012). [http://real.mtak.hu/12156/1/71754\\_ZJ1.pdf](http://real.mtak.hu/12156/1/71754_ZJ1.pdf) Letöltés: 2015-01-11

ugyanakkor szignifikánsan negatív kapcsolatban áll a szorongással és a depresszióval.<sup>150</sup>

2010-ben Pikó és munkatársai szintén egészségpszichológiai megközelítésből két szegedi általános iskolában 7. és 8. osztályos tanulókat vizsgáltak. Tanulmányuk célja, hogy a tanulók észlelt stresszterheltsége, az általuk alkalmazott coping stratégiák és a rájuk jellemző reziliencia - mutatók (élettel való elégedettség, diszpozíciós optimizmus) segítségével azonosítsák a mintában szereplő serdülők klasztereit a változók közötti összefüggések alapján. A coping stratégiákat az Adolescent Coping Scale (Frydenberg, Lewis, 1993) segítségével vizsgálták, a stresszterheltség mérésére a Cohen és munkatársai (1983) által kifejlesztett Észlelt Stressz Skálát alkalmazták, amelyet Magyarországon már standardizáltak (Stauder, Konkoly Thege, 2006). A reziliencia szempontjából a diszpozicionális optimizmus és a jól-lét (well-being) mérésére alkalmas, hazánkban is adaptált kérdőíveket alkalmazták. Így elsősorban a protektív személyiségtényezőket vettek figyelembe a kutatók. Az eredmények alapján a magas stressz-szint egyértelműen összefügg a reziliencia hiányával és a maladaptív coping módszerek alkalmazásával. Elképzelhető, hogy éppen bizonyos személyiségjegyek (például az alacsony diszpozicionális optimizmus) szabják meg a stresszoldás folyamatát.<sup>151</sup>

Pikó Bettina és munkatársai „A védőfaktorok nyomában” című kötetükben serdülőkkel kapcsolatos egészségfejlesztésre koncentrálva, sok érdekes tanulmányban számolnak be – jórészt a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás adataira támaszkodva – a protektív faktorok (pl. az optimizmus, közösségi hatóképesség, szociális coping mechanizmusok, sport, család, vallásosság) szerepéről elsősorban a szenvedélybetegségek prevenciójában.<sup>152</sup>

Homoki Andrea disszertációjában a hazai gyermekvédelem területén végzett reziliencia - kutatás elméleti háttérét és eredményeit mutatja be. Az Észak-Alföld és a Dél-Alföld régiók gyermekvédelmi gondozottjainak körében 2012-2013 években kérdőíves vizsgálatot végeztek (N=371), az adatokat matematikai - statisztikai eljárással elemezték, valamint megkérdezett gyermekek iskoláinak pedagógiai

<sup>151</sup> Pikó Bettina, Hamvai Csaba: Stressz, coping és reziliencia korai serdülőkorban. Iskolakultúra. 2012; 9, pp. 24 - 33.

<sup>152</sup> Pikó Bettina (szerk): Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban. Budapest, L'Harmattan, 2010.

arculatát – az intézmények pedagógiai programjainak és online felületeinek tartalom elemzésével – vizsgálták. A hazai arányok becslésén túl a kutatás célja a gyermekvédelmi gondozásban élők átfogó reziliencia vizsgálata volt. Hazánkban az iskolai sikerességen túlmutató reziliencia - kutatást a gyermekvédelem területén még nem végeztek. Céljuk volt rámutatni azokra a belső és külső reziliencia komponensekre, melyek – egyéni és/vagy intézményi – tudatos, célzott fejlesztésével a gyermekvédelemben élő gyermekek boldogulási esélyei növelhetők. Kutatási eredményeik alapján reziliensként minősítették azokat a gyermekvédelmi gondozottakat, akik – a humán ökörendszer szintjein vizsgált, iskolai sikerességet statisztikai módszerekkel igazoltan elősegítő – a rezilienciátényezőket mérő változócsoport öt színteréből (családi, iskolai, társas támogatás, én-hatékonyság, élet értelmébe vetett bizalom) legalább két esetben a legjobb mutatókkal jellemezhető klasztercsoportokba tartoztak. A legalább két szintéren reziliens kategóriába sorolható gyermekek aránya 26%, amely megközelíti a nemzetközi 30%-os arányt.<sup>153</sup>

Irha Edina szakdolgozatában tanulmányozta a reziliencia alakulását katonáknál, melybe beletartozott kapcsolataiknak feltárása egyes személyes és társas erőforrásokkal, valamint a személy kognitív reprezentációival. A kutatásban személyes erőforrásként az önértékelést, illetve az énhatékonyságot, társas erőforrásként pedig a társas támaszt, valamint a csoporttal való kapcsolat szorosságát határozták meg. A személy kognitív reprezentációi pedig magukba foglalták a katona misszióra való alkalmasságáról, a misszió személyes céljáról, illetve a missziót már megjárt katonák esetén, az ez alatt észlelt nehézségekről való tapasztalataikat, elképzeléseiket, véleményüket.<sup>154</sup>

Mint ahogyan már a Bevezetésben említettem, a megküzdés, a protektív személyiségtényezők, így az egészségmagatartás kutatásáról több empirikus tanulmányban is publikáltak Magyarországon részben civil, részben katonai területeket is érintve. A traumafókuszú reziliencia - kutatásról, illetve a védelmi szektorban szintén hasonló jellegű vizsgálatokról, az extrém stressz - kutatások kivételével nem található ilyen jellegű felmérés.

<sup>153</sup> Homoki Andrea: A gyermekvédelmi gondozottak reziliencia vizsgálata a Dél-alföldi és az Észak-alföldi régióban. Doktori (PhD) Értekezés. Debreceni Egyetem. Humán Tudományok Doktori Iskola, 2014.

<sup>154</sup> Irha Edina: A reziliencia átfogó vizsgálata missziót megjárt és misszióra készülő katonáknál. Szakdolgozat. Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézet, 2014.

## 2.2.5 A reziliencia biológiai megközelítése

A reziliencia - kutatások kezdetben leginkább a gyermekkorra összpontosítottak, később a felnőttkori pszichológiai, szociális védőfaktorokra. A szélsőséges körülmények közepette vagy traumát követően is egészségesen működő személyiség biológiai „alkotórészeinek” empirikus kutatása szinte csak az elmúlt évek során történt meg és tart jelenleg is folyamatosan. Curtis és Cicchetti voltak az elsők, akik tanulmányozni kezdték a reziliencia biológiai alapjait. Elméletükben foglalkoztak az agyi régiók és a biológiai funkciók rezilienciával való kapcsolatával, beleértve az érzelmeket, a kognitív folyamatokat, a neuroendokrin- és immunfunkciókat, a genetikát. Az emberi fejlődés és viselkedés idegi és biológiai hátterének kutatását a modern technikai eljárások (EEG, MRI, PET, SPECT, stb.) megjelenése tette lehetővé. Ismert, hogy a biológiai folyamatok befolyásolhatják a pszichológiai történéseket, de ugyanez fordítva is érvényes. Léteznek olyan biológiai képletek, amelyek a személyiség neurológiai szintű meghatározói és olyan biológiai mechanizmusok, amelyek pszichés jelenségekben manifesztálódnak. Tudjuk azt is, hogy a tapasztalatoknak személyiségformáló hatásuk van, mindezek a folyamatok pedig párhuzamosan járnak az agy mikroszkopikus, sejtszintű, szerkezeti módosulásaival, így formálják a szinapszisokat, megváltoztatják a dendritek tulajdonságait, újraszerkesztik az egész idegi hálózatot (tanulás folyamata). A korai kutatások már kimutatták, hogy a csecsemőkori és a gyermekkori tapasztalatok milyen hatással vannak a reziliencia képességének kialakulására. Az egymással párhuzamos idegi történések formálják a magasabb rendű fejlődést, azaz a kérgi funkciók befolyásolásával alakítják az egyén komplex viselkedési megnyilvánulásait. Az agy igen képlékeny szervünk, amely a kérgi szövetek anatómiai szerkezetének változásaiban jelentkezik. Az agy végső struktúrájának kialakulására nagy befolyással vannak az egyén bizonyos környezeti tényezőktől függő megküzdési módjai, ezért mind a normális, mind az abnormális és mind a reziliens viselkedésnek is le kell képeződnie az idegrendszer sejtjeiben, szinapszisaiban.<sup>155</sup>

A következőkben néhány olyan biológiai jelenséget szeretnék említeni a szerzők vizsgálataiból, amelyekről kiderült, hogy a reziliencia kialakulásban és működésében jelen vannak. Patkányokon és főemlősökön is bebizonyították, hogy a traumatikus

<sup>155</sup> Curtis, W. J., Cicchetti, D.: Moving research on resilience into 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*. 2003; 15, pp. 773 - 810.

események, főleg a korai életszakaszban, képesek módosítani a viselkedést, a neuroendokrin, immunológiai válaszkészséget, az agy felépítését, a szervezet neurokémiaját. Árvaházban nevelkedett, abúzust vagy elhanyagolást átélt gyermekeket vizsgálva hasonló következtetésekre jutottak a szerzők. A HPA - tengely stresszor hatására történő aktiválódása fizikai és pszichológiai változásokat okoz a szervezet homeosztázisában, és ennek a stresszválasznak jelentős szerepe van a túlélésben. Szintén kiderült, hogy a stresszhormonok hatást gyakorolnak azokra a génekre, amelyek az agy szerkezetét és funkcióját szabályozzák így a neuronok növekedését, a neurotranszmitterek előállítását, a receptorok sűrűségét és érzékenységét, a neurotranszmitterek visszavételét. A szociális stresszorok az immunrendszer diszregulációjához vezethetnek, a negatív érzelmek, így a szorongás, a depresszió, közvetlen hatással vannak az immunrendszer sejtjeire a citokinek szintjének megváltozása révén is. Az érzelmek szabályozásának képességét kulcstényezőnek, a reziliencia egyik védőfaktorának tekintik. A szerzők tanulmányukban leírják, hogy a nagyagyféltekék prefrontális aktivitását vizsgálva a kutatók szignifikáns eltéréseket találtak a reziliens és nem reziliens személyek között. Utóbbi személyekre az érzelmek szabályozásának fokozottabb készsége, alacsonyabb érzelmi reaktivitás volt jellemző. Ez a tulajdonság szoros korrelációt mutatott a fokozottabb bal agyféltekei működéssel (csökkent jobb agyféltekei prefrontális EEG-aktivitással). Az érzelmek mellett a kognitív folyamatok rezilienciával kapcsolatos összefüggéseit és ezek nyilvánvaló biológiai háttérfolyamatait tanulmányozták. A témakörben fellelhető kutatások főleg az emlékezet területéhez kapcsolódnak.<sup>155</sup>

A reziliencia neurobiológiai kutatásához járult hozzá Charney, azzal, hogy egy integratív modell keretében tizenegy olyan biokémiai mediátort írt le, amelyek az extrém stresszre adott válaszban a rezilienciáért vagy a vulnerabilitásért felelős folyamatokban vesznek részt. A legfontosabbak a kortizol, a dopamin; és amelyek a rezilienciára pozitív hatással vannak még, mint a dehydroepiandrosterone, a neuropeptid Y, galanin, szerotonin, benzodiazepin receptorok, tesztoszteron, ösztrogén; valamint amelyek aláaknázzák a rezilienciát, mint a CRH és a locus-coeruleus - norepinephrine rendszer.<sup>156</sup>

---

<sup>156</sup> Charney, D. S.: Psychobiological mechanism of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161, pp. 195 - 216.



## 2.2.6 Reziliencia és prevenció katonai kutatása nemzetközi kitekintésben

A reziliencia - kutatások következménye – mind gyermekeknél, mind felnőtteknél, náluk különösen azoknál, akik hivatásuk szempontjából a rizikópopulációba tartoznak, – hogy egyre inkább előtérbe kerültek azok az elképzelések, melyek szerint a reziliencia fejleszthető és ezzel kivédhetőek az extrém stresszhelyzetek, a traumatizáció negatív hatásai.

A gyermekek esetében a leghangsúlyosabb a kielégítő és harmonikus kapcsolat kialakítása egy kompetens, szerető felnőttel, illetve a gyermekek motiválása, segítése, hogy az érdeklődésük szélesedjen és a tehetségük, adottságaik fejlődjenek.

Masten három alapvető stratégiát ír le a reziliencia fejlesztése érdekében:

- rizikóorientált stratégiák: céljuk, hogy csökkentsék a gyermekek kockázatos eseményekkel való szembesülését
- minőségorientált stratégiák: növelni a mennyiségét, hozzáférhetőségét és minőségét azoknak a forrásoknak, amelyek segítik a gyermek kompetenciájának fejlődését
- folyamatorientált stratégiák: ezek segítségével aktiválhatóvá válik az alapvető protektív rendszer. A programok biztosítják, hogy a gyermek megtapasztalja az önbizalmának a növekedését, azon keresztül, ha elsajátít, megtanul valamit. Ezzel együtt a személyes kontroll érzése is fokozódik.<sup>157</sup>

A következőkben az amerikai hadsereg (U.S. Army) reziliencia - fejlesztő programját szeretném röviden ismertetni. Az amerikai katonák folyamatosan ki vannak téve harci helyzeteknek, hiszen olyan területeken kerülnek bevetésre (Irak, Afganisztán), ahol állandó konfliktusok, erőszak, háború van, életük veszélyben forog, szemtanúi lehetnek mások, akár a társuk, akár civilek, gyermekek halálának, sebesülésének. Talán ők töltenek el legtöbb időt a hadszíntéren összehasonlítva más országok katonáival. Akik még hasonló veszélyeknek vannak kitéve, de kevesebb ismereteink vannak róluk, azok a francia hadsereg Afrikában szolgáló katonái. Az amerikai katonák sokszor tartósan távol vannak szeretteiktől, komplex, fokozott stresszel járó feladatokat kell ellátniuk. Egyszerre kell harcosként, konfliktuskezelő szakemberként, közösségi munkásként, békefenntartóként stb. jelen lenni és feladatot teljesíteni. Az öngyilkossági arány nagyon magas a katonák között. Irakból és

<sup>157</sup> Masten, A. S.: Children who overcome adversity to succeed in life. University of Minnesota Extension Service, Communication and Educational Technology Services, 2000.

Afganisztánból hazatért katonáknál több esetben jelentkeznek a PTSD és más mentális betegségek tünetei, valamint alkohol problémák. Az iraki missziót követően 12 hónap alatt a Walter Reed Army Institut of Research Pszichiátriai részlegének adatai szerint 15%-ban alakult ki PTSD a visszatért katonáknál, 12%-ban depresszió és 11,5 %-ban szorongásos tünetek. 15%-nál jelentkeztek alkohol, családi és kapcsolati problémák. Nagy probléma a katonáknál a pszichológiai stigma kérdése. A megkérdezettek 40-50%-a nem fordulna segítségért, mivel félti a karrierjét, tart attól, hogy gyengének bélyegzik meg, és nem jár neki a háborús hős „kitüntetés”. A szervezeti korlátok miatt sem igen tudják a katonák, hogy ha baj van, hová és kihez fordulhatnak segítségért.<sup>158,159</sup>

A megoldás erre kezdetben egy több szintet átfogó, mind a katonákat és a vezetőket, a civileket is egyaránt érintő kiképzési és szűrő program, amelynek segítségével a harci eseményekkel járó kockázat csökkentése, a reziliencia fejlesztése és harci körülményekre való felkészítés, valamint a hazatérés és az itthoni környezetbe való visszaillesztés segítése a cél. Így indult el a következő három kezdeményezés:

- A pszichológiai felkészültség fejlesztése és tesztelése bevetési környezetben (PRIDE) tréning modul: amely információt nyújt arról, hogy a harci körülményeknek, helyzeteknek milyen hatásai lehetnek a katona mentális egészségére nézve. Melyek azok a specifikus viselkedési formák, amelyekkel a katonák és a vezetők képesek csökkenteni a harc és a bevetés stresszorainak következményét. Ennek a része a bevetéseket és szolgálatot követően az itthoni környezetbe történő visszaillesztés is.
- Az egység szükségleteinek a felbecsülése: a katonák és az egység mentális egészségének és jól-létének függvényében egy mentálhigiénés jellegű támogatás szolgáltatása, igény szerint.
- Pszichológiai szűrés kivitelezése a distresszt megtapasztaló katonák beazonosításához, hogy akinek szükséges, minél hamarabb megkapja az igényelt segítséget.<sup>158</sup>

Napjainkban egy újabb rezilienciát fejlesztő program létrehozását célozták meg az amerikai hadseregben: az úgynevezett Átfogó Katonai Alkalmasság, azaz

---

<sup>158</sup> Castro, C. A., Hoge, C. W. (2005): Building psychological resiliency and mitigating the risk of combat and deployment tressors faced by soldiers. In: Strategies to Maintain Combat Readiness during Extended Deployments. A Human Systems Approach. 2005; pp. 131 - 136.

<sup>159</sup> Casey, G. W. (2011): Comprehensive Soldier Fitness. A vision for psychological resilience in the U. S. Army. American Psychologist 2011; 66(1), pp. 1 - 3.

Comprehensive Soldier Fitness (CFS) program megteremtését. Ez egy, a komplex katonai állóképesség kialakításához, 2008 őszén elindított kezdeményezés, amelynek egyértelmű célja a jelenlegi missziós körülmények között egyre nagyobb arányban kialakuló poszttraumás tünetek megelőzése. Ez a preventív program mind a katonák, mind a hozzátartozók és a hadseregben dolgozó civilek esetében igyekszik segítséget nyújtani ahhoz, hogyan legyenek képesek mentálisan és pszichológiailag is egészségesek maradni a nehéz helyzetekkel való szembesülés során, beleértve a harci helyzeteket és a hosszantartó távollétet a szeretteiktől. A program felépítése a következő<sup>159</sup>:

- A CSF-el kapcsolatos információk nyújtása, illetve edukáció a holisztikus szemléletről, amit képvisel. A pszichológiai rezilienciát a következő öt dimenzióban igyekeznek fejleszteni: fizikai, szociális, emocionális, spirituális és családi.
- A program számos tanulási stratégiát alkalmaz, a hagyományos tantermi előadásoktól az online feladatokig.
- Lényeges szemlélet az egyénre szabottság, azaz 18-40 éves korig, a közlegénytől a tisztekig, a katonától a civilig, nőtől a férfiig, stb. igyekeznek mindenkinél az adott személy igényeihez igazítani a tréninget.

A program négy komponensből áll:

1. Online önértékelés, a reziliencia szintjének beazonosításához.
2. Online önsegítő modul, az előzetes becsléshez, értékeléshez igazítva.
3. Rezilienciát fejlesztő trénerok segítségével kiképzés levezetése az adott egység szintjéhez igazítva.
4. Kötelező reziliencia tréning a (leendő) vezetők, parancsnokok számára a tisztképző iskolában.

Összességében elmondhatjuk, hogy a reziliencia fejlesztését célzó intervenciók – akár gyermekeknél, vagy felnőtteknél, akár civileknél, akár a védelmi szektorban, a hadseregben – a következőket hangsúlyozzák:

- A kompetenciára, a pozitív forrásokra, az erősségre és nem a deficitekre összpontosítanak.
- Igyekeznek a vulnerabilitás és protektív faktorok közötti kapcsolatot felderíteni.
- Az egyén és a környezete közötti kapcsolat szintén központi jelentőségű.

- Minden egyes intervenció kezdeti lépése egy alapos értékelés, szűrés, amire a gyakorlat támaszkodhat.<sup>159</sup>

## 2.3 REZILIENCIA MINT INTEGRÁLT ALKALMAZKODÓ RENDSZER

A reziliencia széleskörű fogalom, amely szélsőséges változások vagy fenyegetettség esetén is megvalósuló pozitív alkalmazkodási képességet jelent. Ez a vérszrugalmasság dinamikus, hiszen ugyanaz az egyén viselkedhet egyszer maladaptív, máskor pedig reziliens módon. Két magyarázó modell létezik, hogy megértsük ezeket az ellentmondó viselkedési módokat. Az egyik a kiegyenlítő modell, amely szerint a rizikófaktorok semlegesítésével, ellensúlyozásával tud az egyén közvetlen, pozitív hatást elérni. Ez a modell előnyökről, erőforrásokról, protektív faktorokról beszél, és figyelmen kívül hagyja a károsító hatás erősségét. A másik, a védőfaktor modell akkor bír nagyobb magyarázó erővel, amikor a károsító ágens erősnek mutatkozik. Ez a modell alacsony mértékű kihívás esetén nem érvényes. E két modell segít abban, hogy a reziliens viselkedés különböző mintázatait megértsük.<sup>160</sup>

Masten és Wright négy, egymástól elhatárolható vérszrugalmasság mintát azonosított:

- Ellenállás: ésszerű, kiegyensúlyozott, adaptív viselkedésminta, amelyet azok a gyermekek mutatnak, akik hátrányos körülmények ellenére a korukra jellemző fejlődési feladataikat sikerrel megoldották.
- Kilábalás: az a viselkedésmintázat, amikor az egyén adaptív viselkedésformája egy csapás eredményeként átmenetileg megszűnik, majd az illető újból visszatér a megfelelő szintre. Ez a minta jellemző a folyamatos stressznek való kitettség vagy hirtelen katasztrófák esetén.
- Normalizáció: akkor valósul meg, ha egy gyermek születésétől fogva egy ártalmatlan környezetben él és ebből kiszabadul, jobb feltételek közé kerül.
- Átalakulás: a vérszrugalmas viselkedés egy olyan fajtája, amikor is egy csapás következtében az egyén adaptív funkciói javulnak, ez a poszttraumatikus növekedés.<sup>160</sup>

<sup>160</sup> Masten, A. S., Wright, M. O'D.: Resilience over lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In: Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S. (Eds): Handbook of adult resilience. New York, Guilford Press, 2009. p. 213-237.

A reziliens viselkedés e négy mintázata az emberi fejlődési szakaszok mindegyikének feladatait segít megoldani, a rezilienciára tehát egy élethosszon tartó védőfaktoroként számíthatunk.

A reziliencia - kutatások harmadik évtizedében megfogalmazódott kérdések megválaszolása átvezetett a reziliencia - kutatások ma érvényes negyedik szakaszába. Korunk reziliencia - kutatói már, mint integrált alkalmazkodó rendszerként beszélnek a vészrugalmasságról. A következő tíz integrált területet különítették el a kutatók, amelyeknek leginkább szerepe van a reziliencia konstruktumának kialakításában:

- egészség és a stressz - rendszer (allosztázis, a normál immun- és HPA funkciók)
- információs folyamatok és problémamegoldó rendszer (normál kognitív fejlődés, IQ)
- kötődési kapcsolatok szülőkkel, barátokkal és másokkal (biztonságos kötődés)
- önszabályozás, önirányítás, gátló-rendszer
- irányító és jutalmazórendszer
- spirituális, vallásrendszer
- család rendszere (zárt kapcsolat a szülőkkel, szülők által támogatott tanulás, nyugtató rituálék és rutin)
- egyenrangú társas rendszerek
- iskola (alkalom a tanulásra, kapcsolatot támogató felnőttekkel és társakkal, stb.)
- széles közösség és kulturális közeg.<sup>127</sup>

**Összegzés: A pszichológiai reziliencia jelenségével foglalkozó fejezetben a releváns szakirodalmak ismertetésén keresztül mutattam be a konstruktum kutatásával kapcsolatos eredményeket. Bevezetésképpen áttekintettem más, a rezilienciával összefüggésben lévő, protektív faktorok, így a megküzdési stratégiák, valamint a protektív személyiségtényezők leltárát. A reziliencia fogalmának magyarázatát a fejlődépszichológiai kutatások ismertetése követte, majd a felnőttkori pszichotraumához, extrém stresszhelyzetekhez kötődő reziliencia – kutatásokat foglaltam össze. Ezen belül kitértem a**

reziliencia kialakulásában közreműködő faktorok és a reziliencia modellek bemutatására, valamint a katonai területtel összefüggő reziliencia – kutatásokra. Egy rövid fejezet erejéig igyekeztem összefoglalni a magyarországi kutatásokat is, amelyek még kevésbé foglalkoznak felnőttkori traumatizálódással összefüggő reziliencia vizsgálatával. Bár a pszichológiai reziliencia fogalmával foglalkozunk, de nem hagyhatjuk figyelmen kívül a háttérben lehetséges biológiai folyamatokat sem. A fejezetet az Amerikai Egyesült Államok hadseregének reziliencia – fejlesztő programjának bemutatásával zártam. A szakirodalmi ismertetésen keresztül igyekeztem igazolni a reziliencia és a reziliencia – kutatások létjogosultságát a védelmi szektor területén hazánkban is. Hangsúlyoznám ezt annak ellenére, hogy, amint láthattuk, mind a mai napig nem született konszenzus, illetve egységes nézőpont e jelenséggel, konstrukttummal kapcsolatban. Mindez persze nehezíti a megfelelő vizsgálóeszközök, eljárások kialakítását is, illetve a reziliencia fejlesztésének hatékonyságát.

### 3. FOKOZOTT VESZÉLYEL ÉS TRAUMATIZÁLÓDÁS LEHETŐSÉGÉVEL JÁRÓ HIVATÁSOK JELLEGZETESSÉGEI A VÉDELMI SZEKTOR TERÜLETÉN A STRESSZFORRÁSOK ÉS A PSZICHOLÓGIAI ALKALMASSÁG SZEMPONTJÁBÓL

A harmadik fejezetben a kutatásom során vizsgált hivatásos állomány munkakörének, feladatainak bemutatásával igazolom, hogy miért tekintem őket a poszttraumás stresszbetegség kialakulása szempontjából rizikópopulációnak. Itt elemzem a Katasztrófavédelmen belül a tűzoltókat, a rendvédelmi szerveken belül a speciális beosztásban lévő és helyszínelő rendőröket, a Magyar Honvédség katonáit, különös tekintettel a missziós szolgálatra, valamint a fegyveres biztonsági őröket érő stresszorokat, a pszichológiai alkalmasság kritériumait.

#### 3.1 KATASZTRÓFAVÉDELEM - TŰZOLTÓSÁG



Napjainkban a tűzoltók feladatköre elmozdulást mutat a szakmaspecifikusság irányából a katasztrófaelhárítás széles spektruma felé. Az operatív tűzoltói munkát végző beavatkozó állomány feladatai az alábbi területekre oszlanak:

- polgári veszélyhelyzetekben történő mentés végrehajtása
- védekezésszervezés és –irányítás
- káros következmények felszámolása
- helyreállítás és újjáépítés megvalósítása.<sup>161</sup>

<sup>161</sup> [http://www.katasztrofavedelem.hu/index2.php?pageid=szervezet\\_bemutatkozas](http://www.katasztrofavedelem.hu/index2.php?pageid=szervezet_bemutatkozas) letöltés ideje: 2014-06-13

A veszélyhelyzetekben történő mentés, védekezésszervezés és irányítás, káros következmények felszámolása, valamint a helyreállítás és újjáépítés megvalósítása tűzoltási feladatokra és a műszaki mentési feladatokra oszlik.

A tűzoltási feladatok a következőket foglalják magukban: a veszélyeztetett személyek mentése, a tűz terjedésének megakadályozása, az anyagi javak védelme, a tűz eloltása és a szükséges biztonsági intézkedések megtétele, továbbá a tűz közvetlen veszélyének elhárítása.

A műszaki mentési feladatok a következőket jelentik: természeti csapás, baleset, káreset, rendellenes technológiai folyamat, műszaki meghibásodás, veszélyes anyag szabadba jutása vagy egyéb cselekmény által előidézett veszélyhelyzet során az emberélet, a testi épség és az anyagi javak védelme érdekében a tűzoltóság részéről – a rendelkezésére álló, illetőleg az általa igénybe vett eszközökkel – végzett elsődleges beavatkozási tevékenység.<sup>162</sup>

A beavatkozás során előforduló káresemények a 39/2011. (XI. 15.) BM rendelet csoportosításában a következők lehetnek: feszültség alatt álló berendezések, középmagas- magas épületek, veszélyes anyagok, járművek, éghető folyadékok, tartályok, gázok, sugárveszélyes anyagok, erdők és tőzegterületek, olajkitörés tüzeinek oltása; valamint műszaki mentés kapcsán kármentesítés, így közlekedési balesetnél, közmű és csatornarendszerben, építményeknél, veszélyes anyagoknál vagy sugárveszélyes területen.<sup>163</sup>

Az operatív beavatkozási feladatokat ellátó tűzoltókra pszichológiai szempontból a következők jellemzők:

- Védőruhába vannak öltözve, amiben tökéletesen megbíznak.
- Csapatban dolgoznak, biztosan tudják, hogy tűzoltóbajtársuk mindig mellettük van, bármi is történjen, mögöttük áll a segítség.
- A tűzoltóknak a kárhelyszíni beavatkozás munkaköri feladatuk, a szolgálati idő készenlétében számítanak rá. A riasztás elhangzásától számítva minimum öt-tíz perc áll rendelkezésükre a mentális felkészüléshez. Megfelelő szakmai tudással és tapasztalattal bírnak a veszélyhelyzet jellegéről, jellegzetességeiről. Ezzel szemben a mentendő személyek váratlanul kerülnek

<sup>162</sup> [http://www.katasztrofavedelem.hu/index2.php?pageid=tuzoltas\\_index](http://www.katasztrofavedelem.hu/index2.php?pageid=tuzoltas_index) letöltés ideje: 2014-06-16

<sup>163</sup> 39/2011. (XI. 15.) BM rendelet a tűzoltóság tűzoltási és műszaki mentési tevékenységének általános szabályairól.



a veszélyhelyzetbe, másodpercek sincsenek a helyzet felmérésére, jellemzően sincsenek előzetes tapasztalataik és alulinformáltak.<sup>164</sup>

- A tűzoltók személyes érintettsége feltehetően minimális, míg a mentendő személyek jellemzően saját közegükben esnek veszélyhelyzetbe (pl. otthon, saját személygépkocsiban), így a trauma érzelmileg, testileg, anyagilag közvetlenül őket sújtja. Saját magukat, saját rokonaikat, ismerőseiket látják szenvedni, saját értékeiket látják pusztulni. A személyes érintettség ilyen magas foka gyakran az irracionális irányába tolja el a gondolkodást és a viselkedést.<sup>165</sup>

Egy teljes rajban két-két sugárvezető és segéd sugárvezető van, valamint egy gépkocsivezető és egy szerparancsnok. A sugárvezetők és segéd sugárvezetők a beavatkozó állomány végrehajtó egységei. A sugárvezető feladata a sugárcsővel való tűzoltás vagy védősugár - képzés, a segéd sugárvezető feladata a sugárvezető segítsége, biztosítása. A gépkocsivezetők elsődleges feladata, hogy a vonuló szerrel állomáshelyről a kárhelyre szállítsák a beavatkozó tűzoltókat, valamint a beavatkozáshoz szükséges felszereléseket. A vonuló egység többi (különböző beosztású) tűzoltójának a riasztás elhangzásától számított 120 másodperc áll a rendelkezésére teljes felszerelésben elhagyni a laktanyát, majd a kárhelyszínre érkezés időtartama alatt mentálisan felkészülni az előtte álló káreseményre. A gépkocsivezető ezzel szemben már a 120 másodperc alatt be kell, hogy indítsa a gépjárművet és a vonulás megkezdésekor mentálisan maximálisan felkészültnek kell lennie a kárhelyszínre jutás útvonalát, a gépjármű aznapi készenléti tulajdonságait illetően. Másodpercek alatt kell a kognitív teljesítményük maximumát hozni.

Vonulás közben a sofőr döntéshozatala gyorsul, a reakcióideje minimalizálódik, a kockázatvállalás a normális határértéken belül növekedik, valamint nem egy alkalommal meg kell szegnie az általános közlekedési szabályokat (tilos jelzés ellenébeni közlekedés, ellenirányú forgalomban való haladás, villamossínen, járdán való haladás, stb.). Ezek a körülmények egyenként is igénybe veszik a szervezetet (mentális és fizikai téren egyaránt), együttesen pedig fokozott terhelést fejtenek ki.

<sup>164</sup> Canter, D.: Studying the experience of fire. In: Canter, D. (Ed) Fires and human behaviour. London, David Fulton Publishers, 1990. pp. 1-15.

<sup>165</sup> Bolgár J., Szekeres Gy.: Katasztrófa és kríziskommunikáció lélektani alapjai. Elektronikus jegyzet, ZMNE, 2009.  
<http://www.vedelemigazgatas.hu/elemek/katasztrofa%20es%20krizis%20kommunikacio.pdf> Letöltés ideje: 2014-08-31

A kollégákért, a közlekedésben résztvevő többi személyért vállalt felelősség (akár olyanokért, akik figyelmetlenségükben veszélyeztetik saját testi épségüket, a tűzoltók életét, valamint azoknak a bajba jutott személyeknek a túlélési esélyeit is, akikhez a tűzoltók tartanak) szintén nagy súllyal nehezedik a gépkocsivezető vállára. A szerparancsnokot terheli a rábízott szer, a tűzoltó felszerelés és az állományért való felelősség. Feladata a felügyelete alá tartozó raj irányítása. A tűzoltásvezető (kárhely parancsnok) tüzesetnél, műszaki mentésnél a beavatkozó egységek egyszemélyi vezetője, irányítója, döntéshozója. Döntéseinek optimalizálásához a vezető előzetes tapasztalatokra támaszkodik, amelyhez a helyzet helyes felismerésére, gyors információfeldolgozásra és megosztott figyelemre van szüksége. Felelőse a gyors és szakszerű kárfelszámolásnak és a beavatkozó állomány biztonságának. Írott és íratlan szabályok határozzák meg tevékenységét, feladatköre a tűzoltóság történetében a szakmai kihívásoknak megfelelően változik. Feladatait és kötelezettségeit a Tűzoltási Szabályzat határozza meg. A híradós állomáshelye nem a kárhelyszín, hanem a laktanya. Beavatkozás során nyugtázással pontosan rögzíti a beavatkozás menetét, informálja az állományt.<sup>165</sup>

A tűzoltókat érő stresszforrások három részre bonthatók a szolgálati időben bekövetkező események felosztása szerint: beavatkozási, készenléti és vonulási stresszforrások tekintetében.

A beavatkozási stresszforrások a kárhelyszínen szakmai feladatot ellátó tűzoltók jellemzőit foglalják össze; a 24 órás szolgálati idő során tapasztalt készenléti stresszforrások a monotoniatúrissal, a készenlétre jellemző emocionális, kognitív és fizikai felfokozottsággal állnak összefüggésben; a vonulási stresszforrások pedig a hirtelen igénybevétel okozta gyors reakciók következményeit foglalják magukban. Az operatív tűzoltói szolgálatot ellátó állomány aktív beavatkozására a riasztásra adott hirtelen válasz és a vonulás alatti felkészülés után kerül sor, gyakran életveszélyes környezetben, jellemzően emberi áldozatok, nagy vagyoni értéket képviselő tárgyak mentésével, a kollégák szoros együttműködésével, előre pontosan nem ismert súlyos problémák gyors és hatékony megoldásával.<sup>166</sup>

A beavatkozási stressz a katonai szakirodalomban harctéri stressz fogalomkör szerint kerül meghatározásra, amely értelmében a harctéri stressz az egyén megrendült

<sup>166</sup> Ruzsa Dóra: Stresszforrások, stressztünetek és stresszoldási mechanizmusok vizsgálata tűzoltók körében. Doktori (PhD) értekezés. NKE KMDI, Budapest, 2015.

pszichés állapota, ami veszélyes harctéri körülmények között alakul ki, megrendítő élményekben, fiziológiai és magatartásbeli funkciókban nyilvánul meg.<sup>32</sup>

Az extrém módon megterhelő beavatkozások és a depresszió, harag, valamint a harag kifejezési módjai között korreláció áll fenn. Ennek az együttjárásnak a vizsgálatára fejlesztették ki a Kritikus Incidens Kérdőívet (Critical Incident Inventory – CII), melynek kérdéseit az alábbi különösen fokozott stresszhatással, akár traumatizáló hatással bíró beavatkozási események köré csoportosították:

- komoly sérülés,
- komoly sérülés vagy halál veszélye,
- robbanás vagy veszélyes anyagok jelenléte,
- vér, egyéb testnedvek és testdarabok jelenléte,
- holttestek, testdarabok mozgatása,
- ismerős áldozatok,
- bajtárs sérülése, halála (akár távoli),
- tömegszerencsétlenség,
- terrorveszély,
- gyermeksérülés és halál,
- több gyerek veszélyeztetettsége (még akkor is, ha nem jár a sérülésükkel, halálukkal),
- többszörös halál,
- szokatlan vagy problémás beavatkozási stratégia,
- rendőrségi védelem szükségessége a helyszínen,
- verbális vagy fizikai veszélyeztetettség a helyszínen tartózkodók részéről (még akkor is, ha nem követel rendőri jelenlétet),
- sikertelen beavatkozás,
- kritikus média visszhang,
- meghibásodott, elveszett felszerelés vagy eszközök,
- közeli kontaktus megégett, megcsonkított áldozatokkal.<sup>167</sup>

---

<sup>167</sup> Monnier, J., Cameron, R. P., Hobfoll, S. E., Gribble, J. R.: The Impact of Resource Loss and Critical Incidents on Psychological Functioning in Fire-Emergency Workers: A Pilot Study International. Journal of Stress Management. 2002; 9(1), pp. 11 - 29.

A faktorok tűzoltókra vonatkozó relevanciáját specifikusan tűzoltóstresszt vizsgáló kutatók támasztották alá.<sup>168</sup>

A beavatkozás során előforduló azonnali stresszforrások a kárhelyszínen jelentkeznek, közvetlenül feladat végrehajtása közben, szemben a késleltetett hatású stresszforrásokkal, amelyek órákkal, hetekkel, hónapokkal vagy évekkel a káresemény után fejtik ki hatásukat. A tömeges szerencsétlenségek, a sok sérült látványa az edzettebb tűzoltókat is megviseli. A kolléga sérülése vagy halála jelentős mértékű feszültséget, bizonytalanságot okoz. A terrorcselekmények, vagy enyhébb fokú, azonban a tűzoltó testi épségét veszélyeztető beavatkozások komoly megterhelést jelentenek a beavatkozóknak. A személyes involváltság megterhelő, a többi tűzoltóval együttesen átélt szélsőséges, lelkileg és testileg egyaránt megterhelő élmények erős köteléket alakítanak ki a kollégák között, amivel kizárják az ilyen élményekben nem részesülő civileket. A következő jelenségek a lelkileg különösen megterhelő kategóriába tartoznak:

- tömeges halál
- sérültek személyes tárgyai
- előre jelzett tragédiák, természeti katasztrófák (pl. földrengés, árvíz)
- emberi mulasztásból fakadó tragédiák
- ismeretlen okok, értelmetlen halál
- halál annak ellenére, hogy a beavatkozók mindent megtettek
- szokatlan vagy különösen terhelő látvány és hangok (pl. öngyilkos emberek testének puffanása földet éréskor)
- menekülési lehetőség teljes hiánya (pl. túszerzés, besorozott sérült, bányamentés).<sup>169</sup>

Azonnali stresszforrásként jöhetnek számításba a következő tényezők:

- felelősség az emberéletért, felszerelésekért, vagyontárgyakért
- fizikai terhelés, termosokk, szenzoros depriváció
- hős vagy végrehajtó szerep, azaz önmaguk és a társadalom elvárásainak való megfelelés
- időnyomás, kényszerhelyzeti döntéshozatal

<sup>168</sup> Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K., Cornell, W.: Coping Responses and Posttraumatic Stress Symptomatology in Urban Fire Service Personnel. *Journal of Traumatic Stress*. 1999; 12(2), pp. 293 - 308.

<sup>169</sup> Kirschman, E.: I love a fire fighter: What the family needs to know. New York, The Guilford Press, 2004

- küszöb feletti ingerek
- megfigyelt cselekvő, „közönség”
- sérülés-, életveszély
- sérültekkel való kommunikáció

A beavatkozás után, késleltetett hatású stresszforrások órákkal, hetekkel, hónapokkal vagy évekkel a beavatkozást követően jelentkeznek és fejtik ki hatásukat, feladat végrehajtása után, késleltetve. Ilyenek lehetnek az emléketörések, rémálmok, valamint azok az esetek, ahol a jogtalan vádaskodások, feljelentések jelentenek pszichés megterheléseket.<sup>166</sup>

24 órás készenléti szolgálatot látnak el állomáshelyükön az operatív munkát végző tűzoltók, akik riasztás esetén elsődleges beavatkozó egységként tűzoltási és műszaki mentési feladatokat végeznek. A 24 órás készenléti időt napirend strukturálja: továbbképzés, karbantartás, eligazítás, gyakorlatok, pihenőidő. A készenléti idő alatt bármikor előfordulhat, hogy riasztás esetén kettő percen belül teljes védőfelszerelésben el kell hagyni a laktanyát, azért, hogy akár életveszélyes vagy érzelmileg terhelő-sokkoló körülmények között tökéletes fizikai és mentális teljesítményt nyújtson a tűzoltó.

Készenléti stresszforrások közé sorolhatók:

- kiszámíthatatlanság, bejósolhatatlanság
- monotónia, izolált helyzet
- riasztás
- a riasztás vonulásra való felszólítás vizuális és akusztikus jelzéssel váratlan, meglepő és azonnali cselekvésre ösztönzi a tűzoltót
- nem saját riasztás, téves riasztás.<sup>166</sup>

A vonulás megkülönböztető jelzések használatával az aktuális tartózkodási helyről a megadott szerek, eszközök és személyi állomány kárhelyre történő szállítása. Ennek objektív veszélymutatója viszonylag magas, szubjektív megélése viszont rendkívül személyfüggő, pszichikai értelemben felkészülés a beavatkozásra. A vonulás során automatizmusok útján vált a tűzoltó a laktanyai milióból a beavatkozó szerepre, a kárhelyszínre érkezéskor már beavatkozó a beosztott, akire a beavatkozás szabályai hatályosak. Nem érvényesek többé a laktanyai keretek, a készenléti

kapcsolatrendszer (időlegesen érvényét veszti a szimpátia, az ellenszenv, csak a bajtársiasság létezik), kizárólag a beavatkozás sikere a cél.

A vonulás alatt megélhető stresszforrások akár eustresszként vagy distresszként is jelentkezhetnek, hogy melyiket éli át a tűzoltó, az függ:

- a személyiségétől
- előzetes tapasztalataitól és a szolgálati éveinek számától
- pillanatnyi hangulatától
- a riasztás körülményeitől
- a környezet válaszaitól.

Vonulás során jelentkező stresszforrások:

- Elővételezett stressz: Az elővételezett stressz, vagy előzetes szorongás valamilyen előre látható veszteségtől vagy kártól való folyamatos fenyegetettség érzése, pl. aggodás vagy félelem. Az elővételezett stresszt fokozhatja az elégtelen képzettség, önbizalom hiány, túlzott szabálykövetés, alacsony szintű megküzdési készség, szociális ügyetlenség, aktuális szomatikus és pszichés egyensúlyzavarok.<sup>166</sup>

Az elővételezett stressz két fajtája a facilitáló és a debilizáló típusok. A facilitáló szorongás teljesítménynövelő hatású, a debilizáló szorongás pedig teljesítménygátló hatású. Ez utóbbi esetben az egyén leblokkol, kognitív munkájában, cselekvésében akadályoztatva van.<sup>170</sup>

- Frusztráció a közlekedésben: megkülönböztető jelzés használata.
- Gyorshajtás, közlekedés nagy sebességgel.
- Szirénahang, mint zajártalom.
- Visszaforgatás: amikor a vonulás megszakad még azelőtt, hogy a kárhelyszínt elérné a vonuló szer (pl. téves riasztás következményeképpen), a felkészülés hiábavalónak bizonyul, a mozgósított energiákat a tűzoltó a nem bekövetkezett beavatkozás során nem tudja felhasználni, így azok komoly egészségügyi rizikófaktort jelentenek.<sup>166</sup>

Hornyacsek Júlia vizsgálatában tizenöt hazai és külföldi katasztrófaesemény kárterület jellemzőit elemezte, amelyek a mentőerők pszichés állapotára hatással vannak, és összegezvén ezeket a következőket emelte ki:

<sup>170</sup> Juhász Ágnes: Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. Oktatási segédanyag. Budapest, Munka- és szervezetpszichológiai Szakképzés, 2002.

- Halottak, súlyos sérültek, elhullott állatok látványa, sérülés, erős fizikai, szellemi megterhelés, nagy anyagi károk, épületek közművek, utak romosodása, az alapvető ellátás zavara vagy átmeneti hiánya.
- Rendkívüli élethelyzetekbe kényszerítés, közösségbe kényszerítés (kitelepités), az alapvető szükségletek kielégítésének akadályoztatása, saját sérülés, a mentendők, valamint a társak vesztesége miatti helytállás, a mentésben való részvétel kényszerűsége és felelőssége.
- Túlmotivált környezet: hangok, fények, szagok, sérültek, leszakadt testrészek, a pusztulás és esetleg halottakkal, elpusztult állatokkal való munka stb.
- A megfeszített mentőmunka ellenére is előfordul, hogy meghal a mentendő egyén, és az ezzel járó kudarcézés.
- Átmeneti zavarodottság mind a hivatalok, mind a mentőerők, mind a lakosok részéről, amely növeli a mentési időtényezőt, és egyben fokozza a lelki nyomást.
- Az érintettek és a mentőerők saját pszichés reakcióinak megváltozása, melyet önmaguk sem tudnak átmenetileg értelmezni és kezelni (agresszió, dühkitörés, sírógörcs stb.). Jelentkezhet továbbá a kiszámíthatatlanság, a fokozott félelem, rémület, kompetenciahiány érzése, valamint pánik, tömegpánik törhet ki.<sup>171</sup>

A tűzoltók munkaköri feladatai és az abból eredő stresszforrások határozzák meg azokat a pszichológiai kritériumokat, amelyeknek eleget kell tennie az egyénnek, ha a tűzoltó hivatást választja. A tűzoltók pszichológiai alkalmassági kritériumait az 57/2009 (X.30) IRM-ÖM PTNM együttes rendelet fogalja össze, amelynek 6. melléklete részletesen tárgyalja a szükséges kompetenciákat. Ezek a következők:

#### 1. Pszichés egyensúly

Az egyén olyan kiegyensúlyozott lelkiállapota, amikor harmóniában van saját magával és a környezetével, és ez a kiegyensúlyozottság a magánéleti életvezetésében és a munkahelyi feladatellátásában is jellemzi. Kizáró okként jelennek meg a különböző pszichés egyensúlyvesztések és funkciózavarok.

Vizsgált területek:

<sup>171</sup> Hornyacsek Júlia: A tömegkatasztrófák pszichés hatása a beavatkozó állományra az alapvető korai és késői pszichés jelenségek, valamint a negatív következmények elkerülésének lehetséges módjai. Műszaki Katonai Közlöny. 2012; 22(1), pp. 143 - 189.

- a) személyiség érettsége,
- b) szorongás,
- c) pszichoszomatikus tünetképződés,
- d) pszichés terhelhetőség,
- e) frusztrációs tolerancia, stresszel való megküzdés.

## 2. Devianciák hiánya

A deviancia olyan magatartás, mely megszegi a közösség vagy társadalom nagy része által elfogadott normákat. Kizáró okként szerepelnek a különböző devianciák, mint pl. bűncselekmények elkövetése, az alkoholizmus, a gyógyszerfüggőség, a kábítószerfogyasztás, az öngyilkossági kísérlet stb.

## 3. Személyiségjegyek/személyiségvonások

Azoknak a személyiségjegyeknek, személyiségvonásoknak a megléte, amelyek a rendvédelmi szerveknél rendszeresített feladatkörökben szükségesek. A meghatározott személyiségjegyek, személyiségvonások nem megfelelő szintje kizáró ok a felvételi folyamatban.

Vizsgált területek:

- a) szociális hatékonyság,
- b) szociabilitás,
- c) önkontroll,
- d) agresszivitás,
- e) emocionális kontroll,
- f) felelősségtudat,
- g) alkalmazkodási készség, rugalmasság,
- h) önértékelés.

## 4. Intellektuális képességek

Az intelligencia az egyén összetett, globális képessége arra, hogy célszerűen cselekedjen, racionálisan gondolkodjon, és hogy a környezetében hatékonyan működjön. Alapkövetelmény az iskolázottságnak és az életkornak megfelelő átlagos intelligenciaszint elérése.

## 5. Figyelmi képességek

A figyelem meghatározott célra történő irányításának képességét, valamint a figyelem tartósságát jelenti. Arról a képességről van szó, hogy az egyén képes-e figyelmét hosszabb távon, a környezeti (zavaró) ingerek kiszűrésével egy adott feladatra összpontosítani. Követelmény az átlagos szintű teljesítmény.



## 6. Kommunikációs képességek

Megfelelő kommunikációs képességekkel rendelkezik, aki érthetően, beszédhiba nélkül, tagoltan, nem hadarva, de nem is túl lassan beszél, választékosan tudja kifejezni magát, valamint írásban is megfelelően kommunikál. Képes felvenni a kapcsolatot más személyekkel, jó kontaktusteremtő képességgel rendelkezik, és törekszik a kapott és adott információk megértésére és megértetésére.

Kizáró okként szerepelnek a különböző beszéd és írászavarok, beszédhibák pl. dadogás, pöszesség, raccsolás, hadarás, dislexia, disgráfia stb.

## 7. Pályamotiváció/munkamotiváció

Elsősorban azoknak a konkrét indítékoknak a megléte, amelyek egy meghatározott pálya - szakma és munkakör - választására, illetve az abban való tartós helytállásra ösztönöznek valakit. Ezeknek az indítékoknak a hiánya kizáró ok a felvételi folyamatban.<sup>172</sup>

A pszichológiai alkalmasság mellett szükséges a megfelelő egészségügyi és fizikai alkalmassági kritériumoknak való megfelelés is a beválogatáshoz. A tűzoltók és a rendvédelmi szervek képességalapú alkalmassági eljárása mellett egyre nagyobb létjogosultságot kap a kompetenciaalapú kiválasztási rendszer, amelyre mind a katasztrófavédelem, mind a rendészeti szervek és a honvédség területén egyre komplexebb javaslatokat tesznek a szakemberek a különböző munkaterületeknek, beosztásoknak megfelelően.

## 3.2 RENDVÉDELMI SZERVEK



A hivatásos rendőri szolgálatra való egészségi, pszichikai, fizikai alkalmassági követelmények meghatározása, valamint az alkalmasság elbírálásának rendje tekintetében a részletes követelményeket az egyes rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjai egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságáról,

<sup>172</sup> 172. 57/2009 (X.30) IRM-ÖM PTNM együttes rendelet  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0900057.IRM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900057.IRM) Letöltés ideje: 2015-03-23

közalkalmazottai és köztisztviselői munkaköri egészségi alkalmasságáról, a szolgálat-, illetve keresőképtelenség megállapításáról, valamint az egészségügyi alapellátásról szóló 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet tartalmazza. A rendeletben megfogalmazott előírás szerint a speciális szolgálati beosztásba helyezés előtt – a bevetési feladatkörök is ebbe a csoportba tartoznak – alkalmasság vizsgálatot kell végezni. A vizsgálatok során el kell bírálni, hogy az érintett személy egészségi, pszichológiai, fizikai szempontból a meghatározott alapkövetelmények és kompetenciakritériumok szerint alkalmas-e a betöltendő szolgálati beosztás, munkakör ellátására és egészségének előre látható károsodása nélkül alkalmas-e egyes, fokozott igénybevétellel, veszéllyel járó szolgálati feladatok, munkatevékenységek elvégzésére. Az alkalmassági vizsgálatok keretében a pszichológiai alkalmassági vizsgálatot az egészségi alkalmassági vizsgálattól elkülönítetten és azt megelőzően kell elvégezni. A pszichológiai alkalmassági vizsgálatot egységes, az adott rendvédelmi szerv pszichológiai szakirányító szerve által meghatározott és elfogadott vizsgálati módszerekkel, és alkalmassági szempontrendszer alapján kell végezni. A vizsgálatok részletes szakmai módszereit és annak tartalmát a rendvédelmi pszichológiai tevékenység szakmai protokollja tartalmazza. A pszichológiai alkalmasságot személyiségtesztek, intelligencia- és figyelemtesztek, műszeres vizsgálatok, kompetencia alapú vizsgáló eljárások és az exploráció komplex értékelése alapján a vizsgálatot végző pszichológus minősíti. Ha a pszichológiai alkalmassági vizsgálat során a vizsgálatot végző pszichológus olyan rendellenességre utaló jelet tapasztal, amely a meghatározott vizsgálatok segítségével nem tisztázható, akkor további célzott vizsgálatot, illetve vizsgálatokat kell végezni. A rendelet 6. melléklete alapján a pszichológiai alkalmassági vizsgálat szempontrendszeré valamennyi beosztási kategóriára vonatkozóan meghatározza az alapkövetelményeket. Ezeket az alapkövetelményeket a fentiek során már részletesen ismerttettem (ld. Katasztrófavédelem-Tűzoltóság c. alfejezet).<sup>172</sup>

Jelen dolgozatban elsősorban a bevetési feladatokat végző, a kritikus infrastruktúra védelmét ellátó, valamint a helyszínelő munkát végző rendészeti állomány helyzetére szeretnék nagyobb hangsúlyt fektetni a pszichológiai alkalmasság, illetve a stresszhelyzetekkel kapcsolatban. A bevetési feladatokkal kapcsolatban NKE TÁMOP-4.2.1 B-11/2/KMR-2011-0001 számú Kritikus infrastruktúra védelmi kutatások című pályázat keretében „Viselkedés

vészhelyzetben” kiemelt kutatási terület zárókötetéhez összeállított tanulmányból ismertetnék néhány lényeges gondolatot.

A rendvédelmi pszichológiai tevékenység szakmai protokollja alapján a bevetési munkaköri alkalmasság pszichológiai vizsgálati módszereinek kiválasztása során figyelembe kell venni a beosztás betöltése során ellátott munkaköri feladatokat, melyek a következők lehetnek: terrorcselekmények, légi, vasúti, vízi, közúti, tömegközlekedési, vagy emberrablás bűncselekmények elkövetésének megszakítása. Ezekon túlmenően a kiemelt, súlyos bűncselekményeket elkövető fegyveres, vagy felfegyverkezett személyek elfogása, illetve a speciális képzettségből adódó feladatok ellátása is ide tartozik. A felsorolt munkaköri feladatok megkövetelik a szakmai ismeretek készség szintű önálló, gyors és hibátlan alkalmazását rendkívüli körülmények között is. Lényeges, hogy a beosztásból adódó feladatok ellátása jelentős kockázattal jár (baleseti, környezeti, kártételi stb.), hibázás esetén meghíúsul a szakszerű munkavégzés. E feladatok teljesítéséhez szükséges tulajdonságokat a 15. számú ábra szemlélteti.

### **15. számú ábra**

#### **A követelményrendszer teljesítéséhez szükséges tulajdonságok**

<b>1. Kognitív képességek</b>	
Intellektuális hatékonyság	Figyelem koncentráltasága
Problémamegoldó képesség	Figyelem terjedelme
Megfelelő intelligencia	Figyelem megosztása
Helyzetfelismerő képesség	Monotónia tűrés
Lényegfelismerő képesség	Két kéz koordináció
Döntésképeség	Gyors reakcióképeség
<b>2. Személyiség tulajdonságok</b>	
Stressz-tűrő képesség	Alkalmazkodó képesség
Önkontroll	Érzelmi stabilitás-kiegyensúlyozottság
Felelősségvállalás	Együttműködő képesség
Önfejlesztés-tanulási készség	Kommunikációs készség
Szabálytudat	Teljesítménymotiváció

*Forrás: Csomós István: A rendőrségi bevetési feladatok követelményeihez kapcsolódó kiválasztási eljárások fejlesztése, különös tekintettel az extrém stressz reakciókra. NKE TÁMOP-4.2.1 B-11/2/KMR-2011-0001 számú Kritikus infrastruktúra védelmi kutatások c. pályázat keretében „Viselkedés vészhelyzetben” kiemelt kutatási terület. Budapest, NKE, 2012.*

A bevetési feladatköröket ellátó személyi állomány a műveleti feladatok végrehajtása alkalmával tartós egészségi, fizikai és pszichológiai terheléseknek van kitéve. Feladatteljesítés során a kockázatok összességében olyan mértékűek, hogy a sérülés, súlyos sérülés, maradandó egészségkárosodás, munka- vagy szolgálati baleset, foglalkozási megbetegedés bekövetkezésének valószínűsége munkavégzés alatt magas szinten van jelen.

A rendőri szolgálat legmagasabb szintű stressz keltő eseményeit jelenti a kényszerítő eszközök alkalmazása és a lőfegyverhasználat, melynek körülményeit befolyásolja a jogszerűség, a kialakult helyzet jellemzői, a szakmai felkészültség, a kiképzettség, a pszichés állapot és az intézkedés alá vont személy magatartása.

A kényszerítő eszközök és lőfegyver használata lélektanilag olyan stresszkeltő esemény, amelynek az emberi szervezetre gyakorolt hatásai jelentősen befolyásolhatják a rendőri intézkedés eredményét. A stresszhelyzetben jelentkező terhelések lehetnek fizikaiak vagy pszichológiaiak. A fizikai stresszválaszok a szívverés, a légzés, az izomfeszülés rövid távú változásai. A pszichológiai stresszválaszok megnyilvánulhatnak érzelmi reakciókban, így szorongás, düh, depresszió formájában, az értelmi funkciók pl. a gondolkodás, az emlékezés, a problémamegoldás károsodásában.

Lényeges körülmény, hogy a kényszerítő eszköz-, illetve lőfegyverhasználatra váratlan szituációban, vagy előre felkészülten kerül-e sor. A stresszhelyzetekben jelentkező terheléseket befolyásolja, hogy képesek vagyunk-e egy ilyen eseményt bejósolni és kontrollálni. Amennyiben erre lehetőség van, az jelentősen csökkenti a stressz negatív hatásait. Figyelembe kell venni az intézkedés alá vont személyek várható magatartási reakcióit a kényszerítő eszközök és a lőfegyverhasználat során. Ilyen esetekben az intézkedés alá vont személyeknél is jelentkezhetnek a fizikai és pszichológiai stressz válaszok és működhet az ún. önszuggesztív hatás (önbefolyásolás) is, amelynél, ha nem létfontosságú szervet ért találat esetén, az ember képes tovább harcolni. Az ember, akivel szemben kényszerítő eszközt

alkalmaznak, vagy fegyvert használnak, átélheti a frusztráció érzését azt, hogy megakadályozták, megghiúsították egy cselekvését. Sokszor ez az állapot az agresszív viselkedés előzménye, ezért mindig számítani kell az intézkedés alá vont személy ellenállására, mely a rendőr számára stresszkeltő tényezőt jelent.

A vészhelyzetben lévő emberben a vegetatív idegrendszeri hatásra jelentkezik „fight or flight” reakció („harcolj vagy menekülj” válasz). Az életéért küzdő ember szervezete felkészül egy hatalmas erőpróbára. Az ember ilyenkor olyan fizikai teljesítményekre lehet képes, amire normál állapotában sohasem, ennek következtében a fájdalom érzése is jelentősen csökken. A stressz fizikai és pszichológiai hatásai kockázati tényezőként jelennek meg a feladatok végrehajtása során.<sup>173</sup>

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény (a továbbiakban: Mvt.) 2008. január 1-jétől hatályos módosítása emeli be a munkavédelem törvényi szintű szabályozásába a pszichoszociális kockázati tényezők kezelésének munkáltatói feladatát, egyben meghatározva e tényező fogalmát is. A törvényi rendelkezés szerint pszichoszociális kockázatnak minősül a munkavállalót a munkahelyén érő azon hatások (konfliktusok, munkaszervezés, munkarend, foglalkoztatási jogviszony bizonytalansága stb.) összessége, amelyek befolyásolják az e hatásokra adott válaszreakcióit, illetőleg ezzel összefüggésben stressz, munkabaleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus) megbetegedés következhet be.<sup>174</sup>

Az Mvt-ben meghatározott munkáltatói kötelezettség teljesítésének elősegítésére, a munkakörnyezeti kockázatok minőségi és mennyiségi értékelésének egységes végrehajtása érdekében a Rendőrség szerveinél a kockázatértékelés folyamatos végrehajtásáért és évenkénti felülvizsgálatáért, valamint ismételt elvégzéséért – a munkavédelmi szakemberek, alapellátó orvosok és pszichológusok útján – a munkáltatói jogkör gyakorlója a felelős. A munkavédelmi szakfeladatot ellátó személyek szakmai kontrollt gyakorolnak a kockázatértékelési folyamat során. A munkakörnyezeti kockázatértékelést az ismétlődő munkavédelmi- és közegészségügyi ellenőrzések, bejárások tapasztalatainak figyelembe vételével kell végrehajtani. A hivatásos állomány kockázati csoportjainak meghatározása a

<sup>173</sup> Bolgár Judit, Csomós István: A rendőrségi bevetési feladatok követelményeihez kapcsolódó kiválasztási eljárások fejlesztése, különös tekintettel az extrém stressz reakciókra. Hadtudományi Szemle. 2012; 5(2), pp. 268 - 278.

<sup>174</sup> A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 2008. január 1-jétől hatályos módosítása. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99300093](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300093).TV Letöltés ideje: 2015-03-23

belügyminiszter irányítása alá tartozó egyes fegyveres szerveknél rendszeresített hivatásos beosztásokról és a betöltésükhöz szükséges követelményekről szóló 65/2011. (XII. 30.) BM rendeletben felsorolt beosztások alapján történik.<sup>174,175</sup>

Az alkalmasság vizsgálatok általános elméleti alapja, hogy a jelentkezők fizikai és intellektuális képességei, személyisége eltérő. Ezeknek az egyéni eltéréseknek a következménye a munkavégzés, a munkaeredmények különböző minősége. A szervezeteknek és az egyéneknek is elemi érdeke, hogy az érdeklődésüknek és a képességeiknek legjobban megfelelő munkakörben dolgozzanak. Az alkalmasságvizsgálat az egyén adottságainak, képességeinek, személyiségtulajdonságainak feltárását és az adott pálya vagy munkakör követelményrendszerével való összevetését jelenti.

Tehát az alkalmasságvizsgálat nemcsak a vizsgált személy képességeinek, személyiségének megismerését kell, hogy jelentse, hanem ismerni kell azokat a képességekben, személyiségtulajdonságokban kifejeződő követelményeket is, amit a választott munkakör támaszt a jelölttel szemben. A munka és pályalkalmassági vizsgálatok kiindulópontja mindig és minden esetben a szakmailag megalapozott pályaprofil. A pályaprofil magába kell, hogy foglalja az adott munkakörbe való beválás pszichológiai feltétel és kritérium rendszerét és mindazokat a képességeket és személyiségtulajdonságokat, melyek megléte elengedhetetlenül szükséges az adott munkakörbe való beváláshoz.

Az alkalmasság vizsgálatok elvégzése különösen fontos azokon a területeken:

- ahol a munkavállaló esetleges hibás döntéséből adódóan nagy baleseti veszélynek van kitéve, vagy a környezetét veszélyeztetheti,
- ahol speciális képességek és személyiségtulajdonságok meglétének magas szintje követelményként jelentkezik,
- ahol hosszú és költséges a betanítási idő.<sup>173</sup>

A rendőrségi bevetési munkaterületeken a fenti tényezők együttesen jelentkeznek, ezért a jelentkezők kiválasztása nem történhet szubjektív vélemények, egyéni döntések alapján, hanem egy tudományosan megalapozott és célorientált kiválasztási rendszer alkalmazásával.

---

<sup>175</sup> 65/2011. (XII. 30.) BM rendelet. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100065.BM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100065.BM)  
Letöltés ideje: 2015-03-23

A helyszínelő feladatok során a rendőrök a tűzoltókhöz hasonlóan tragikus események és halálesetek szemtanúiként folyamatos traumatizálódás lehetőségének vannak kitéve. A munkájuk során a helyszín elhagyását követően is foglalkoznak az eseménnyel akár fotókat elemezve, akár a részletes jelentések megírásával, így többszörösen is rögzítik az események minden egyes részletét. Az analízáló munkát tehát egy szintetizálás követné, ugyanakkor kérdés, hogy az emlékfragmentumok megfelelő integrálása valóban létrejön-e, hiszen ha ez elmarad, akkor bármilyen apró érzelmi involválódás beindíthatja a poszttraumás tünetek sorozatát. Így alakulhat ki az, hogy már sok éve a helyszínelő munkában hatékonyan dolgozó rendőrnél, – akinél a disszociatív mechanizmusok eddig hatékonyak voltak – egy kulcsinger hatására az aktuális munkájával kapcsolatban sok korábbi emlék és személyes érzelmi momentum egymással összekapcsolódván elindítják az újraátélés folyamatát. Ettől a ponttól kezdve pedig nagyon nehéz leállítani a további tünetegyüttesek kialakulását.

### 3.3 MAGYAR HONVÉDSÉG



A katonákat érő pszichés terhelések forrásuk szerint a következő három csoportba sorolhatók:

- konkrét katonai feladatvégzéssel kapcsolatos stresszforrások
- a katonai szervezet működésére, kultúrájára, munkahelyi légkörre visszavezethető stresszforrások
- a katonai létforma és hivatás társadalmi elfogadottságából, illetve elutasításából eredő pszichés megterhelések

A katonai szervezetben szolgálókat érő speciális stresszhatások lehetnek:

- harci stressz: minden olyan pszichés, fiziológiai és fizikai inger, amely harci feladat teljesítése közben éri a katonát
- veszteséggel járó harci cselekmények
- távollét, szociális támasztól megfosztott állapot
- kommunikációs nehézségek a missziós szolgálatok során
- krízishelyzetek kezelése, feldolgozása
- zárt közösségek dinamikájából eredő problémák
- szexuális élet korlátozottsága
- demotiváció, kiégés, felelősségtudat elvesztése
- interkulturális eltérésekből eredő helyzetek kezelése
- monotónia

A Magyar Honvédség szervezeti struktúrája meglehetősen szabályozott, vertikális függőségi rendszer. Egyes munkakörökben a döntési szabadság a hierarchiában elfoglalt helytől függ. Közvetlen feladatvégrehajtás szintjén direkt utasításoknak kell megfelelni és nem ismertek a különböző összefüggések, következmények. Ez a helyzet nem kedvez a személyes felelősségvállalásnak, a csapatszellem kialakulásának, a célok kitűzésének, a teljesítmény elismerésének. Ugyanakkor a feladatvégzés során megkövetelt állandó készenlét, kezdeményezőkézség, önfegyelem, kiegyensúlyozottság, a reagáló és döntésképeség a személyekben komoly belső feszültséget, stresszt okozhat.

A társadalmi beilleszkedés sok problémát jelenthet a katonának, részben mivel sajátos értékrenddel, kulturális jegyekkel és nyelvhasználattal bíró csoportként jelennek meg, másrészt hivatásuk miatt sérülhetnek a rokoni, baráti kapcsolataik is.<sup>176</sup>

A Magyar Honvédség a folyamatos változások éveit éli, amely fokozott alkalmazkodóképességet kíván a szervezet tagjaitól. A változások mértéke és gyakorisága fokozza a traumatizáló hatások és konfliktusok megjelenését, és így a krízishelyzetek kialakulását. A kiszámíthatatlanság, váratlanság, bejósolhatatlanság a megterhelő élethelyzetekben növelik a krízisek kialakulási valószínűségét. A magyar katonai kontingensek egyre nagyobb kihívást jelentő nemzetközi műveletekben

---

<sup>176</sup> Király Attila: Mesterséges intelligencián alapuló számítógépes szakértői rendszer felhasználási lehetőségei a katonai és rendőri állomány alkalmasságvizsgálatain. Doktori (PhD) értekezés. Budapest, ZMNE HDI, 2008.



vehetnek részt, amely komoly felkészültséget kíván katonai- és pszichológiai értelemben egyaránt.<sup>177</sup>

A MH EVI alkalmasságvizsgáló osztálya 2005-ben 10000 fő vizsgálatát végezte el, ebből a missziós állomány komplex vizsgálata kb. 5000 fő volt. Vizsgálatuk során a következő legfontosabb missziós szolgálattal kapcsolatos stressztényezőket találták:

- beilleszkedési nehézségek és a szervezeti szocializáció hiányosságai
- együttműködési problémák
- összezártságból, bezártságból eredő problémák
- a túl sok feladatból eredő túlterheltség és időhiány
- egysíkú feladatok okozta monotonia
- kompetenciahiány érzése
- információhiány
- katasztrófák, balesetek, terrorfenyegettség, harci cselekmények
- idegen és ismeretlen földrajzi környezet.

A vizsgálat során a kutatók beazonosították azokat a pszichológiai háttértényezőket, amelyeknek leginkább szerepük van a missziós tünetek megjelenésében és a stresszterhelés alakulásában. Így:

- az érzelmek és indulatok kontrollálása és kezelése
- az együttműködési készség
- a támaszkereső magatartás
- a magas feszültség kontroll
- az erős kompetenciaérzés
- a teljesítménnyel való elégedettség
- a frusztrációs toleranciaszint.

Meghatározták azokat a személyiségtényezőket, illetve kompetenciákat is, melyek megléte a missziós katonai szolgálatra való alkalmasság szükséges feltétele.

Misszióként eltérőek lehetnek:

- az érzelmi stabilitás
- a lelkiismeretesség
- az együttműködési készség

---

<sup>177</sup> Szilágyi Zsuzsanna, Csukonyi Csilla, Sótér Andrea, Hornyák Beatrix: A mentális állóképesség-vizsgálatok bevezetésének lépései a Magyar Honvédség állományában (2006-2009). Hadtudományi Szemle. 2014; 7(1), pp. 158 - 178

- a pozitív emberi kapcsolatok
- a rugalmasság.

A feltárt eredmények alapján átdolgozták a kiválasztás módszertanát, amely a missziókban szignifikánsan növelheti a szolgálatellátás színvonalát, és biztosítja a mentális egészség megőrzését hadműveleti területen. Az állomány pszichológiai felkészítésének tematikájában a kompetenciákat érintő személyiségfaktorok fejlesztésére helyezik a hangsúlyt.<sup>178</sup>

A katonai alkalmasságvizsgálatok célja kiszűrni azokat a vizsgálati személyeket, akik az MH különböző katonai szervezeteiben, béke körülmények között, a várható beosztással szemben támasztott pszichológiai követelményeknek aktuálisan és várhatóan hosszabb távon nem felelnek meg. A vizsgálatok további célja, azon személyek kiszűrése, akik várhatóan katonai (tábori) körülmények között, hosszantartó fizikai megterhelés alatt, megnövekedett pszichés igénybevétel mellett teammunkában, kiképzési feladatok elsajátítására és tartós munkavégzésre, feladat végrehajtásra nem alkalmazhatóak.

Általánosan, pszichológiailag alkalmas az a személy, aki várhatóan hosszú távon megfelel a katonai szolgálat által támasztott szellemi, figyelmi, személyiségbeli, értékrendi és pályamotivációs követelményeknek. A részletes pszichológiai alkalmassági kritériumokat általánosságban, munkaköri követelményeknek, különleges, illetve katonai vezetői követelményeknek megfelelően a 7/2006 (III.21) HM rendelet 5. melléklete tartalmazza. A 4. melléklet ezt megelőzően pedig részletezi az egyes munkakörökhöz tartozó feladatokat, illetve az ezekkel járó fizikai, mentális megterheléseket is (Munkaköri térkép).<sup>179</sup>

A vizsgálati személyek háromtípusú vizsgálaton esnek át. Önkitöltős tesztek, műszeres vizsgálatok, és pszichológiai exploráció. Az önkitöltős tesztek tartalmaznak teljesítményteszteket (pl. általános és műszaki intelligencia, figyelem, döntési képességet vizsgáló), valamint személyiségteszteket. A műszeres vizsgálatok főként a személy komplex szenzomotoros vizsgálatára, egyensúlyi, tremor, két kéz koordinációs, figyelmi és mélységlátásra irányulnak. A pszichológusi exploráció során lehetőség nyílik a vizsgálati személy élettörténetének, családi körülményeinek,

<sup>178</sup> Kovács Gabriella, Németh András, Szilágyi Zsuzsanna (2006): A missziós szolgálatot teljesítő állomány pszichés állapota. Új Honvédségi Szemle. 2006, 6, pp. 23 - 31.

<sup>179</sup> 7/2006 (III.21) HM rendelet 5. melléklet, 4. melléklet  
[http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0600007.HM](http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600007.HM) Letöltés ideje: 2015-03-23

motivációinak, katonai pályájának megismerésére és a kommunikációs készségének vizsgálatára.

A pszichológiai vizsgálatok differenciáltan kerülnek végrehajtásra. A vizsgálati csoportoknak megfelelően más-más meghatározó elv alapján kell összeállítani a vizsgálati tesztbattériát, és az explorációs beszélgetés is különböző szempontok szerint zajlik. Ezek alapján a vizsgálatok négy fő csoportját különböztethetjük meg:

- katonai állományba jelentkezők
- katonai oktatási intézményekbe és külföldi tanfolyamokra jelentkezők
- speciális beosztásokra jelentkezők (búvár, ejtőernyős, tűzszerész,)
- külföldi katonai szolgálatra jelentkezők (hadműveleti területen és NATO vezetési szinten).

A fentiekén kívül a speciális beosztásban dolgozó katonák (repülő-hajózó állomány, légitforgalmi irányítók, tűzszerészek, ejtőernyősök, búvárok) minden évben részt vesznek egy pszichológiai állapotfelmérő vizsgálaton. Jelenleg kidolgozás alatt van az MH szintű alkalmasságvizsgálatról szóló HM rendelet, mely a jelenlegi alkalmasságvizsgálati rendszert bizonyos elemeiben megváltoztatja.<sup>180</sup>

Azok a katonák, akik részt vesznek az alkalmasságvizsgálati eljárásán, minősítést kapnak, mely a további feladatvégrehajtásukra is hatással van. Az alkalmassági minősítés az eredménytől függően 3 kategóriába sorolja a résztvevőket, ez lehet „alkalmas”, „ideiglenesen alkalmatlan,” illetve „pszichológiai követelményeknek nem felelt meg”. Ez utóbbi esetben a vizsgálati személy fellebbezhet a minősítés ellen, ezt követően másodfokú eljárásra kerül sor, mely megállapítja a katona pszichológiai alkalmasságát, vagy alkalmatlanságát az adott feladatra.

A missziós állomány pszichológiai alkalmasságvizsgálata során a következő területek szintjét mérik fel:

- Személyiségjellemzők: érzelmi stabilitás, pozitív emberi kapcsolatok, kapcsolatteremtő készség, monotónia tűrés, együttműködési készség, megbízhatóság, önállóság, szélsőséges körülményekhez való alkalmazkodás, szabálytudat. Ehhez elsősorban a Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőívet és a parancsnoki jellemzéseket veszik alapul.

---

<sup>180</sup> Grósz Andor: A Magyar Honvédség jelentős pszichológiai leterheltséggel járó speciális körülmények között feladatot végrehajtó állományának pszichológiai és alapszintű egészségügyi harcászati felkészítése. „Viselkedés vészhelyzetben” kiemelt kutatási terület. Konferencia kiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 21 - 28.

- Az értelmi szint: információfeldolgozás, logika, problémamegoldás, kreativitás, kommunikációs készség, általános intelligencia. Szintén a parancsnoki jellemzés és az exploráció, valamint meghatározott intelligenciatesztek felvétele ad ezekről tájékoztatást.
- Ezeken kívül digitális tachistoszkóp segítségével vizsgálják a szenzomotoros és percepció teljesítményt.

A külszolgálati missziók biztosítása több szinten történik. A kiválasztott állomány műveleti területen történő szolgálatteljesítéséhez, az előforduló problémák és azok megoldásához szükséges az állomány pszichológiai felkészítése. A készségfejlesztés kiscsoportos tréning módszer alkalmazásával történik, amely lehetőséget ad a csoporttagoknak a saját élményen alapuló aktív tanulással, hogy az eddigi tapasztalatokra építve új ismereteket szerezzenek. A tréning során csoportos gyakorlatokat, interaktív előadásokat és kérdőíves módszereket alkalmaznak az ebben kompetens, megfelelően felkészült pszichológus szakemberek. A külszolgálati missziók teljesítése során bizonyos esetekben szükség van a 3-4. hónap körül úgynevezett deployment tréning végrehajtására. Ennek célja, hogy ebben az időszakban jelentkező (a kontingensparancsnokok tapasztalatai alapján) szolgálatteljesítés hatékonyságának csökkenését, a kiégés tüneteinek kialakulását és ezzel összefüggésben a csoportműködés és a csoportos feladatok elvégzése területén tapasztalható maladaptív jelenségek bekövetkezését kivédjék. Mindez a műveleti területen megtartott foglalkozások keretén belül történik. A műveleti területen szolgáló kontingens személyi állományának meghatározott esetekben a pszichés stabilitás, a harckészség megőrzése szempontjából, a parancsnoki munka közvetett vagy közvetlen segítése céljából fontos lehet a folyamatos pszichológiai biztosítás is.<sup>181</sup>

A missziós katonáknál a hazaérkezést követően gyakoriak lehetnek a pszichés problémák, például: koncentrálási nehézségek, idegesség, feszültség, indulatosság, alvási nehézségek, „nem találok helyem“ érzése, stb. A külszolgálat fokozott pszichés megterheléseivel és a hazatérést követő itthoni körülményekhez való visszailleszkedéssel együttjáró nehézségek megelőzésére és kezelésére a Magyar

---

<sup>181</sup> Magyar Honvédség Katonapszichológiai Protokoll. A Magyar Honvédség Kiadványa, 2014.

Honvédség állománya és családtagjai számára reintegrációs program keretében nyújtanak segítséget pszichológusok. A reintegrációs program fő területei:

- Visszaillesztési tréning: 15-20 fős csoportokban zajlik, a hazatérést követően közvetlenül, majd egy és három hónap múlva kerül végrehajtásra. Céljai egyéni és szervezeti szinten határozhatók meg: így a missziós feladatokat ellátó személyi állomány és családtagjaik pszichológiai visszailleszkedési folyamatának elősegítése, az élmények és tapasztalatok, pszichés veszteségek feldolgozásának és integrációjának elindítása, a szolgálati helyre, az itthoni környezetbe való beilleszkedés elősegítése, a PTSD megelőzése.
- Egyéni pszichológiai gondozás: visszailleszkedési nehézségek (42%), stressz reakció tünetei (5%), a misszióval kapcsolatban fellépő családi konfliktusok (9%), magánéleti nehézségek (21%) fordulnak a katonák a továbbiakban segítségért.
- Igényjogosult családtagok pszichológiai gondozása.
- Családtagok számára ismeretterjesztő előadás.<sup>182</sup>

### 3.4 KRITIKUS INFRASTRUKTÚRA VÉDELME ÉS A FEGYVERES BIZTONSÁGI ŐRSÉG



A „kritikus” vagy „létfontosságú infrastruktúra” fogalmat számos összefüggésben megtaláljuk a különböző szakterületek szóhasználatában. Gyakorta tapasztalható, hogy eltérően értelmezik, más pontokra helyezik a hangsúlyt, mégis tartalmazzák a legfőbb közös elemeket is: eszközök, berendezések, rendszerek, illetve egészség, biztonság, jólét.

<sup>182</sup> Nagy Ildikó (2010): A misszióból visszaérkezők reintegrációs programja és a PTSD kezelésének tapasztalatai a Magyar Honvédségben. Honvédorvos. 2010; 62(1-2), Supplementum, pp. 59 - 66.

Az értelmezés rendszerint attól függ, hogy ki és milyen terület érzékenységét vizsgálja. Ennek függvénye az is, hogy átfogóan vagy szűkítve értelmezik azon területeket, rendszereket, berendezéseket, létesítményeket stb., amelyeket a körbe tartozónak tekintenek. A fogalom a gazdasági területről eredeztethető, azonban napjainkra széles körben használatos. A világ bármely részén bekövetkező, a lakosság élet- és vagyónbiztonságát meghatározó rendszer elleni szándékos vagy véletlen cselekmény, történés előtérbe helyezi azok védelmét, a védelmi felkészítést, a működés biztonságának szavatolását.<sup>183</sup>

A kritikus infrastruktúrák védelméhez kapcsolódó rendőrségi feladatok fő jogszabályi háttérét a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXXVIII. törvény,<sup>184</sup> a rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény,<sup>185</sup> és a terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól szóló 295/2010. (XII. 22.) Kormányrendelet<sup>186</sup> előírásai adják, míg a fegyveres biztonsági őrsegek feladatát az 1997. évi CLIX. törvény határozza meg.<sup>187</sup>

A hazai jogszabályi meghatározás szerint célszerű katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXXVIII. törvény végrehajtásáról szóló 234/2011. (XI. 10.) kormányrendelet 1. § 25. pontja szerinti, következő definíciót használunk:

„Kritikus infrastruktúra: Magyarországon található azon eszközök, rendszerek vagy ezek részei, amelyek elengedhetetlenek a létfontosságú társadalmi feladatok ellátásához, az egészségügyhöz, a biztonsághoz, az emberek gazdasági és szociális jólétéhez, valamint amelyek megzavarása vagy megsemmisítése, e feladatok folyamatos ellátásának hiánya miatt jelentős következményekkel járna.”<sup>183</sup>

<sup>183</sup> Horpácsi Ferenc (2013): Kritikus infrastruktúra védelmére történő felkészítés a képzésben. „Viselkedés vész helyzetben” kiemelt kutatási terület. Konferencia kiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 14 - 20.

<sup>184</sup> 2011. évi CXXVIII. törvény végrehajtásáról szóló 234/2011. (XI. 10.) kormányrendelet 1. § 25. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100234.KOR](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100234.KOR) Letöltés ideje: 2015-03-23

<sup>185</sup> A rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99400034.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99400034.TV) Letöltés: 2015-03-24

<sup>186</sup> A terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól szóló 295/2010. (XII. 22.) kormányrendelet. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1000295.KOR](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1000295.KOR) Letöltés: 2015-03-24

<sup>187</sup> A fegyveres biztonsági őrsegek feladatát meghatározó 1997. évi CLIX. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700159.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700159.TV) Letöltés ideje: 2015-03-24

A kritikus infrastruktúra védelmi feladatainak három fő irányvonala van: megelőzés, védelmi felkészülés, és az ellenálló képesség kialakítása. A feladatrendszer fő elemei közé tartoznak a következők:

- a kritikus infrastruktúrák meghatározása
- veszélyforrások körének megfogalmazása
- a kritikus infrastruktúrák védelmébe bevonásra kerülő szervezetek és azok feladatainak meghatározása
- erő-eszközpark létrehozása
- a rendszer irányítási-vezetési elemeinek kijelölése
- értesítési-riasztási rendszerek létrehozása
- együttműködési rendszer kialakítása
- a rendszerelemek felkészítése, majd közös felkészítés és gyakoroltatás, rendszergyakorlatok
- ellenőrzési rendszerek kialakítása és működtetése.

A megelőzés – felkészítés - képesség fenntartás hármas követelményében napjainkra a képességek alkalmazásának fejlesztésére szükséges a hangsúlyt fektetni. Egy különös jelentőséggel bíró kritikus infrastruktúra védelmének ellátása más és más felkészültséggel, személyiségjegyekkel rendelkező vezetői és végrehajtói személyi állományt követel meg, a szervezetnek a struktúrában elfoglalt helyétől, szerepétől, és a szakfeladatok tartalmától függően.

A kritikus infrastruktúrába sorolt, veszélyeztetett objektumok (radarállomás, lőszerraktárak, fegyverraktárak, vegyi üzemek, harcálláspontok, reaktorok, repülőterek, bázisok, kommunikációs központok, stb.) védelmének a tervezésénél figyelembe kell venni a már meglévő, békében működő biztonsági rendszert. A lövészeti és harcászati felkészítés és a hatásuk által elért pszichológiai alapozáson túl, azokra a feladatokra is fel kellene készíteni a személyi állományt, amely egy bonyolultabb szituációban kialakulhat. Így válsághelyzetben, egy széleskörű terrorfenyegetettség esetén a szemben lévő fél, az ellenség, a terroristák nagy létszámban alkalmazhatnak ügynököket, diverziós csoportokat, légi úton kijuttatott terroristákat, de akár légideszantot, vállalkozói csoportokat a kritikus infrastruktúrák rongálására, megsemmisítésére. Ebben az esetben a rendvédelmi és a honvédelmi szervek szoros együttműködését szükséges megoldani. Ekkor olyan tevékenységi formákat is el kell sajátítani – amit korábban a kiképzés részeként a honvédségi erők

is elsajátítottak – mint a területek átvizsgálása, keresés, kutatás, területek lezárása, blokkírozás, biztosítási zónák felügyelete, rejtett figyelés, lesállítás, nyílt és rejtett járőrözés, stb.

Ezek a feladatok alapvetően a szakmai képzés részeként elsősorban harcászati, lökiképzési felkészítés során biztosíthatók, azonban lényeges, hogy a külső hatások megpróbáltatásaira lelkiileg is felkészítsük a személyi állományt. A szakmai felkészítésen túl igen meghatározó a személyi állomány hitbeli, erkölcsi, jellemerősítő felkészítése, hogy a legnehezebb helyzetekben is képesek legyenek belső indíttatásból megtenni mindent, ami elvárható egy embertől a rábízott személyek, objektumok, infrastruktúrák biztonságos védelme érdekében. A kritikus infrastruktúra védelmét ellátó személyi állományra – válság, illetve minősített, de békeműveleti időszakban is számos olyan külső tényező hat, amely lényegesen befolyásolja a teljesítményüket.

A folyamatos leterheltség, illetve a folyamatos műveletek a rövid idejű pihenési lehetőség annyira megterhelhetik a személyi állományt, hogy annak teljesítménye folyamatosan csökkeni fog. A fizikai fáradtságon túl lényegesen befolyásolják a teljesítményt a különböző sérülések, a felszerelések hiánya vagy annak minősége, különösen, ha ez elmarad a kor követelményeitől – a szemben lévő fél eszközeitől – lényeges stressz okozó lehet.<sup>188</sup>

A lakosság közvetlen biztonságérzetének kialakításában, annak megélésében fontos szerepet játszanak a magánbiztonsági szféra szereplői. Nem érdekesség, hanem tény, hogy Magyarország nemzeti vagyonának 90%-át a magánbiztonsági szférában dolgozó személy- és vagyonőrök védik és vigyázzák. Munkájuk jelentőségét tekintve nem lebecsülendő feladatról és felelősségről van szó. Az általuk végzett tevékenységek köre szerteágazó, veszélyességét tekintve alkalmanként nem marad el a közrend, közbiztonság területén dolgozó professzionális állományétól. Gondolhatunk itt akár az érték- és pénzszállításra, a pénzintézetekben történő fegyveres biztonsági őrzési feladatokra, stratégiai jelentőségű telephelyek őrzésére és védelmére, vagy nem utolsó sorban tömegrendezvények biztosítására.

---

<sup>188</sup> Czuprák Ottó: A kritikus infrastruktúra védelmét, működtetését ellátó személyzet magatartása veszélyhelyzetben, a vezető felelőssége az állományának különleges helyzetben történő magabiztos viselkedésre történő felkészítése terén. „Viselkedés vészhelyzetben” kiemelt kutatási terület. Konferencia kiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 135 - 146.



A magánbiztonsági tevékenységek köre nagyon sokszínű, mivel azok legfőképpen a megbízók igényeitől, szükségleteitől függenek. Általánosságban azonban, a teljesség igénye nélkül, a következő komplex vagyonvédelmi tevékenységeket foglalja magába:

### **A. Élőerős szolgáltatások**

#### a.) Őrzési szolgáltatások

- Ipari és termelő objektumőrzési szolgáltatások
- Pénzintézeti őrzési szolgáltatások
- Kereskedelmi őrzési szolgáltatások
- Irodaházi őrzési szolgáltatások

#### b.) Szállítmány- és érték kísérési szolgáltatások

#### c.) Önálló járőr szolgáltatások

#### d.) Objektum távfelügyeleti szolgáltatások

#### e.) Eseti szolgáltatások és megbízások

### **B. Biztonságtechnikai szolgáltatások**

### **C. Szakértői szolgáltatások**

#### a.) Vagyonvédelmi auditszolgáltatások

#### b.) Személyvédelmi szolgáltatások

#### c.) Vagyonvédelmi képzési szolgáltatások<sup>189</sup>

A személy- és vagyonőrök szakmai tevékenységét a 133-as törvényként ismert jogszabály szabályozza.<sup>190</sup> A megjelent új jogszabályok, a 2012. évi CXX. törvény és végrehajtási rendelete,<sup>191</sup> valamint a 68/2012 (XII. 14.) BM rendelet kötelezően írja elő a személy- és vagyonőrök képzését.<sup>192</sup>

Az ágazat tevékenységi körének sajátosságaiból fakad, hogy milyen helyzetekben kell helytállnia az intézkedő szakembernek. A személy- és vagyonőrök, biztonsági őrök leggyakrabban recepciós, személyporta, teherporta, szolgáltatást végeznek, kutyás járőr szolgálatot látnak el, monitoring feladatokat látnak el. Nagy számban vannak kollégák, akik munkakörükből eredendően fegyvert viselnek és fegyveres

<sup>189</sup> Nagyné Bereczki Szilvia, Nagy József: Magánbiztonság és kritikus infrastruktúra védelem. „Viselkedés vész helyzetben” kiemelt kutatási terület. Konferencia kiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 147 - 164.

<sup>190</sup> A személy- és vagyonőrök szakmai tevékenységét meghatározó CXXXIII. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0500133.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0500133.TV) Letöltés ideje: 2015-03-24

<sup>191</sup> 2012. évi CXX. törvény és végrehajtási rendelet. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1200120.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200120.TV) Letöltés ideje: 2015-03-24

<sup>192</sup> 68/2012. (XII. 14.) BM rendelet. [http://www.szvmszk.hu/files/images/Orszagos/68-2012\\_BM-rendelet.pdf](http://www.szvmszk.hu/files/images/Orszagos/68-2012_BM-rendelet.pdf) Letöltés ideje: 2015-03-25

személy- és vagyonőri tevékenységet folytatnak. Gyakorta kerülnek intézkedési helyzetbe, interakcióba polgári személyekkel beléptetések alkalmával, ahol azok poggyászatát, gépkocsiját, az általuk szállított rakományt kell, hogy ellenőrizzék. Nem ritka, hogy a vagyonőröknek feladata a különböző telephelyekre történő fizikai behatolás megakadályozása, lopások meggátolása. A pénz- és értékszállítás, szállítmánykísérés még fokozottabb fizikai és pszichés megterhelést jelent a dolgozók számára, mivel folyamatos veszélyhelyzetnek vannak kitéve. Az ügyfél az őr fellépését gyakran felesleges zaklatásnak tekinti, emiatt indulatos, alkalmanként agresszív válik. Szinte mindennapos az indulatos, agresszív ügyfelekkel szemben a verbális agresszióval, tettegességgel fenyegető konfliktushelyzetek kezelése. Csak a jogszabályok ismerete bizonyára nem elegendő a feladatok ellátása során. Ennél sokkal több kell, sokkal professzionálisabb felkészítés, ahol az elméleti tudás mellett a szükséges kompetenciák megszerzése és szinten tartása legalább annyira fontos. Ezek a kompetenciák csakis gyakorlás útján sajátíthatóak el. A valósághű helyzetgyakorlatok kialakítása, az intézkedési helyzetek szimulálása és az azokban való gyakorlás jelenthet csak megoldást a szükséges kompetenciák kimunkálásában.<sup>189</sup>

A személy- és vagyonvédelmi területtől azonban szakmai specialitásuknál fogva elkülönülnek a fegyveres biztonsági őrök. Magyarországon 2009-ben alakult meg a Magyarországi Fegyveres Biztonsági Őrök Szakmai Egyesülete. Talán nincs még egy olyan sajátos fegyveres szervezet Magyarországon, mely sem a honvédséghez, sem a rendvédelmi szervezetekhez sem tartozik, jellege polgári, mégis szigorú, ellenőrzött szabályok között végzi napi tevékenységét.<sup>193</sup>

A fegyveres biztonsági őrsegről szóló (1997. CLIX.) törvény<sup>194</sup> az állam működése és a lakosság ellátása szempontjából kiemelkedően fontos tevékenységek, létesítmények és szállítmányok védelmét írja elő. Olyan létesítményi és tevékenységi körről van tehát szó, melynek védelme létfontosságú egy állam életében. Az új OKJ rendszerébe a fegyveres biztonsági őr munkakör, mint a személy-és vagyonőr képzés ráépüléseként jelenik meg, a szakmai kompetenciákat, illetve vizsgakövetelményeket

<sup>193</sup> A fegyveres biztonsági őrség múltja. Magyarországi Fegyveres Biztonsági Őrök Szakmai Egyesülete <http://mfbosze.hu/az-fbo-multja> Letöltés ideje: 2014-12-28

<sup>194</sup> A fegyveres biztonsági őrsegek feladatát meghatározó 1997. évi CLIX. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700159.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700159.TV) Letöltés ideje: 2015-03-24

a 20/2013 (V.28.) BM rendelet határozza meg számukra.<sup>195</sup> Fegyveres biztonsági őrök őrzik a következő objektumokat többek között: a Mátrai Erőmű, Paksi Atomerőmű, MTVA, Pénzjegynyomda, Magyar Nemzeti Bank, Budapesti Történeti Múzeum, Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltár, Fővárosi Vízművek, budapesti Liszt Ferenc Repülőtér stb. területét, épületeit. A kritikus infrastruktúra bizonyos elemeinek őrzése azonban mind a mai napig állami, így elsősorban rendvédelmi, illetve honvédelmi szervek által ellátott feladat maradt.<sup>196</sup>

Milyen feladatokat látnak el a fegyveres biztonsági őrök? Elsősorban vagyonvédelmi, rendfenntartási, ellenőrzési és adott esetben katasztrófavédelmi tevékenységeket végeznek. Portákon be és kiléptetést hajtanak végre, csomagokat, szállítmányokat ellenőriznek, fellépnek a belső rendet és biztonságot veszélyeztető cselekményekkel szemben, létesítményeket őriznek, vagyonvédelmi rendszerek működését felügyelik, személyazonosításokat végeznek. Intézkedések során vagyontárgyakat, személyeket fenyegető helyzeteket kell felismerniük, azokat különböző szabályok szerint kell azonosítaniuk és minősíteniük, hogy adekvát módon legyenek képesek a fenyegetés elhárítására. Munkavégzésük során alapvető pszichológiai és kommunikációs ismeretekkel kell rendelkezniük. Ha szükséges fizikai erő alkalmazásával is fel kell lépniük, ezért közelharcban is felkészültnek kell lenniük, és amennyiben szükséges a támadás elhárítása érdekében különféle eszközöket (lőfegyver) is fel kell használniuk. Mindezt kizárólag a törvényben meghatározott mértékben és módon lehetséges.<sup>197</sup>

A következőképpen csoportosíthatjuk a fegyveres biztonsági őröket veszélyeztető a biztonsági tevékenységgel kapcsolatos kockázati tényezőket:

- munkahelyi erőszak
- fegyverek kezelése
- radioaktivitással kapcsolatos veszélyek
- kutyaikkal kapcsolatos veszélyek
- munkaszervezéssel kapcsolatos kockázati tényezők
- fizikai terhelés

<sup>195</sup> 20/2013 (V.28.) BM rendelet. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1300020.BM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300020.BM)  
Letöltés ideje: 2015-03-25

<sup>196</sup> A fegyveres biztonsági őr, mint munkakör, szakképzés. Magyarországi Fegyveres Biztonsági őrök Szakmai Egyesülete <http://mfbosze.hu/a-fegyveres-biztonsagi-or-munkakor-mint-szakkepesites-2>  
Letöltés ideje: 2014-12-28

<sup>197</sup> Szabó László, Szigeti Lajos: Magánbiztonság, rendészet, rendvédelem. <http://mfbosze.hu/wp-content/uploads/2014/04/szabszig.pdf>. Letöltés ideje: 2014-12-28

- pszichoszociális terhelés
- női biztonsági öröket érő jellegzetes veszélyek

A munkahelyi erőszaknak számos megjelenési formája lehet:

- szóbeli erőszak: sértések fenyegetések
- fizikai erőszak
- fegyverrel vagy a felfegyverzettség látszata által gyakorolt erőszak
- a megkülönböztetés minden formája faji, származási, nemi, vallási, stb. alapon
- szexuális zaklatás, erőszakoskodás stb.

Ezen a szakterületen magától értetődően nagy a fizikai agresszió kockázata, már csak azért is, mert nehéz előre felbecsülni a veszély valószínűségét vagy nagyságát. Számos olyan helyzet létezik, melyben fizikai agresszió tapasztalható biztonsági örökkel szemben. A probléma nagyságát több tanulmány is megerősíti, melyek a biztonsági szakterület munkavállalóinak foglalkozását azok közé a foglalkozások közé sorolják, melyek esetében a fizikai erőszakkal való szembesülésnek legnagyobb a valószínűsége. Mindezt fokozza csak a lőfegyver használatával kapcsolatos további kockázatok sora.

A sérülések természete és súlyossága nagyon eltérő lehet a támadás jellemzőitől függően:

- könnyű sérülések: felületi sérülések, ütések és könnyű traumák (horzsolások, karcolások stb.),
- súlyos sérülések: súlyos traumák és kezelést igénylő sérülések, sérülések, melyek az élet esetleges elvesztéséhez vezetnek,
- halál.

Ezekon a sérüléseken kívül a fizikai támadásoknak más káros hatásai is lehetnek a munkavállalók egészségére:

- a pszichológiai egyensúly felborulása és pszichológiai problémák előfordulásának megnövekedett kockázata,
- kognitív hatások, például koncentrációzavarok,
- az önbizalom csökkenése,
- a munkához fűződő elégedettség és motiváció hiánya
- félelemérzet,
- poszttraumás stressz.

A beosztással kapcsolatosan is beszámolhatunk bizonyos kockázatokról, ezek a következők lehetnek:

A. Biztonsági kockázatok

- esés, csúszás, botlás veszélye
- ütközés, lökés, beszorulás veszélye
- közúti balesetek veszélye
- villamos balesetek veszélye
- tüzesetek veszélyei

B. A munkakörnyezettel kapcsolatos veszélyek

- fizikai kockázatok (zaj, meleg, hideg, stb.)
- biológiai kockázatok (mikroorganizmusok, sejt kultúrák)
- vegyi kockázatok (gáz vagy más veszélyes, mérgező készítmények)

Láthatjuk, hogy a biztonsági szakterületen dolgozókat is számos olyan veszélyeztető tényező éri, amely mind a szomatikus, mind a lelki egészségük károsodását eredményezheti. Éppen ezért nagyon lényeges magának a kiválasztási rendszernek pontossága, a megfelelő felkészítés az adott munkakörre, feladatra és a folyamatos szűrések, továbbképzések, a lehető legbiztonságosabb munkafeltételek megteremtése. Ezzel együtt nélkülözhetetlen a munkával való elégedettség, jóllét érzésének is a megteremtése ahhoz, hogy ez a terület ne csak egy „menekülési” lehetőség legyen sok, korábban más fegyveres, rendvédelmi szervhez tartozó és most már leszerelt vagy nyugdíjazott szakember számára.<sup>198</sup>

Zárszóként álljon itt egy példa egy szakmai továbbképzés tematikájáról a Fővárosi Vízművek fegyveres biztonsági őrrei számára:

- jogszabályismeret
- szolgálati intézkedések, önvédelem, BRFK Bevetési Főosztály munkatársai
- lövészeti kiképzés, lögyakorlatok, fegyveranyag ismeret,
- biztonsági rendszabályokkal kapcsolatos felkészültség, ellenőrzés
- fizikai állapotfelmérés
- hatósági vizsgára felkészülés
- parancsnokok és kiképzésvezetők részére külön is

<sup>198</sup> Suard, L.M., Lebeer, G.: Veszélyek és ártalmak megelőzése a magánbiztonsági iparágban. Európai Képzési Kézikönyv. Centre for Health Sociology, Université Libre de Bruxelles, Európai Közösség, 2004.

[http://www.coess.org/\\_Uploads/dbsAttachedFiles/Preventing\\_occupational\\_hazards\\_manual\\_HU.pdf](http://www.coess.org/_Uploads/dbsAttachedFiles/Preventing_occupational_hazards_manual_HU.pdf)  
Letöltés ideje: 2015-03-01

Egyéb képzések részükre:

- védelmi rendszer-kezelés
- katasztrófavédelem, árvízvédelem
- hajóvezetői
- úszás, vízből mentés
- munkavédelem, tűzvédelem, környezetvédelem
- elsősegély, újraélesztéshez szükséges készülékek
- informatikai biztonság
- KRESZ
- visszaélés ellenes szabályzat
- konfliktuskezelés, kommunikációs tréning<sup>199</sup>

**Összegzés: A harmadik fejezetben bemutattam az általam vizsgált állomány jellegzetességeit, akik a védelmi szektor területén látják el munkakörüket, és hivatásukból, foglalkozásukból eredően fokozottan veszélyeztetettek a traumatizálódás és a poszttraumás stresszbetegség kialakulása szempontjából. Elemeztem a tűzoltókat, rendőröket (elsősorban speciális feladatokat, illetve helyszínelő munkát ellátókat), missziós külszolgálatot teljesítő katonákat és a kritikus infrastruktúrák őrzésével megbízott fegyveres biztonsági őröket érő stresszforrásokat és pszichotraumák lehetőségeit. Mindegyik esetben bemutattam a pszichológiai alkalmasság kritériumait és vizsgálati lehetőségeit is. Elemzésem és a vizsgálatom nem terjedt ki a büntetésvégrehajtás hivatásos szakembereire, mivel a kutatás tervezése idején az állomány még nem tartozott a védelmi szektor irányítása alá. Ugyanakkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy a fogvatartottak között eltöltött évek alatt ők is kerülhetnek olyan helyzetekbe, amelyek traumatizáló hatásúak lehetnek. Elsősorban a prevenció szempontjából mindenképpen szükségesnek tartom hasonló jellegű vizsgálatok, kutatások elvégzését a büntetésvégrehajtás területén is. Az elemzés során is láthattuk, hogy a hivatásos szakemberek számos esetben kerülhetnek olyan helyzetekbe, amely traumatizáló lehet számukra. Így valóban lényeges lenne a prevenció szempontjából erre nagyobb hangsúlyt helyezni.**

---

<sup>199</sup> Imre Zoltán, Harsányi István, Giczi István: A fegyveres biztonsági őrség, mint a kritikus infrastruktúrák védelmét ellátó szervezet, havi helyzetben. Előadás, 2014. [http://mfbosze.hu/wp-content/uploads/2014/04/FVZRT\\_Velence.pdf](http://mfbosze.hu/wp-content/uploads/2014/04/FVZRT_Velence.pdf) Letöltés ideje: 2015-03-01

## 4. EMPIRIKUS VIZSGÁLAT

*Az empirikus vizsgálat ismertetése során bemutatott valamennyi táblázat és ábra (grafikon, diagram) saját készítésű.*

### 4.1 A VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA

Empirikus jellegű kutatásommal a hazai és nemzetközi szakirodalom tanulmányozása alapján felállított célkitűzésekre igyekeztem hipotézisek mentén válaszolni. Célkitűzéseim röviden a következők:

- Traumával és extrém stresszhelyzettel kapcsolatban feltárni a reziliencia és a protektív faktorok jelentőségét és szerepét. Így az általam választott terület a védelmi szektor, azaz hivatásuk következtében fokozott kockázatnak, traumatizáció lehetőségének kitett rizikópopuláció.
- Igazolni, hogy az alapos és megfelelő kiválasztási, szűrési, valamint kiképzési rendszer eredményeképpen a vizsgált állomány mind szomatikusan, mind pszichésen egészséges. A vulnerabilitásért felelős rizikófaktorok jelenléte csekély, nem jellemző a traumatizálódás és ennek következtében a PTSD és más pszichopatológiai tünetek, állapotok kialakulása sem.
- Feltárni, hogy az egészség és patológia szempontjából van-e különbség a rezilienciát meghatározó tényezők alakulásában a fokozott veszélyhelyzeteknek kitett állománynál.
- Vizsgálni a reziliencia egyik mérőeszközének hatékonyságát, más protektív tényezőkkel való kapcsolatát, így esetleges további alkalmazási lehetőségeit.
- Összehasonlítani a védelmi szektor területén az egyes foglalkozási csoportokat rizikó- és protektív tényezők, valamint a pszichés állapot szempontjából. Céloom ezzel egy olyan tesztbatteria kialakítása, amely egységes rendszerben képes bemutatni a védelmi szektor valamennyi szakterületét ellátó állomány pszichés jellemzőit.

A vizsgálati személyek kiválasztásának alapvető feltétele, hogy szakmájukból, hivatásukból eredően fokozott extrém stresszhelyzetek kezelésében vesznek részt, és szerepet kaphatnak a kritikus infrastruktúrával kapcsolatos védelmi feladatok ellátásában. Ennek megfelelően a vizsgálati személyek a katasztrófaelhárítás

területéről a tűzoltók, a rendvédelmi szervek közül a speciális feladatokat ellátó, illetve baleseti helyszínelő rendőrök, a Magyar Honvédség területéről a missziós tevékenységekben résztvevő katonák és a kritikus infrastruktúrák védelmét ellátó fegyveres biztonsági őrök közül kerültek kiválogatásra. A vizsgálati személyek száma összesen 137 fő.

A vizsgálat során az adatgyűjtéshez kérdőíves eljárást alkalmaztam. A felvett kérdőívek a következők:

- Anemnesztikus adatokat és rizikó-, illetve protektív faktorokat mérő Anamnézis lap
- A traumák előfordulását mérő skála: Életesemények Tünetlistája
- A poszttraumás stresszbetegség tünetegyüttléseinek mérésére alkalmazott Davidson PTSD Önértékelő Skála
- A mentális állapotról információt nyújtó Derogatis Tünetbecslő Skála (SCL-90-R)
- Depresszió súlyosságát mérő Beck Depresszió Kérdőív
- A szorongásra való hajlamot és a pillanatnyi szorongásos állapotot mérő Spilberger vonás és állapot szorongást mérő kérdőív (STAI)
- A reziliencia mérésére alkalmazott, Friborg és munkatársai által kidolgozott Reziliencia Skála (Resilience Scale)
- A megküzdési potenciált befolyásoló protektív személyiségtényezők összességét, azaz a pszichológiai immunrendszer erősségét mérő Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK vagy PISI)
- A stresszhelyzetekkel való megküzdés során alkalmazott jellemző coping faktorokat mérő Megküzdési MódoK Kérdőív

Az adatgyűjtés több fázisban történt. Az instrukciók ismertetése, a tesztbattériához mellékelt instrukciós lapon kívül, személyes találkozás keretében került sorra. A vizsgálat anoním volt, a vizsgálati személyek azonosításához kódokat alkalmaztam. Az adatgyűjtést a kérdőívek kiértékelése, az adatok összesítése követte. A kutatás során a célkitűzéseket hipotézisek mentén vizsgáltam. A leíró statisztika, valamint az SPSS statisztikai programcsomag segítségével egymintás t-próba, kétmintás t-próba, varianciaanalízis, korrelációanalízis, Fisher-próba, Khi-négyszet próba eljárásokkal dolgoztam fel az adatokat. Az alkalmazott szignifikanciaszint értéke  $p < 0.01$  és  $p < 0.05$ .



#### 4.1.1 Minta megtervezése, vizsgálati személyek kiválasztása

- A vizsgálat végrehajtása 2011-2013 között történt, több szakaszban. A vizsgálati személyeket a következő területekről választottuk ki:

*Katasztrófavédelem:* Összesen 29 fő.

A Katasztrófavédelem Oktatási Központjában egy továbbképzés keretén belül az ország különböző területéről érkező, elsősorban vonulási feladatokat ellátó tűzoltók vettek részt önkéntes alapon a vizsgálatban.

*Rendvédelem:* Összesen 50 fő

- Speciális rendészeti feladatokat ellátók:

Jól kiképzett, folyamatos, napi képzésben részesülő állomány, amely feladatrendszerébe tartozóan speciális szakértelmet igénylő rendészeti jellegű feladatokat old meg. A szolgálat ellátását szélsőségek jellemzik: kiképzés, készenlét; riasztás, bevetés. A bevetési feladataik során kiemelt bűncselekményi kategóriák elkövetőivel szemben kell intézkedniük, ahol a lőfegyverhasználat esélye magas.

- Általános rendészeti feladatokat ellátók:

Átlagos képzettséggel rendelkező állomány, nem rendszeres képzésben részesül, általános rendészeti feladatok hajt végre napi szinten. A szolgálatellátása során folyamatos „rutin” intézkedéseket hajt végre, és rendszeresen végzi lőfegyverrel nem rendelkező személyek elfogását, kezelését. Szolgálati feladataik ellátása közben a lőfegyverhasználat esélye csekély.

- Baleseti és bűnügyi helyszínelést ellátó rendőrök, technikusok kerültek beválogatásra.

*Magyar Honvédség:* Összesen 21 fő

Speciális katonai feladatokat ellátó csoportok vettek részt a vizsgálatban.

Ők jól kiképzett, folyamatos napi képzésben részesülő állomány, amely feladatrendszerébe tartozóan speciális szakértelmet igénylő katonai jellegű feladatokat old meg. A szolgálat ellátását szélsőségek jellemzik: kiképzés, készenlét; riasztás, bevetés. A bevetési feladataik során, nemzetközi katonai szerepvállalás keretében, háborús

övezetben hajtanak végre személybiztosítási, kiemelési, járőrözési feladatokat. A lőfegyverhasználat esélye ezeknél a feladatoknál magas.

*Biztonsági területek:* Összesen 37 fő

Elsősorban kritikus infrastruktúrával (repülőtér, pénzügyintézet, kommunikációs-távközlési objektum) kapcsolatos védelmi feladatokat ellátó fegyveres biztonsági őrök.

Alapképzettséggel rendelkező állomány, mely évi három-négy alkalommal részesül lőfegyveres képzésben, napi szinten őrzési feladatokat lát el. A szolgálat ellátása során védett objektumhoz kapcsolódó őrzési, védelmi, kísérési, portaszolgálati feladatokat lát el, mely során napi rutinfeladatokat végez. Az objektumot ért támadás, behatolás, belső szabotázs esetén van kiemelt feladata. Általános szolgálati feladatai ellátása közben a lőfegyverhasználat esélye csekély.

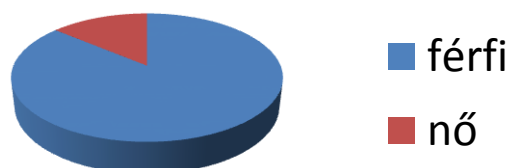
- Az összesen kiadott 206 tesztbattériából 137 személy vizsgálati anyaga került statisztikai elemzésre. Egy részük nem érkezett vissza, másik részük a sok hiányzó adat, illetve kitöltési problémák miatt értékelhetetlenné vált.
- A vizsgálat anonim volt, az instrukció a tesztbattériához részben személyesen került elmondásra, másrészt egy külön instrukciós lapot is tartalmazott minden egyes tesztbattéria.
- A vizsgálati személyek azonosítása kódok alapján történt.

#### 4.1.2 A vizsgálati személyek általános jellemzői

A vizsgálati személyek 86,1 %-a férfi és 13,9 %-a nő. A nők általános rendészeti feladatokat látnak el jelen esetben.

##### 16. számú ábra

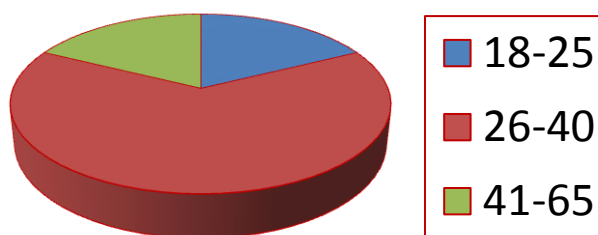
A vizsgálati személyek nemek szerinti megoszlása



Az eredeti életkori kategóriák (18-25, 26-40, 41-55, 56-65) esetében a további statisztikai elemzéshez szükséges kevés minta elemszám miatt összevontan kezeltem az utolsó két életkori intervallumot: a 41-55 és 56-65 éves korosztály esetében 41-65 év életkori kategória lett. Az így kapott életkori csoportok alapján a vizsgálati személyek 17,7 %-a 18-25 év, 64,5%-a 26-40 év, és 17,7%-a 41 és 65 év közötti. Az utóbbi életkori kategóriába túlnyomórészt a fegyveres biztonsági őrök tartoznak.

### 17. számú ábra

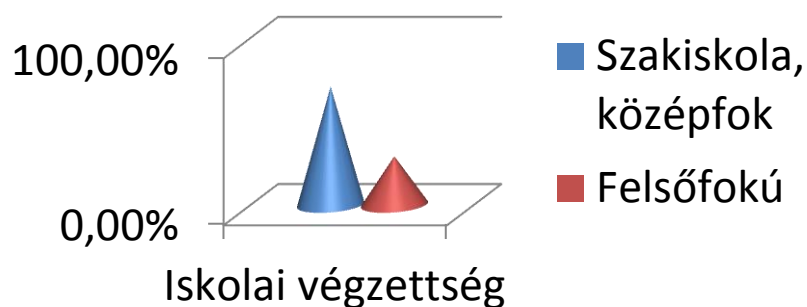
A vizsgálati személyek életkor szerinti megoszlása



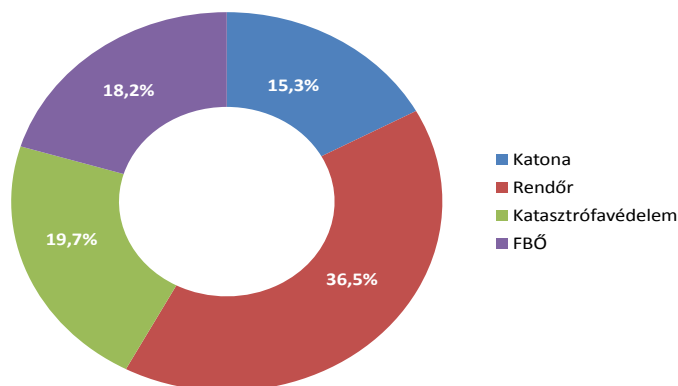
Iskolai végzettség alapján 70,9 % szakiskolai, illetve középfokú végzettséggel rendelkezik, 29,1% felsőfokú, azaz főiskolai, egyetemi végzettséggel.

### 18. számú ábra

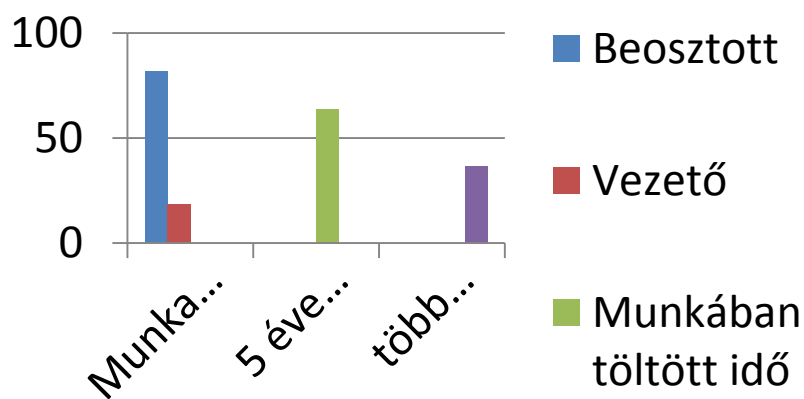
A vizsgálati személyek iskolai végzettség szerinti megoszlása



Foglalkozás alapján: katona 15,3%. rendőr 36,5%, tűzoltó 19,7% és FBŐ 18,2%.

**19. számú ábra****A vizsgálati személyek foglalkozás szerinti megoszlása**

Az adott munkakörben 63,5% dolgozik maximum 5 éve, és 36,5% pedig már több mint 5 éve. A többségük beosztott státuszban van, azaz 81,8%, és csak 18,2% dolgozik vezetői beosztásban.

**20. számú ábra****A vizsgálati személyek beosztás és az adott munkakörben eltöltött idő szerinti megoszlása****4.1.3 A vizsgálat menete, végrehajtása**

- A vizsgálat végrehajtásához az első lépés a szükséges engedélyek megkérése volt az említett szervezetek illetékes vezetőitől.

Az engedélykérés tartalmazta a kutatás problémafelvetését, célját és aktualitását, a kutatást végző(k) megnevezését, szakmai adatait, elérhetőségét.

- Az engedélyezést követően időpontok egyeztetése (folyamatosan) a közvetítő szakemberekkel (elsősorban vezetők, esetleg pszichológus).
- A rezilienciát és rizikófaktorokat, megküzdési kapacitást, pszichopatológiai/pszichés státuszt mérő kérdőívek, skálák kitöltése nyugalmi helyzetben történtek. A felvételeket megelőzte egy személyes, többnyire csoportos találkozás is a vizsgálati személyekkel, ahol tájékoztattuk őket a kutatás céljáról és felkértük őket a részvételre, természetesen önkéntes és anonim alapon. A szóbeli tájékoztatás mellett e tesztbattérián belül egy írásbeli instrukciós lapot is találhattak a vizsgálati személyek, probléma esetén telefonos elérhetőséggel. *(1. számú melléklet)* A tesztbattéria felvételére két helyzetben kerülhetett sor: egy külön időpont leszerzésével csoportosan, amely kb. 2-2 és fél órát jelentett, vagy mindenki a tájékoztatást követően egyénileg töltötte ki, amelyre két hét állt rendelkezésre. Összegyűjtésük egy kontaktszemélyen keresztül történt.
- Az adatgyűjtés több fázisban történt 2011 és 2013 között.
- Az adatgyűjtést a kérdőívek kiértékelése követte, majd a nyerspontok Excel táblázatban történő összesítése.
- Az összesítő táblázat adatainak feldolgozása, a kutatás hipotéziseinek igazolása matematikai statisztikai próbák alkalmazásával.

#### **4.1.4 Alkalmazott vizsgálóeszközök**

##### *Anamnézis lap (2. számú melléklet)*

Anamnesztikus adatok és a PTSD kialakulásában feltételezetten szerepet játszó rizikó valamint protektív faktorok felmérésére megszerkesztett kérdőív nominális mérési skála alkalmazásával.

##### Potenciális rizikófaktorok:

Pre-trauma:

- nem, életkor, iskolázottság, foglalkozás, családi állapot
- megelőző trauma, negatív gyermekkori élmények, valamint a jelenlegi élethelyzetére vonatkozó adatok
- jelenlegi vagy korábban előforduló szomatikus, pszichiátriai betegség, ill. családi anamnézis

### Peri-trauma

- az expozíció átélése, szemtanúként való megélése
- súlyossága, intenzitása
- segítség, társas támasz
- frekvencia

### Poszt-trauma:

- szociális támogatás
- veszteségek

A kitöltés során részben megadott válaszokat kell bekarikázni, illetve a megfelelő helyre X-et tenni és kiegészíteni, ahol szükséges.

### ***A trauma(k) előfordulását mérő skála: Életesemények Tünetlistája*** (Life Events Checklist)<sup>200</sup> (3. számú melléklet)

Az Életesemény Tünetlista 17 tételes, rövid, önkitöltős skála, amely a lehetséges traumatizáló események listáját tartalmazza. A DSM-IV alapján a poszttraumás stresszbetegség diagnosztizálásához szükséges „A” kritérium, azaz a pszichotrauma meglétét igazolja. A későbbi értékelések alapján a teszt jó pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik, elsősorban klinikai és katonai területeken alkalmazzák, és alkalmas a pszichotrauma, valamint az azzal összefüggő pszichológiai distressz (szubjektív fenyegetettség) beazonosítására, amely előfeltétele a poszttraumás stresszbetegség diagnosztizálásnak.<sup>201</sup>

Minden egyes tétellel kapcsolatban a vizsgálati személynek a következő feltételeket kell figyelembe vennie és ezek alapján kitölteni:

- megtörtént vele személyesen az esemény
- szemtanúja volt annak, amikor ez mással megtörtént
- tudomása van arról, hogy ez megtörtént egy hozzá közel álló emberrel
- nem biztos abban, hogy ez történt
- nem történt meg vele

A pontozás során minden egyes tételnél csak a személyes történés kap 1 pontot, a többi 0-át. A magyar nyelvű fordítását a MH EK Pszichiátriai Osztályán végezték el

<sup>200</sup> Blake, D.D., Weathers, E. W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., et al.: The development of a Clinician Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*. 1995; 8, pp. 75 - 90.

<sup>201</sup> Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., Lombardo, T.W.: Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*. 2004; 11(4), pp. 330 - 341.

és alkalmazták már egy korábbi vizsgálat során.<sup>49</sup> A kérdőív validálása magyar populáción még nem történt meg.

***Posztraumás stresszbetegség tünetegyütteseinek mérése: Davidson PTSD Önértékelő Skála<sup>202</sup>***

A PTSD tüneteinek DSM-IV kritériumainak alapján történő beazonosítására szolgáló 17 itemes önértékelő skála. Felvételéhez elegendő, akár 10 perc is. A kérdőív kitöltése akkor jöhet számításba, ha a vizsgálati személy megnevez egy számára pszichotraumát okozó eseményt, amely jelenleg is problémát, szenvedést okoz számára. Ezt követően mind a gyakoriság, mind a súlyosság szempontjából egy ötfokú (Likert) skálán értékeli állapotát a kérdések alapján. A skála összpontszáma határozza meg mind frekvencia, mind a súlyosság szempontjából, hogy jelen vannak-e a PTSD tünetei, illetve milyen mértékben. A skála alapján elkülöníthetők a PTSD egyes tünetegyüttesei. A PTSD igazolásához valamennyi klaszterben párhuzamosan legalább egy pontszámot el kell érnie a vizsgálati személynek.

A skála jó teszt-reteszt reliabilitással ( $\gamma=0.86$ ), belső konzisztenciával (Cronbach  $\alpha=0.99$ ) rendelkezik, az eredeti skálának 86%-os a diagnosztikai hatékonysága. Konvergens validitásra utaló eredmények az SCL-90-R rész-skáláival (szomatizáció, kényszer, interperszonális, depresszió, szorongás, hosztilitás, fóbiás elhárítás, paranoid és pszichotikus tünetek) és az SCL-90-R összpontszámmal mutatkoztak. Magyarországon nincs standardizálva a skála, kizárólagosan a MH EK Pszichiátriai Osztálya kapta meg a szerzői engedélyt az alkalmazásához. Magyar nyelvre történő fordítása több fázisban zajlott, egymástól függetlenül pszichiáter szakemberek, illetve angol-magyar anyanyelvű szaktanár bevonásával, illetve ismét független, megfelelő angol nyelvtudással rendelkező pszichiáter szakemberek fordították vissza magyarról angolra a skála tételeit, ezt követően összeegyeztetve az eredeti verzióval, hogy tartalmilag megfeleljenek a tételek. Validálása magyar populáción még nem történt meg.

<sup>202</sup> Davidson, J. R. Book, S. W., Colket, J. T., et al (1997): Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. Psychol. Med. 1997, 27, pp. 153 - 160.

***Derogatis Tünetbecslő Skála*** (SCL-90-R, *Derogatis, 1977*)<sup>203</sup> (4. számú melléklet)

Mentális állapotról információt nyújtó, önkitöltős tünetbecslő kérdőív, amelynek segítségével megállapítható a vizsgálati személyek egészséges illetve beteg csoportba sorolása is. Kiszűri a pszichés zavarokban szenvedőket.

Az SCL-90-R az általános pszichés distressz és a specifikusabb pszichopatológiai tünetek mérésére szolgáló önkitöltő kérdőív. Széles körben használják pszichiátriai vizsgálatokban mind a farmako-, mind pedig a pszichoterápiás hatékonyság mérésére, általános egészségügyi vizsgálatokban és epidemiológiai felmérésekben. A skálán elvégzett korai faktoranalízis alapján a tételek 9 faktorba sorolhatóak be, valamint kiszámolható három általános becslőérték. A skálák a következők: szomatizáció, kényszeresség, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, ellenségesség, fóbia, paranoia, pszichoticizmus, továbbá vannak egyik skálába sem besorolt tételek. A globális mérőindexek a következők: Globális Súlyossági Index, Pozitív Tünet Distressz Index, Pozitív Tünet Összes. A skála 90 tételt tartalmaz, a vizsgálati személy ötfokú Likert skálán értékeli a tünetek jelenlétét, illetve súlyosságát. A pontok összesítése skálánként történik, illetve a Globális Súlyossági Indexet számítjuk ki az összpontok alapján. Mindezt pedig standard átlagértékekhez viszonyítjuk, amelyet a magyarországi mintán állapítottak meg a teszt validálása során.

**2. számú táblázat****Az SCL-90-R skálák standard átlagai**

Szomatizáció	0,53
Kényszeresség	0,69
Interperszonális érzékenység	0,7
Depresszió	0,83
Szorongás	0,66
Ellenségesség	0,64
Fóbia	0,47
Paranoia	0,62
Pszichoticizmus	0,38

<sup>203</sup> Unoka Zsolt és mtsai.: A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*. 2004; 19(3), p. 235-243.



**Beck Depresszió Kérdőív (BDI)<sup>204, 205</sup> (5. számú melléklet)**

A Beck által kidolgozott Depresszió kérdőív (BDI) a depressziós tünet együttes súlyosságát vizsgálja, elsősorban nem a súlyos, pszichiátriai betegségként megjelenő depressziót, hanem azt a tünetegyüttest, érzelmileg, hangulatilag negatív állapotot, amely mindennapi teljesítőképességet, életminőséget már jelentősen befolyásolja, anélkül, hogy ezt az állapotot betegségnek tekintenénk. A Beck-féle Depresszió kérdőív 21 tételből áll, minden tétel négyféle megállapítást tartalmaz, 0-3 pontozással, súlyossági sorrendben. Maximum pontszám 63.

0-9 normál érték

10-18 enyhe depressziós állapotot,

19-25 közepes súlyos depressziós állapotot,

25 fölött súlyos depressziós állapotot jelez a kérdőív.

**Spielberger vonás- és állapotszorongást mérő kérdőív (STAI, Spielberger, 1970)<sup>206</sup> (6. számú melléklet)**

A szorongásra való hajlamot (vonásszorongás) és a pillanatnyi szorongásos állapotot (állapotszorongás) mérő önkitaltós kérdőívek 20-20 tételből állnak. A standard értékek nemenként mutatják az állapot- és vonásszorongást, illetve ehhez mérten a páciens értékét. A kérdőívet a személyiségváltozók állapot-vonás modelljének alapján állították össze. A várható manifeszt viselkedést befolyásolja, hogy milyen dinamikus kölcsönhatásban állnak egymással a személyiség aktuális állapota, a személyiség jellemzők együttese és a tárgykonzisztens reakciósmák kinyilvánításra való hajlam. A helyzet kiértékelési folyamatát befolyásolja, hogy a környezeti hatásokat mennyiben érzi fenyegetőnek, ez a szorongáshajlamtól függ.

A teszt fordított tételeket is tartalmaz, értékelése során az egyes sorokban szereplő pontszámokat összegezzük.

Az 1-20 tételekhez tartozó sorszámokat külön adjuk össze, ez adja meg az állapotszorongás értékét, míg a 21-30 tétel összege a vonásszorongás, azaz a

<sup>204</sup> Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., Erbaugh, J.: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4, pp. 561 - 571.

<sup>205</sup> Kopp Mária, Fóris Nóra: A szorongás kognitív viselkedésterápája. Budapest, Végeken Kiadó, 1993.

<sup>206</sup> Sipos, K., Sipos, M.: The development and validation of the hungarian form of the STAI. In: Spielberger, C., D., DiazGuerrero (szerk.): Cross-Cultural Anxiety, 2, Washington-London, Hemisphere Publishing Corporation, 1978, pp. 51 - 61.

szorongásra való hajlam mértékét adja meg. A maximum pontszám mind a vonás-, mind az állapotszorongás esetében 80.

### 3. számú táblázat

A STAI skálák magyar standard átlagai

	Férfiak	Nők
Vonásszorongás	40,96	45,37
Állapotszorongás	38,4	42,64

**Reziliencia Skála** (Resilience Scale; *Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, 2001*)<sup>92, 144</sup>

Három alapvető területen – személyiségjegyek, azaz diszpozicionális tulajdonságok; családi kohézió, összetartozás és a külső támogató környezet – méri a protektív faktorokat. Magyarországon még nem validált kérdőív. Kutatásomhoz a fordítás a következőképpen történt: egymástól függetlenül egy angol-magyar anyanyelvű, de nem a pszichológia-pszichiátria szakterületén dolgozó, két magyar anyanyelvű, felsőfokú angol nyelvismerettel rendelkező szakember fordította le a kérdőívet. Majd a fordításokat két szakember egyeztette össze és konszenzus alapján jött létre a kérdőív jelen felhasznált magyar fordítása. A kérdőívben megkezdett mondatokat kell befejezni a megadott lehetőségek alapján. A vizsgálati személynek be kell karikázni az ötfokú skálán azt a számot, amely legközelebb áll az általa leginkább elfogadott befejezéshez. A skála a reziliencia irányába mér, azaz minél magasabb az elért pontszám, annál reziliensebb a személy. A skála fordított tételeket is tartalmaz. Külön összesíthetők a pontszámok a személyiségjegyek - így személyes kompetencia, mint önészlelés és mások észlelése, gondolkodási stílus, szociális kompetencia, - a családi kohézió, összetartozás és a külső támogató környezet faktoraiban.

Egyéni diszpozicionális tényezők

- személyes kompetencia/ön-észlelés
- személyes kompetencia/jövő észlelése
- gondolkodási stílus
- szociális kompetencia

Családi kohézió

## Szociális támogató rendszer

A faktorok tartalma:

- Önészlelés: a reális önértékelést, magabiztosságot, a képességeink megfelelő értékelését, énhatékonyságot érintő tételket tartalmaz.
- A jövő észlelése: optimista, célorientált és rugalmasan megtervezett jövő elképzelései.
- Strukturált gondolkodási stílus: tervek, szabályok, rutinszerű szokások, célok követése, az idő megfelelő beosztása, megtervezése jellemző.
- Szociális kompetencia: extravertió, rugalmasság, kontaktusteremtésre való fogékonyság, barátságosság, rugalmasság, humor megléte.
- Családi kohézió: értékek megosztása, család szeretete, összetartás a családban, lojalitás, bizalom.
- Szociális támogató rendszer: a családon kívül más fontos és támogató személyek jelenléte, bátorítása és segítségadás, amennyiben szükséges.

Minél magasabb az összpontszám, annál reziliensebbnek bizonyul a vizsgálati személy. A maximális összpontszám 180.

Reziliencia Skála validálási folyamatához és további protektív faktorok meghatározásához szükséges lehet a Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív és a Megküzdési MódoK Kérdőív (Ways of Coping) Magyarországon már validált és standardizált kérdőívek felvétele. A kérdőív ilyen formában jelenleg csak kutatási célra alkalmazható.

***A Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív*** (Psychological Immun System Inventory – PIK)<sup>25, 207</sup> (7. számú melléklet)

A személy megküzdési (coping) kapacitását, korábbi megfogalmazásban: a személy pszichológiai immunrendszerének erősségét és jellemzőit méri. A kérdőív 16 olyan személyiségtényezőt, szűkebben fogalmazva: megküzdési potenciál tényezőt mér, amelyek az egyén megküzdésének és alkalmazkodásának hatékonyságát a stresszhelyzet kognitív értékelési folyamatának befolyásolásán keresztül valósítják

---

• <sup>207</sup> Oláh Attila: A pszichológiai immunkompetencia kérdőív. Kézirat. Budapest, ELTE, 1996. pp. 1 - 18.

meg. Oláh Attila ezen dimenziók összességét nevezi a személy pszichológiai immunrendszerének, amely kutatásai alapján három alrendszerből tevődik össze.<sup>208</sup>

A *Monitorozó, Megközelítő Alrendszer (MMR)* feladata a környezet megfigyelése, megértése és kontrollálása, a kognitív apparátus lehetséges pozitív következményekre hangolása. Skálái:

1. Pozitív gondolkodás: arra irányul, hogy a személy kedvező változások elvárására és elővételezésére mekkora hajlammal bír.
2. Kontrollérzés a skála azt a meggyőződést méri, hogy mennyire tudjuk a saját életünk felett az ellenőrzést gyakorolni.
3. Koherenciaérzés a velünk történtek megértésére való igényt és képességet jelenti.
4. Növekedésérzés a személy saját pszichológiai fejlődésének érzett mértékét mutatja.
5. Rugalmasság és kihívás keresése nyitottságot, rugalmasságot, a változások követésére és szenzitív érzékelésére való hajlamot jelenti.
6. Társas monitorozás szociális nyitottságot méri
7. Kitartás azt méri, hogy a személy mennyire képes szükségletei kielégítésének elhalasztására, ill. hogy a határozott viselkedését akadályok felbukkanása esetén folytatja-e

A *Mobilizáló, Alkotó, Végrehajtó Alrendszer* feladata a körülmények megváltoztatása és a tervek végrehajtása. Skálái:

8. Öntisztelet aktív, értékmegóvó képességet jelent, hogy mennyire tartjuk magunkat értékesnek.
9. Leleményesség a személy innovatív kapacitását, konstruktív és originális kapcsolatára való hajlamát méri.
10. Énhatékonyság érzése a személy milyen mértékben és hatékonysággal képes aktualizálni tanult vagy önmaga gyártotta terveit és megoldási javaslatait.
11. Társas mobilizálás képessége arra utal, hogy a személy mennyire sikeres társai meggyőzésében, motiválásában és irányításában.
12. Szociális alkotóképesség a személy mennyire képes önmagában és másokban olyan képességeket feltárni és felfedezni, amelyek nem feltétlenül nyilvánvalók, és amelyek hasznosak a stresszel való megküzdésben.

<sup>208</sup> Oláh Attila: Megküzdés és pszichológiai immunitás. In: Pléh Csaba, Boross Ottilia (szerk): Bevezetés a pszichológiába. Budapest, Osiris Kiadó, 2004. pp. 631 - 634.

Az *Önszabályozó Alrendszer* feladata a tudati és az érzelmi kontroll szabályozása.

Skálái:

13. Szinkronképesség az egyén mennyire képes együtt pulzálni környezeti változásokkal, szinkronban lenni az aktuális eseményekkel.
14. Impulzivitáskontroll alatt a viselkedés racionális kontroll alá helyezését kell érteni.
15. Érzelmi kontroll azt mutatja meg, hogy a személy hogyan képes úrrá lenni a fenyegetés, a veszélyhelyzetek, és kudarcok keltette szorongásokon.
16. Ingerlékenység gátlás azt méri, hogy a frusztrációra, szükséglet kielégítés akadályozására milyen intenzitású reakciókkal válaszol a személy.

Az egyes állításokról négyfokú skálán kell döntenie a kitöltőnek aszerint, hogy mennyire érzi őket önmagára jellemzőnek: 1 pont egyáltalán nem jellemző, 4 pont nagyon jellemző. Minden egyes faktor esetében a maximum pontszám 20. Az alrendszerek esetében:

Monitorozó: 140

Mobilizáló: 100

Önszabályozó: 80

Az elérhető maximális összpontszám: 320

#### 4. számú táblázat

**A PIK skálák magyar standard átlagai**

<b>FAKTOR</b>	<b>ÁTLAG PONTSZÁM</b>	<b>FAKTOR</b>	<b>ÁTLAG PONTSZÁM</b>
<b>Pozitív gondolkodás</b>	14,3036	<b>Énhatékonyság</b>	14,6701
<b>Kontrollérvény</b>	13,8718	<b>Társas mobilitás</b>	13,3722
<b>Koherenciaérvény</b>	15,9712	<b>Szinkronképesség</b>	12,6653
<b>Öntisztelet</b>	13,5515	<b>Szociális alkotóképesség</b>	14,7855
<b>Növekedésérvény</b>	16,5138	<b>Kitartás</b>	17,6241
<b>Kihívás, rugalmasság</b>	14,0288	<b>Impulzuskontroll</b>	15,0078
<b>Társas monitorozás</b>	13,8156	<b>Ingerlékenység gátlás</b>	13,7756
<b>Leleményesség</b>	13,0558	<b>Érzelmi kontroll</b>	13,9292

***Megküzdési MódoK Kérdőív (8. számú melléklet)***

A kérdőív eredeti változatát (Ways of Coping) Folkman és Lazarus<sup>209</sup> dolgozták ki 1980-ban. Az eredeti kérdőív 68 olyan állítást tartalmaz, melyek az emberek kognitív vagy viselkedéses stratégiáit írják le specifikus stresszhelyzetekkel való megküzdés során. A Folkman és Lazarus féle kérdőívvel magyar mintán Kopp és Skrabski végeztek vizsgálatot. A faktoranalízissel kapott skálák nagy hasonlóságot mutattak az eredeti kérdőív alapján végzett vizsgálatok faktoraival.<sup>210</sup>

Kopp és Skrabski 1995-ben kialakították a kérdőív rövidített 22 tételű változatát úgy, hogy minden faktor a legjellemzőbb tétéleivel szerepeljen a rövidített kérdőívben. A hét konfliktusmegoldási faktorhoz a következő tételek tartoznak:

1. Problémaelemzés
2. Céltudatos cselekvés
3. Érzelmi indíttatású cselekvés
4. Alkalmazkodás
5. Segítségkérés
6. Érzelmi egyensúly keresése
7. Visszahúzódás

Az első két faktor a problémára irányuló konfliktusmegoldás, míg a többi faktor az érzelmi problémamegoldások közé sorolható. Minden egyes tételnél négyfokú skála segítségével pontozhatják 0-3-ig a vizsgálati személyek, hogy mennyire jellemző rá az állítás („nem”, „alig”, „jellemző”, „nagyon jellemző”). Az átlagolásokat követően tudunk következtetni, hogy melyik konfliktusmegoldási mód jellemző inkább az egyénre, illetve csoportosítván a problémára irányuló és az érzelmi fókuszú konfliktusmegoldási faktorokat (szintén átlagot tekintve) meghatározhatjuk, hogy melyik a domináns stratégia a vizsgálati személynél.<sup>211</sup>

Lazarus és Folkman a megküzdési stratégiák két formáját különítette el, a problémára és az érzelemre irányuló megküzdést. Ez a két stratégia azonban nem különül el élesen egymástól, átfedik egymást.

Problémaközpontú megküzdést akkor feltételezünk, amikor a személy egy speciális helyzetre vagy problémára összpontosít, és megkísérli azt a jövőre nézve

<sup>209</sup> Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen R. J.: Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50(5), pp. 992 - 1003.

<sup>210</sup> Kopp Mária, Skrabski Árpád: Magyar lelkiállapot. Budapest, Végeken Kiadó, 1992.

<sup>211</sup> Kopp Mária, Skrabski Árpád: Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái. Budapest, Corvinus Kiadó, 1995.

befolyásolni, változtatni, átalakítani, vagy az elkerülését biztosítani. Ennél a megküzdési módnál a helyzet megváltoztatásán van a hangsúly, vagyis a problémamegoldásra tett erőfeszítésen. Ebbe a kategóriába tartozik, mikor mérlegeljük az alternatívák kimeneteleit, előny-hátrányelemzést végzünk, majd döntünk, és végrehajtjuk a választásunkat. Ezt a problémaelemzést önmagunk felé is elvégezhetjük, átértékelhetjük elvárásunkat, új készséghez folyamodhatunk, módosíthatjuk az igény szintünket.

Érzelempontú megküzdésről akkor beszélünk, amikor az egyén a stresszhelyzethez kapcsolódó érzelmi reakcióit igyekszik enyhíteni, csökkenteni azzal a szándékkal, hogy megakadályozza a negatív érzelmek elhatalmasodását. Ebben a folyamatban az érzelmek szabályozására tevődik a hangsúly, az egyén a stressz hatására keletkezett szorongást, agressziót igyekszik megfelelő módon levezetni.

Amikor befolyásolhatatlan helyzettel találkozunk, érzelempontú stratégiákhoz folyamodunk.<sup>212</sup>

Kopp és Skrabski a fent vázolt elméletet felhasználva 7 faktort különített el a megküzdésben, melyre a Megküzdési Mód Kérdőív is épül. Ez az egyik közismert mérőeszköz a megküzdési módok önbeszámolás, kérdőívvel történő számbavételére. A problémára irányuló megoldások közé tartozik:

- a problémaelemzés és a céltudatos cselekvés (pl. a probléma elemzése a jobb megértés céljából, átgondolni a lehetőségeket, hogy mit lehet tenni az ügy megoldása érdekében, a másik személy szempontjait megérteni, különböző megoldásokat találni a problémára és ezeket kivitelezni stb.)

Az érzelmi problémamegoldások közé sorolható:

- az alkalmazkodás (pl. engedni vagy egyezkedni, hogy valami jó származzon a dologból, próbálni derűsen felfogni a dolgokat),
- az érzelmi egyensúly keresése (pl. szabadjára engedni az érzéseket, eltávolodni a problémától, kilépni a problémás helyzetből egy időre)
- az érzelmi indíttatású cselekvések (pl. másokon levezetni a feszültséget, kifejezni az indulatot, mindent egy lapra tenni, túlevés, ivás)
- visszahúzódás (pl. mások elöl elrejtteni a problémát, visszavonulni, passzívan várni) és a segítségkérés (közeli hozzátartozótól, bizalmastól, szakembertől)

<sup>212</sup> Lazarus, R. S., Folkman, S.: Stress, Appraisal and Coping. New York, Springer, 1984.

stb. segítséget kérni, elfogadni mások együttérzését, megosztani másokkal a nehézségeinket)

Érdemes kiemelni a társas támasz igényének, a segítségkérésnek a megküzdésben betöltött hasznos és célravezető funkcióját, amely a továbblépésben, a problémamegoldási folyamatban értékes elemként lehet jelen. Azok az egyének, akik képesek jelezni, hogy aktuálisan nehézséggel küzdenek, és elfogadják a társak együttérzését, figyelmét, nagy valószínűséggel gyorsabban és sikeresebben vészelik át a stresszhelyzeteket.

Érdemes kihangsúlyozni a problémaközpontú megküzdés fontosságát, és jelenlétének nélkülözhetetlenségét a sikeresebb megküzdés érdekében. Akiknél felfedezzük, hogy ezek a stratégiák alulműködnek, vagy nincsenek jelen, nem jelent végleges állapotot; lehetőség nyílik kialakítani, megerősíteni, megismertetni új stratégiákat.<sup>211</sup>

#### **4.1.5 Az adatok feldolgozásához alkalmazott eljárások**

1. Első lépésben az adatok statisztikai feldolgozásához numerikus kódolási rendszert alakítottunk ki az anamnézis lap kiértékeléséhez. Mérési skálaként nominális skálát használtunk, amely értékeinek nincs számszerű jelentésük, csak kódként szerepelnek. *(9. számú melléklet)*
2. A tesztek kiértékelése, az adatok összesítése *(10. számú melléklet)* folyamatosan történt a beérkezésnek megfelelően, statisztikai feldolgozás csak a vizsgálat végleges befejezésével, valamennyi adat begyűjtésével kezdődött el.
3. A minta demográfiai és klinikai változóinak összesítéséhez leíró statisztikai feldolgozást alkalmaztunk első lépésben, így átlagok, szórások, gyakoriságok megállapítása történt.
4. Az adatok részletesebb feldolgozása és a hipotézisek megválaszolása statisztikai módszerek alkalmazásával történt, az SPSS statisztikai programcsomag alkalmazásával. Az alkalmazott szignifikanciaszint értéke  $p < 0.01$  és  $p < 0.05$ :
  - Egymintás t-próba: egy bizonyos érték és a felérés során regisztrált értékek átlaga közötti különbséget mutatja meg egy folytonos változó elemzésekor.



- Kétmintás t-próba: egy folytonos változó átlagait hasonlítja össze két csoport között.
- Varianciaanalízis: több csoportot hasonlíthatunk össze általa egy folytonos változó szempontjából.
- Fisher-próba: két kategoriális változó közötti kapcsolat vizsgálatokor használjuk, 2x2-es keresztáblák elemzésekor.
- Khi-négyzet próba: két kategoriális változó közötti kapcsolat vizsgálatokor alkalmazzuk 2x2-esnél nagyobb keresztáblák elemzésekor.
- Korrelációanalízis: két folytonos változó közötti kapcsolatot és annak szorosságát határozza meg.

## **4.2 AZ EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE, ÉRTÉKELÉSE**

### **4.2.1 A vizsgált állomány egészségügyi, elsősorban pszichés állapota, a rizikófaktorok előfordulási gyakorisága (1.hipotézis)**

A vizsgálatom során igazolni kívánom, hogy a vizsgált állomány egészségügyi (szomatikus és pszichés) állapota kifejezetten jó, a megfelelő kiválasztás eredményeként mind a gyermekkori, mind a jelenlegi szociális és kapcsolati körülményei megfelelőek.

Az anamnézis lap, számos saját, illetve családi egészségügyi problémával kapcsolatos kérdést tartalmazott, ezek közül csak azokat emelném ki, amelyek gyakorisági szempontból kiemelkedőek. A vizsgált állomány esetében a családban viszonylag gyakoribb a hipertónia (40,4%) és a cukorbetegség (23,5%), saját részről inkább a műtéti beavatkozások fordulnak elő magasabb arányban (27,2%). Ez utóbbi feltehetően a foglalkozással járó viszonylag fokozottabb fizikai megterhelésnek is lehet az eredménye, ami elgondolkodtató, ha azt nézzük, hogy a vizsgálati személyek kb. 80%-a 40 év alatti. Az addikciók szempontjából az alkoholfogyasztást emelném ki, saját részről 87,3%-ban jellemző az alkalmankénti fogyasztás elég tág kategóriája. A család esetében szintén hasonló százalékos gyakoriságot kaptunk. A dohányzás akár saját, akár család részéről 36%-os előfordulási valószínűséggel jellemző a vizsgált populációnál.

A vizsgált állomány egészségügyi – elsősorban szomatikus - állapota, az adatok alapján jónak tekinthető, amely indokolható a szigorú kiválasztási, alkalmassági követelményekkel, a folyamatos szűrésekkel és a viszonylag fiatal átlagéletkorral. Figyelmet érdemel viszont a későbbiekben a műtéti beavatkozások kissé magas gyakorisága, illetve az alkoholfogyasztás alakulása.

A gyermekkori családi környezetet tekintve elmondhatjuk, hogy a vizsgálati személyek többsége harmonikusnak (45,6%), illetve megfelelőnek (49,3%) ítélte meg a családi hátterét. A szülők többsége együtt él (67,4%), 32,6%-nál váltak el. A váláskor a gyerekek 12 év alattiak voltak inkább (55,8%). A vizsgálati személyek többségének egy testvére van (67,6%), de viszonylag gyakori a kettő, illetve több testvér is (27,2%). A közösségbe való beilleszkedésnél elmondásuk alapján 99,3%-ban nem volt probléma, és 54,4%-ban jó, kiváló tanulóknak számítottak. A többségénél nem fordult elő gyermekkori trauma, veszteség, 16,2%-nál azonban igen. A leggyakoribb gyermekkori traumák: bántalmazás az apától, elhanyagolás. Veszteségek: szülők válása, illetve halála.

A jelenlegi körülményeket tekintve a vizsgálati személyek többsége kapcsolatban él, közülük 36% házasságban, 27,4% élettársi kapcsolatban. Ugyanakkor egy harmaduk nem él kapcsolatban, azaz 32,4% egyedülálló, és 4,4% elvált. Kicsit kevesebb, mint a felének, azaz 40,4%-nak van gyermeke, a többségének még nincs. Az egyedülállók viszonylag magas száma és ezzel együtt a gyermekek és saját család hiánya szintén összefügghet azzal, hogy a vizsgálati személyek többségének életkora 40 év alatt van, illetve 17,7% 25 év alatti. A jelenlegi családi körülményeket a többség harmonikusnak (65,9%) és megfelelőnek (32,6%) mondja. A vizsgálati személyek a megélhetésüket átlagosnak tartják, sajnos 12,5% azonban nehéz anyagi körülmények között él. A munkahellyel kapcsolatban a körülményeket, légkört többségében (83,1%) megfelelőnek tartják, a munkamotiváció jó (77,2% szívesen csinálja), de figyelemreméltó a sérülékenység szempontjából, hogy 22,8% csak azért végzi ezt a munkát, mert szükséges.

Összefoglalva a gyermekkori családi körülményeket, kapcsolatokat elmondhatjuk, hogy a vizsgálati személyek többségének viszonylag kiegyensúlyozott gyermekkori háttere volt, de nem hanyagolhatjuk el, hogy 16,2% élt át valamilyen pszichotraumát gyermekként. A jelenlegi körülmények szempontjából az egyedülállók és gyermektelenek viszonylag magasabb száma lehet lényegesebb a sérülékenység szempontjából. Az egészségügyi és pszichés állapotuk megfelelő.

*Feltételezésem, miszerint a vizsgált állomány egészségügyi (szomatikus és pszichés) állapota kifejezetten jó, valamint a megfelelő kiválasztás eredményeképpen mind a gyermekkori, mind a jelenlegi szociális és kapcsolati körülményei megfelelőek, csak részben igazolódott.*

Vizsgálom a hivatással összefüggő traumatizálódás mértékét és a peritraumatikus rizikófaktorok jelenlétét a vizsgált állománynál. Feltételezem, hogy a szakterületének megfelelően kiválasztott és jól kiképzett állománynál a traumatizálódás és ennek megfelelően a pszichotraumával összefüggő rizikófaktorok jelenléte csekély.

Részben az anamnézis lap, másrészt az Életesemény Skála segítségével igyekeztem feltérképezni a vizsgálati személyek trauma kitettségének gyakoriságát, a lehetséges traumatípusok előfordulását és a traumatizáló eseménnyel kapcsolatosan megjelenő lehetséges rizikófaktorokat.

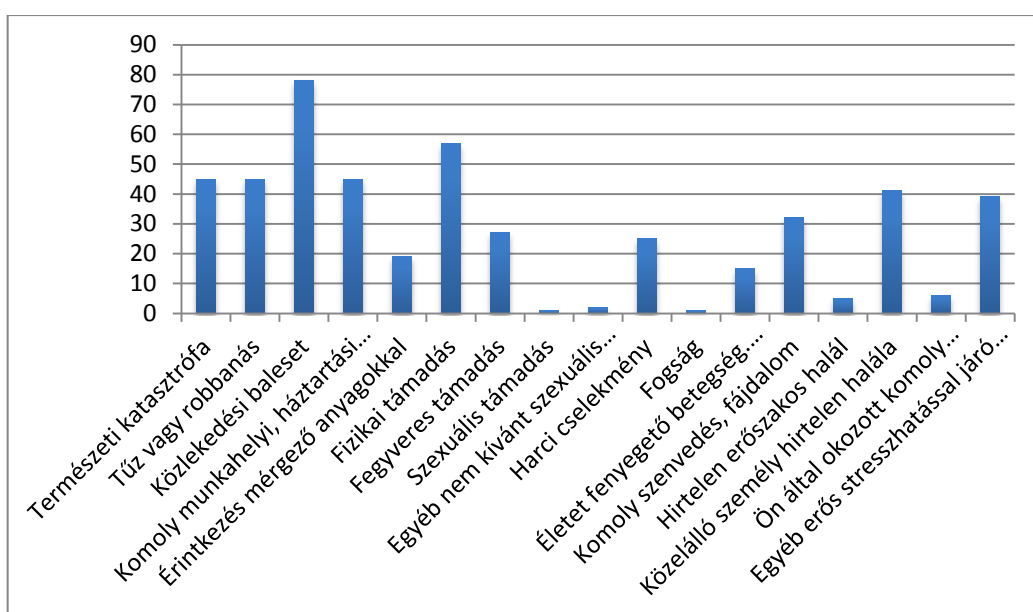
Az Életesemény Skála alapján a vizsgálati személyek 78,7% élt át saját maga traumatikusnak minősíthető eseményt, illetve 59,6% szemtanúként. Természetesen ezek az adatok együttesen tartalmazzák azokat a személyeket, akiknél az átélés és a szemtanúság egyaránt előfordult. Az anamnézis lap viszont arról tanúskodik, hogy a traumatizáló események átélése, illetve szemtanúsága ellenére, „csak” a vizsgálati személyek 27,9% élte meg pszichotraumának ezeket az eseményeket, azaz traumatizálódott. A leggyakoribb traumatípusok akár átélés, akár szemtanúság szintjén az Életesemény Skála alapján a következők (itt „darab/esetszámban” nézzük az előfordulást):

- Közlekedési baleset (78)
- Fizikai támadás elszenvedése (57)
- Természeti katasztrófa (45)
- Tűz vagy robbanás (45)
- Komoly munkahelyi, háztartási baleset (45)
- Közelálló személy hirtelen halála (41)
- Egyéb erős stresszhatással járó esemény (39)
- Komoly szenvedés vagy fájdalom (32)
- Fegyveres támadás elszenvedése (27)
- Részvétel harci cselekményben (25)
- Érintkezés mérgező anyagokkal (19)

- Életet fenyegető betegség vagy sérülés (15)
- Általa okozott komoly sérülés, halál (6)
- Hirtelen erőszakos halál (5)
- Egyéb nem kívánt vagy kellemetlen szexuális tapasztalat (2)
- Szexuális támadás elszenvedése (1)
- Fogság (1)

## 21. számú ábra

### A traumatípusok előfordulási valószínűsége a vizsgált állománynál



A traumatípusok gyakorisága a vizsgált személyek foglalkozási arányát tükrözi, hiszen leggyakoribb a közlekedési balesetek, illetve a fizikai támadások előfordulása. Mindkettő a rendőrök körében jellemzőbb, bár az utóbbi a fegyveres biztonsági őroknél is gyakori lehet. A következő kategóriák, azaz a természeti katasztrófák és a tűz, robbanás előfordulása pedig a tűzoltók esetében lehet jellegzetes, ők képezik a második leggyakoribb foglalkozási kategóriát a fegyveres biztonsági őrokhöz hasonlóan. A vizsgált állományban a katonák szerepelnek a legkevesebben, így a fegyveres támadások, a harci cselekmények előfordulása már kisebb valószínűségű, de még mindig erőteljesen érvényesülő traumatípus.

A peritraumatikus rizikófaktorokat vizsgálva a következőket mondhatjuk el:

- A traumatikus eseményre való felkészülésre 79,5%-ban nem volt idő, tehát hirtelen következett be, amely jellemző a pszichotraumákra.
- A vizsgálati személyek többsége legkésőbb 20 percen belül biztonságba került (34,2% azonnal, 42,1% 10-20 percen belül), kb. 24% azonban több mint fél óra, illetve egy óra múlva érezhette csak magát biztonságban.
- A „segítségkapással” kedvezőbb a helyzet, hiszen 92, 6% (szinte valamennyien) kaptak valamilyen típusú segítséget, viszonylag gyorsan, azaz a vizsgálati személyek kb. 64%-a maximum 10-20 percen belül, de kb. 36%-a több mint 30 perc, illetve 1 óra múlva. A leggyakoribb segélytípus a helyzetből való kimenekítés, a fizikai biztonságba helyezés volt (12,5%).
- Az esemény idején a vizsgált állomány 75,7%-a nem volt egyedül, társaival vett részt a helyzetben.
- A vizsgálati személyek 55,9%-a szemtanúként is átélt traumatikus eseményt (ez az Életesemény Skála alapján is hasonló gyakoriságú), viszont ezekben a helyzetekben csak 25% mondta azt, hogy sokat tudott segíteni és 44,7%, hogy részben. 30,3% nem tudott segíteni az áldozatokon, tehetetlen volt.
- A traumatizáló események többszöri előfordulása jellegzetes az állománynál, hiszen a többségénél (kb. 70%) kettőnél többször fordult elő ilyen szituáció, akár átélésként, akár szemtanúként (51,3%-ban 2-5-ször, 17,9%-ban havonta, sőt hetente jellemző).
- A traumával kapcsolatban előforduló leggyakoribb veszteség: másik személy (nem munkatárs), áldozat súlyosabb sérülése, illetve elvesztése (32,4% és 28,7%) volt.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a hivatásukból eredően veszélyhelyzeteknek kitett állomány esetében viszonylag magas a traumatizáló helyzetek előfordulása, 27,9% pszichotraumaként élte meg (ez még nem jelenti a PTSD jelentkezését is) ezeket az eseményeket. A traumatípusok előfordulása a vizsgálatban résztvevő foglalkozási csoportok arányát mutatja. A peri-trauma (azaz a traumával egyidejűleg fellépő) jellegű rizikófaktorok közül kiemelendő: a kevés felkészülési idő a helyzetre, a traumatizáló események többszöri előfordulása, illetve szemtanúként sajnos sokan a tehetetlenség érzését élik meg, nem, illetve csak részben tudnak segíteni az áldozatokon. Ugyanakkor protektív tényezőként hathat az, hogy az állomány többsége viszonylag gyorsan biztonságba kerül, kap - és viszonylag

gyorsan - segítséget, a többsége nincs egyedül a veszélyhelyzetekben (társas támasz szerepe).

*A feltételezésem, hogy a szakterületének megfelelően kiválasztott és jól kiképzett vizsgált állománynál a traumatizálódás és ennek megfelelően a pszichotraumával összefüggő rizikófaktorok jelenléte csekély, nem igazolódott.*

Kutatásom során vizsgálom a poszttraumás stresszbetegség és más patológiás állapotok, tünetek prevalenciájának, valamint az átlagértékek alakulását a vizsgált állománynál, eltérését az egészséges standard értékektől. Feltételezem, hogy a csekély traumatizálódással összefüggésben a PTSD és más patológiás állapotok, tünetek így szorongás, depresszió prevalenciája alacsony, ennek megfelelően nem tér el az egészséges standard értékektől.

A Davidson PTSD Önértékelő Skála alapján a vizsgálati személyek 24,2%-nál kimutatható a PTSD diagnózisa, azaz egyaránt megjelennek az újraátélés, elkerülés, készenlét tünetegyüttese. Ezek az adatok az epidemiológiai kutatásokat tekintve (lásd: PTSD epidemiológia) az átlagpopulációhoz hasonlítva magas, a rizikópopuláció adataihoz hasonló, de ahhoz képest is magas prevalenciára utalnak.

Az SCL-90-R alapján mért mentális állapotot, azaz pszichés distresszt és bizonyos pszichopatológiai tüneteket tekintve a vizsgált állomány átlagértékei az egészséges standard értékekhez viszonyítva (egymintás t-próba segítségével) szignifikánsan alacsonyabbak (valamennyi esetben  $p=0.000$ ). Vagyis általánosságban a pszichés distressz nem jellemző az állományra. Az SCL-90-R egyes faktorai alapján mégis a legjellemzőbbek lehetnek a szomatizációra, paranoiditásra, kényszerességre, depresszióra és interperszonális érzékenységre utaló tünetek, jegyek a vizsgálati személyeknél. (5. számú táblázat)

**5. számú táblázat****Az SCL-90-R jelenlegi és standard átlagai**

FAKTOR	MINTABELI ÁTLAG	STANDARD ÁTLAG
Szomatizáció **	0,30	0,53
Kényszeresség **	0,27	0,69
Interperszonális érzékenység**	0,25	0,7
Depresszió **	0,26	0,83
Szorongás **	0,24	0,66
Ellenségesség**	0,18	0,64
Fóbia **	0,10	0,47
Paranoia**	0,29	0,62
Pszichoticizmus **	0,12	0,38

Szignifikancia szint: \*\*p < 0.01 \* p < 0.05

A Beck Depresszió Kérdőívvel mért depressziós tünetek átlagértéke szintén alacsony (2,5), standard értékekhez jelen esetben nem tudtam viszonyítani. A depressziós tünetek így nem jellemzőek a vizsgálati személyekre.

A Spielberger vonás- és állapotszorongást mérő kérdőív (STAI) segítségével megállapított vonás- és állapotszorongás mértéke a standard átlaghoz viszonyítva, mind a nők, mind a férfiak esetében szignifikánsan alacsonyabb (férfiak STAI-T, STAI- S, nők STAI-T p=0.000 és nők STAI-S p=0.001). Általánosságban a szorongás sem vonás, sem állapot szinten nem jellemző a vizsgálati személyekre. (6. számú táblázat)

**6. számú táblázat****A STAI jelenlegi és standard átlagai**

FAKTOR	MINTABELI ÁTLAG		STANDARD ÁTLAG	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Vonásszorongás	31,49 **	36,21**	40,96	45,37
Állapotszorongás	29,93**	34,68 **	38,4	42,64

Szignifikancia szint: \*\*p < 0.01 \* p < 0.05

*Összegezve megállapíthatjuk, hogy a PTSD tüneteinek kivül a vizsgálati személyeknél nem jellemző más patológiás állapot és tünet, sőt az egészséges standard átlagértékekhez viszonyítva is e tekintetben „hiperegészségesnek” tekinthetők. A feltételezésem csak részben igazolódott be.*

#### **4.2.2 A védőfaktorok és a reziliencia alakulása a vizsgált állománynál (2. hipotézis)**

Vizsgálom a protektív faktorok, így a megküzdési stratégiák, reziliencia, coping potenciál alakulását vizsgálati személyeknél, eltérését a standard átlagoktól. Feltételezem, hogy a vizsgált állománynál a problémafókuszú megküzdés, megküzdési potenciált alkotó személyiségtényezők, és a reziliencia dominanciája magas, azaz az egészséges standard átlag feletti, illetve megközelíti a legmagasabb összpontszámot.

A megküzdési stratégiák alakulását a Megküzdési MódoK Kérdőív segítségével vizsgáltam. A következő táblázat mutatja az átlagok és szórások alakulását a vizsgált állománynál. (7. számú táblázat)

#### **7. számú táblázat**

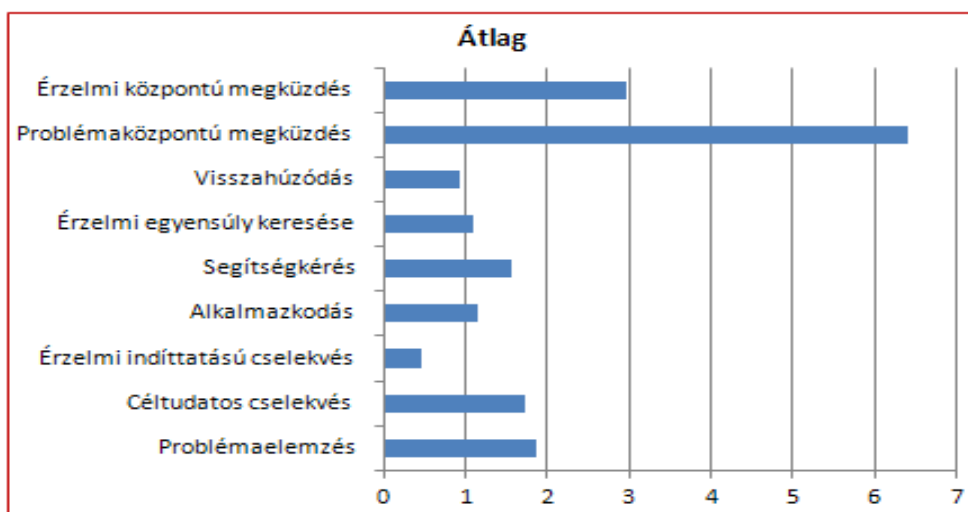
**Megküzdési MódoK Kérdőív faktorainak átlagai, szórásai**

<b>FAKTOR</b>	<b>ÁTLAG</b>	<b>SZÓRÁS</b>
<b>Problémaelemzés</b>	1,87	0,70
<b>Céltudatos cselekvés</b>	1,72	0,72
<b>Érzelmi indíttatású cselekvés</b>	0,47	0,50
<b>Alkalmazkodás</b>	1,14	0,54
<b>Segítségkérés</b>	1,57	0,70
<b>Érzelmi egyensúly keresése</b>	1,10	0,68
<b>Visszahúzódás</b>	0,94	0,71
<b>PROBLÉMAKÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS</b>	6,40	1,90
<b>ÉRZELMI KÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS</b>	2,97	1,27



## 22. számú ábra

## Megküzdési MódoK Kérdőív faktorainak átlagai



Az utolsó két faktor mutatja a problémafókuszú, illetve az érzelmi központú megküzdési faktorok összesített átlagait. Ez alapján elmondhatjuk, hogy a vizsgálati személyekre a problémaközpontú megküzdés jellemző stresszhelyzetek kezelése során. Vagyis igyekeznek a problémára, feladatra összpontosítani, azt befolyásolni, változtatni, a megoldási alternatívákat mérlegelni. Az összes megküzdési stratégiát tekintve is a problémaelemzés és a céltudatos cselekvés faktorainak az átlaga a legmagasabb, majd ezt követi a segítségkérés, amely egy érzelmi központú coping stratégia. A problémaelemzés során a jobb megértés céljából a helyzet többszemponú átgondolása, mérlegelése jellemző, majd a lehetőségek közül az egyik kiválasztása és ennek megfelelően a célirányos kivitelezés, cselekvés. Ugyanakkor, ha szükséges fontosnak tartják a segítségkérést, akár a kollégától, társaktól, a megfelelő szakembertől, de a szeretteiktől is. Kritikus helyzetekben nagyon lényeges lehet, ha van kihez fordulnunk, és ha képesek is vagyunk erre, nem jelent önértékelési problémát.

A reziliencia alakulását a Reziliencia Skála összpontszáma, illetve részleteiben az egyes faktorok átlag pontszámai mutatják meg számunkra. (8. számú táblázat) Az egyes faktorok átlagai a következőképpen alakultak:

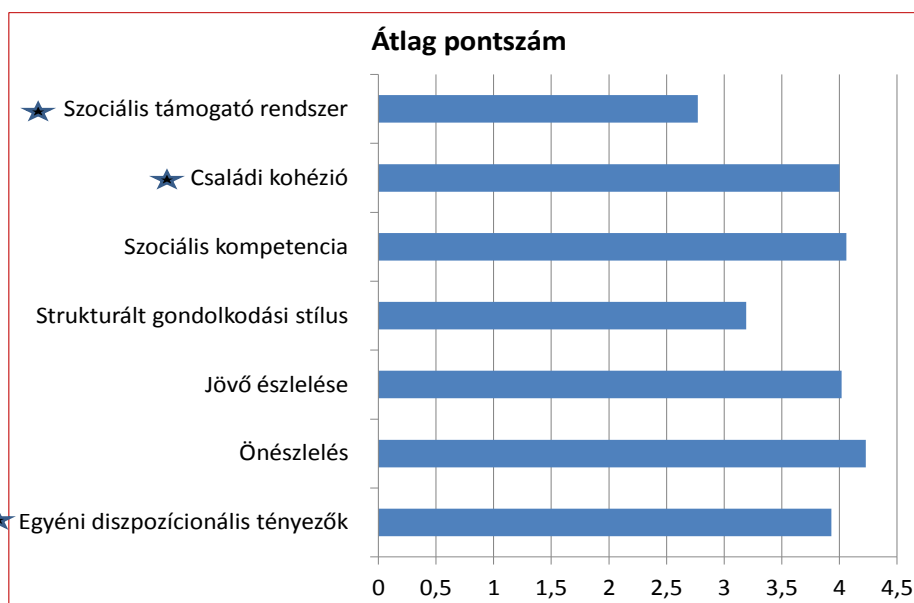
## 8. számú táblázat

## Reziliencia Skála faktorainak átlagai

FAKTOR	Faktor ÁTLAGPONTSZÁM
<b>EGYÉNI DISZPOZÍCIONÁLIS TÉNYEZŐK</b>	3,93
<b>Önészlelés</b>	4,23
<b>Jövő észlelése</b>	4,02
<b>Strukturált gondolkodási stílus</b>	3,19
<b>Szociális kompetencia</b>	4,06
<b>CSALÁDI KOHÉZIÓ</b>	4,00
<b>SZOCIÁLIS TÁMOGATÓ RENDSZER</b>	2,77
<b>ÖSSZPONTSZÁM</b> $\sum \frac{\text{v.sz. RS összpontszám}}{\text{v. sz. száma}}$	<b>129,16</b>

## 23. számú ábra

## Reziliencia Skála faktorainak átlagai



Az átlag összpontszám alapján összességében közepesnek mondhatjuk a vizsgált személyek rezilienciamutatóját. A rezilienciát alkotó faktorok közül a vizsgált állománynál a szociális támogató rendszer érvényesül a legkevésbé, a családi kohézió és a személyiségtényezők hasonló mértékben adnak protektivitást. Tehát

valószínű, hogy súlyos stresszhelyzetek, traumatikus események és lelki következményeik kezelésében a családon kívüli más fontos támogató személyek jelenléte kevés. Hátterében elképzelhető, hogy vagy valóban nem működik minden esetben egy megbízható, jól szervezett szociális támogató rendszer, vagy maguk a vizsgálati személyek - akár személyiségükből, tapasztalataikból, de akár a hivatásukból és a foglalkozási rendszerükből eredően kevés bizalommal vannak mind érzelmileg, mind szakmailag – más kívülálló, segítséget nyújtó, támogató személyek iránt. A segítségkérés, mint megküzdési stratégia érvényesül, de feltehető, hogy inkább a családon belül, elsősorban a hozzátartozók irányába. Az egyéni személyiségtényezők közül a strukturált gondolkodási stílus kevésbé jellemző a vizsgálati személyekre, azaz tervek, szabályok, rutinszerű szokások, célok követése, az idő megfelelő beosztása, megtervezése kevésbé érvényesül az esetükben. Ez elgondolkodtató, hiszen valamennyien egy viszonylag hierarchikus, autoriter rendszerben végzik munkájukat, ahol is a feladatok végrehajtásához fegyelem, pontosság, megfelelő tervezés, időnként begyakorlott, rutinszerű eljárásokra is szükség van. A kérdés, hogy ha ez valóban kevésbé jellemző a vizsgálati személyekre, akkor milyen módon tudják összeegyeztetni, illetve kompenzálni a strukturált gondolkodási stílus hiányosságait a foglalkozásuk követelményeivel. Ugyanakkor gondolhatunk arra is, hogy a strukturáltság hiánya inkább rugalmasságot hoz a gondolkodásba, amely bizonyos esetekben szükségszerű és hasznos is lehet, főleg nehéz és traumatikus helyzetekkel való megküzdésben. Érdeemes e területet esetleg a későbbiekben továbbvizsgálni.

A coping potenciált, azaz olyan személyiségtényezők vizsgálatát, amelyek az extrém stresszhelyzetekben a megküzdést és az alkalmazkodást segítik, a Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív alkalmazásával mértem fel a vizsgált állománynál. Ezt a kérdőívet a Magyar Honvédség Pszichológiai Intézetének pszichológusai is használják az alkalmassági vizsgálatok során. A 16 faktor, az alrendszerek pontszámainak és az összpontszámok átlagát a következő táblázat mutatja be. (9. számú táblázat)

## 9. számú táblázat

## PIK faktorainak átlagai a jelenlegi mintánál

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM
Pozitív gondolkodás	16,14
Kontrollézés	15,64
Koherenciaérzés	17,21
Öntisztelet	16,82
Növekedésérzés	17,24
Kihívás, rugalmasság	15,57
Társas monitorozás	14,62
Leleményesség	15,47
Énhatékonyág	16,65
Társas mobilitás	15,34
Szinkronképesség	14,86
Szociális alkotóképesség	17,07
Kitartás	17,19
Impulzuskontroll	16,21
Ingerlékenység gátlás	16,35
Érzelmi kontroll	16,13
<b>MONITOROZÓ-MEGKÖZELÍTŐ ALRENDSZER</b>	<b>130,39</b>
<b>MOBILIZÁLÓ-ALKOTÓ-VÉGREHAJTÓ ALRENDSZER</b>	<b>62,24</b>
<b>ÖNSZABÁLYOZÓ ALRENDSZER</b>	<b>65,76</b>
<b>ÖSSZPONTSZÁM</b>	<b>256,56</b>

Az összpontszámot tekintve a vizsgálati személyek viszonylag magas pontszámmal rendelkeznek, azaz képesek adekvátan megküzdni a stresszhelyzetekkel, a pszichológiai immunkompetenciájuk fejlettnek, erősnek tekinthető. Az alrendszerek közül a monitorozó, megközelítő alrendszer pontszámainak átlaga a legmagasabb a vizsgált állománynál, azaz a környezet megfigyelése, megértése, kontrollálása a legjellemzőbb, így a pozitív következményekre való összpontosítás is. A mobilizáló, alkotó, végrehajtó alrendszer pontszámainak átlaga viszonylag alacsonyabb, így kevésbé jellemző rájuk a körülmények megváltoztatására, a tervek végrehajtására vonatkozó képesség. A magasabb pontszámmal rendelkező faktorok a következők: koherenciaérzés, növekedésérzés, szociális alkotóképesség, kitartás. A koherenciaérzés a velünk törtétek megértésére való igényt és képességet jelenti; a növekedés érzés a személy saját pszichológiai fejlődésének érzett mértékét mutatja

meg; a kitartás azt méri, hogy a személy mennyire képes szükségletei kielégítésének elhalasztására, illetve, hogy a határozott viselkedését akadályok felbukkanása esetén folytatja-e.

Legalacsonyabb pontszámok a társas monitorozás és a szinkronképesség faktorait jellemzik, azaz a szociális nyitottság és az aktuális eseményekkel való szinkronban levés képességét. Így talán közelebb kerülünk annak a megértéséhez, hogy a reziliencia alkotói közül a szociális támogató rendszer miért érvényesül kevésbé, hiszen a vizsgálati személyeknél a szociális nyitottság is alacsonyabb, tehát kevésbé fordulnak a családon, illetve a velük szoros kapcsolatban lévő személyeken kívül más kompetens személyekhez.

A vizsgált állomány esetében a kérdőíven kapott pontszámok standard átlagoktól való eltérését egymintás t-próba segítségével vizsgáltam. (10. számú táblázat).

### 10. számú táblázat

#### A PIK faktorainak jelenlegi és standard átlagainak összehasonlítása

FAKTOR	STANDARD ÁTLAG	MÉRT ÁTLAGPONTSZÁM
Pozitív gondolkodás**	14,30	16,14
Kontrollézés**	13,87	15,64
Koherenciaérzés**	15,97	17,21
Öntisztelet **	13,55	16,82
Növekedésérzés**	16,51	17,24
Kihívás, rugalmasság**	14,03	15,57
Társas monitorozás**	13,82	14,62
Leleményesség**	13,06	15,47
Énhatékonyság**	14,67	16,65
Társas mobilitás**	13,37	15,34
Szinkronképesség	12,67	14,86
Szociális alkotóképesség**	14,79	17,07
Kitartás	17,62	17,19
Impulzuskontroll**	15,01	16,21
Ingerlékenység gátlás**	13,78	16,35
Érzelmi kontroll**	13,93	16,13

Szignifikancia szint: \*\*  $p < 0.01$  \*  $p < 0.05$

A kitartás faktor kivételével valamennyi esetben a standard átlaghoz viszonyítva szignifikánsan ( $p < 0.01$ ) magasabbak az átlagok. A kitartás esetében a standard értékhez viszonyítva alacsonyabb átlag jelentkezik, az eltérés azonban nem szignifikáns.

*A védőfaktorok alakulásával kapcsolatos feltételezésem részben igazolódott be: a problémafókuszú megküzdés dominanciája és a coping potenciált alkotó személyiségtényezők fokozottabb érvényesülése, a standard értékekhez viszonyítva is, jellemző az állományra. A reziliencia mértéke inkább közepesnek tekinthető a vizsgálati személyek esetében.*

Célom vizsgálni azoknak a rizikófaktoroknak a jelenlétét a vizsgált állománynál, amelyek a PTSD kialakulásának valószínűségét növelhetik. Feltételezem, hogy a vizsgált állománynál nincsenek jelen olyan rizikófaktorok, amelyek fokozhatják a PTSD kialakulásának valószínűségét.

Khi-négyzet és Fisher-próba segítségével vizsgáltam az anamnézis lapon felmért feltételezett rizikófaktorok alakulását a poszttraumás stresszbetegség kialakulásának függvényében.

A következő faktorok esetében sikerült szignifikáns ( $p < 0.01$  és  $p < 0.05$ ) eltérést igazolni a vizsgálati személyeknél a „van PTSD” illetve „nincs PTSD” csoportok között:

- Munkában eltöltött idő ( $p = 0.000$ ): azoknál, akik 1-5 éve dolgoznak a szakterületen, nagyobb a valószínűsége a PTSD kialakulásának
- Sokizületi gyulladás saját és család ( $p = 0.025$  és  $p = 0.015$ )
- Műtėti beavatkozások saját ( $p = 0.005$ ) és család ( $p = 0.005$ ): abban az esetben ahol több műtėti beavatkozás történt, nagyobb a valószínűsége a PTSD kialakulásának
- Gyermekkori családi környezet ( $p = 0.045$ ): a harmonikus gyermekkori családi környezet estében nagyobb a valószínűsége annak, hogy nem alakul ki PTSD traumatizációt követően
- Jelenlegi családi körülmények (határeset:  $p = 0.051$ ): minél harmonikusabb a jelenlegi családi környezet, annál kisebb a valószínűsége a PTSD kialakulásának
- Olyan eseménynek való kitettség, amikor élete veszélyben volt ( $p = 0.044$ )

- Segítségkapás ( $p=0.014$ ): érdekes módon, azoknál, akik nem kaptak segítséget kisebb a valószínűsége a PTSD kialakulásának és azoknál, akik pedig segítséget kaptak nagyobb

Más vizsgált faktorok esetében nem kaptam szignifikáns eltéréseket, illetve összefüggést a poszttraumás stresszbetegség kialakulásával kapcsolatban a vizsgált állománynál. A munkában eltöltött idő alapján láthatjuk, hogy azok veszélyeztetettebbek, akik rövidebb ideje dolgoznak az adott szakterületen. Tehát a szakmai tapasztalatnak, a begyakorlásnak, tréningnek fontos szerepe lehet a traumatikus helyzetek és következményeik kezelésében. Az is elképzelhető, hogy akik kevesebb ideje dolgoznak a munkakörben, ők a fiatalabb életkori kategóriába tartoznak, így érdemes lenne az életkor, mint közbülső változó szerepét kiszűrni, ahhoz, hogy ezt a kérdést pontosabban megválaszolhassuk. A sokizületi gyulladás saját részről talán a fizikai sérülékenységet, fájdalmakat, akár a meglassult munkavégzést, de az óvatosságot is fokozhatja. Többnyire van genetikai, illetve örökletes predispozíció e betegség kialakulásában, ezért függhet össze a családi betegség is a PTSD kialakulásával. A műtéti beavatkozások gyakoribbak lehetnek akár munka ellátása során történő balesetek következtében is, így jobban megőrizhetik, illetve összekapcsolódhatnak akár az emlékezeti folyamatokon keresztül is egy-egy traumatikus eseménnyel. Egy családban, hozzátartozónál történő műtét szintén, mint stresszhelyzet, a vizsgálati személyek sérülékenységét fokozhatják, így egy beavatkozás során sokkal hamarabb involválódnak érzelmileg. Az érzelmi involváció pedig a disszociatív mechanizmusok működését akadályozza meg, amelyek, bizonyos mértékben segítenek a traumával való megküzdésben, ugyanakkor túlzott, elhúzódó mértékben, generalizálódva pedig a PTSD kialakulását jelenthetik, akár csak az intenzív érzelmi involválódás is. Természetesen ez csak egy lehetséges magyarázat erre az érdekes kapcsolatra. Elképzelhető, hogy más közbülső változók eredményezik ezt az összefüggést. A családi kohézió és körülmények - akár a gyermekkori, akár az aktuális - szerepét a jelenlegi eredménnyel is megerősíthetjük. A PTSD kialakulása szempontjából a vizsgálati személyeknél csak az átélés jelent rizikófaktort, azaz amikor a saját testi épségük forog kockán, a saját életük van veszélyben. A szemtanúság nem jelent ilyen formában rizikótényezőt. Talán ez magyarázható azzal, hogy akár a tűzoltók, akár a katonák vagy a rendőrök a kiképzésük során megfelelően felkészültek az ilyen helyzetekre, hiszen másképp nem is tudnák megfelelően ellátni a munkájukat. Ugyanakkor a sérthetlenség

pozitív (nárcisztikus jellegű) illúziója, amennyiben megrendül, úgy az önértékelésük, szakmai kompetenciájuk is, és ez sokkal sérülékenyebbé teszi őket a trauma szempontjából. A segítségkapás kérdése azonban szintén egy érdekes eredmény. Hiszen feltételeznénk, a reziliencia - kutatásokkal is összefüggésben, hogy a szociális támogató rendszer igénybevétele védőfaktoroként jöhetne számításba. Ugyanakkor a korábbi eredmények alapján láthatjuk, hogy ez a jelenlegi vizsgált állománynál valamilyen oknál fogva nem az. Vagy azért mert ők saját maguk nem igénylik, nem tudnak mit kezdeni vele, (akár személyiségükből eredően), vagy azért mert nincs. E jelenlegi eredmény viszont azt mutatja, hogy azoknál nagyobb valószínűséggel alakul ki PTSD, akik kaptak segítséget (valamilyen formában). Ez azt erősíti meg inkább, hogy vizsgálati személyeink nem igénylik, nem tudják fogadni a külső segítséget, támogatást, mivel talán nem tudják szervesen integrálni az énképükbe, idegen számukra, az önértékelésüket veszélyezteti, így sérülékenyebbé teszi őket, ahelyett, hogy védő funkciót töltene be. Elképzelhető tehát, hogy az átlagpopuláció esetében jól működő szociális támogatás protektív funkciót jelent és a rezilienciát erősíti, addig egy hivatásos rizikópopuláció számára ez inkább a sérülékenységet fokozza. Érdemes lenne ezt a kérdést további kutatási adatokkal vizsgálni a prevenció szempontjából is.

*A feltételezésem, miszerint a vizsgált állománynál nincsenek jelen olyan rizikófaktorok, amelyek növelnék a PTSD kialakulásának valószínűségét, nem igazolódott be.*

### **4.2.3 A reziliencia és a védőfaktorok szerepe a PTSD kialakulásában (3. hipotézis)**

Vizsgálatomban igazolni kívánom, hogy a problémafókuszú megküzdés; a fokozottabb reziliencia és megküzdési potenciál esetében kisebb a valószínűsége PTSD kialakulásának.

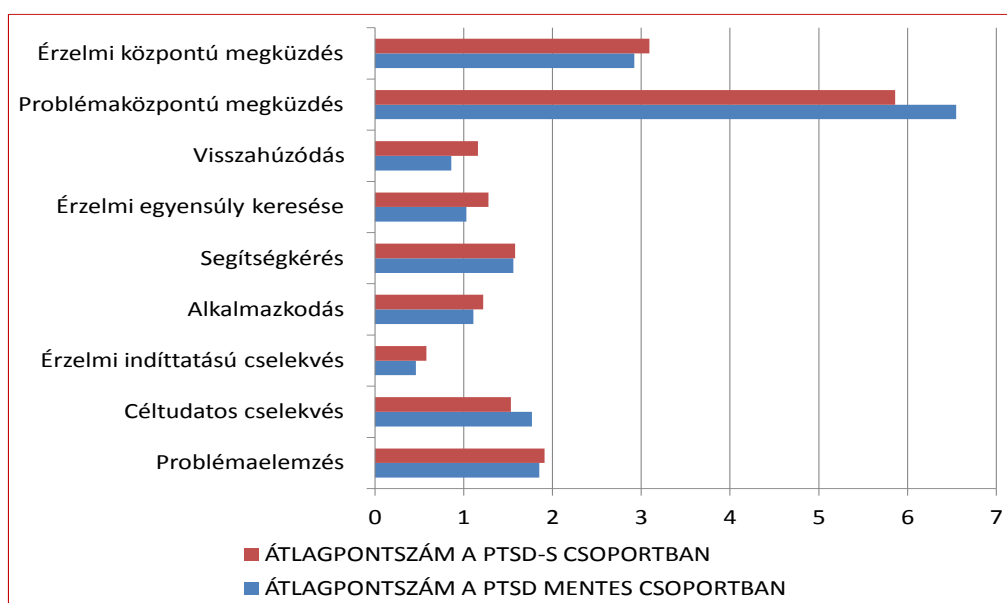
Kétmintás t-próba segítségével vizsgáltam a megküzdési stratégiák, a reziliencia és a coping potenciál alakulását a PTSD függvényében (van PTSD – nincs PTSD) A megküzdési stratégiák alakulását a következő táblázat mutatja (11. számú táblázat).



**11. számú táblázat****A Megküzdési MódoK Kérdőív faktorainak alakulása a PTSD-s és nem PTSD-s csoportban**

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD MENTES CSOPORTBAN	ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD-S CSOPORTBAN
Problémaelemzés	1,85	1,91
Céltudatos cselekvés	1,77	1,53
Érzelmi indíttatású cselekvés	0,46	0,58
Alkalmazkodás	1,11	1,22
Segítségkérés	1,56	1,58
Érzelmi egyensúly keresése	1,03	1,28
VisszahúzóDás*	0,86	1,16
PROBLÉMAKÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS	6,55	5,86
ÉRZELMI KÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS	2,92	3,09

Szignifikancia szint: \*\*p< 0.01 \*p< 0.05

**24. számú ábra****A Megküzdési MódoK Kérdőív faktorainak alakulása a PTSD-s és nem PTSD-s csoportban**

A megküzdési stratégiák közül a visszahúzódás esetében szignifikánsan nagyobb a valószínűsége a PTSD kialakulásának ( $p=0.039$ ). Tehát trauma-, illetve stresszhelyzetekkel való megküzdésben a visszavonulás, passzivitás a poszttraumás stresszbetegség kialakulásához vezethet. A ledermedés, a tehetetlenség, az aktív cselekvésre való képtelenség a disszociatív mechanizmusok tartós jelenlétét erősíti, amelyek bizonyos mértékben adaptívak lehetnek a traumahelyzetekben, de a tartós fennmaradásuk a PTSD rizikófaktora. A problémaközpontú megküzdés esetében nem jelentkezett szignifikáns eltérés a két csoport között, így nem jelent protektív tényezőt a PTSD kialakulása szempontjából.

A Reziliencia Skála (12. számú táblázat) összpontszáma szignifikánsan alacsonyabb a „van PTSD” csoportban ( $p=0.001$ ), azaz minél kevésbé reziliens a személy, annál nagyobb a valószínűsége a PTSD kialakulásának.

### 12. számú táblázat

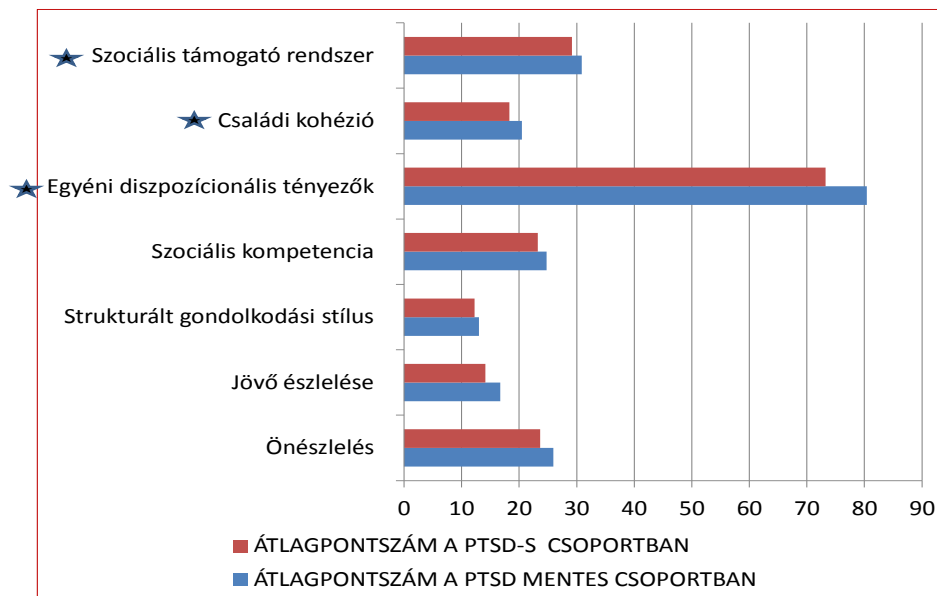
**A Reziliencia Skála faktorainak alakulása a PTSD-s és nem PTSD-s csoportban**

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD MENTES CSOPORTBAN	ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD-S CSOPORTBAN
Önészlelés**	25,97	23,65
Jövő észlelése**	16,71	14,13
Strukturált gondolkodási stílus	12,99	12,23
Szociális kompetencia	24,78	23,26
EGYÉNI DISZPOZICIONÁLIS TÉNYEZŐK**	80,43	73,26
CSALÁDI KOHÉZIÓ*	20,48	18,29
SZOCIÁLIS TÁMOGATÓ RENDSZER	30,88	29,19
<b>ÖSSZPONTSZÁM**</b>	<b>131,8</b>	<b>120,74</b>

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

## 25. számú ábra

## A Reziliencia Skála faktorainak alakulása a PTSD-s és nem PTSD-s csoportban



A reziliencia faktorai közül az egyéni diszpozicionális tényezők ( $p=0.000$ ) és a családi kohézió ( $p=0.019$ ) esetében a PTSD-s csoport vizsgálati személyeinél szignifikánsan alacsonyabbak a pontszámok. A diszpozicionális tényezők közül az alacsonyabb szintű önészlelés ( $p=0.004$ ) és jövő észlelése ( $p=0.003$ ) szignifikánsan jellemző a PTSD-s csoportra. Mit jelentenek ezek az eredmények? Láthatjuk, hogy a vizsgálati személyeknél a rezilienciának valóban lehet védős szerepe abban, hogy kialakul-e valakinél traumatizációt követően poszttraumás stresszbetegség vagy sem. A PTSD-s csoport kevésbé reziliens, mint a nem PTSD-s csoport. A legdominánsabban bizonyos személyiségtényezők, illetve a családi összetartás - meghatározott családi értékek belsővé tétele gyermekkorban és jelenleg is - lehetnek hatással a PTSD alakulására. Az, ha valaki nem képes önmagát reálisan értékelni, hatékonyan érezni, valamint, ha nem eléggé célorientált, nincsenek kellően rugalmas tervei a jövőre nézve, akkor negatív tényezőként hathatnak a traumahelyzetek következményeinek kezelésében. Természetesen mindez fordítva is igaz.

A protektív személyiségtényezőket jelentő pszichológiai immunkompetencia erőssége szintén befolyásolhatja a poszttraumás stresszbetegség kialakulását. (13. számú táblázat)

## 13. számú táblázat

## A PIK faktorainak átlagpontszámái a PTSD-s és nem PTSD csoportban

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD MENTES CSOPORTBAN	ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD-S CSOPORTBAN
Pozitív gondolkodás	16,41	15,32
Kontrollézés	15,71	15,26
Koherenciaérzés	17,29	16,9
Öntisztelet	16,91	16,55
Növekedésérzés*	17,53	16,29
Kihívás, rugalmasság*	15,95	14,71
Társas monitorozás	14,63	14,74
Leleményesség *	15,81	14,65
Énhatékonyág*	16,96	15,77
Társas mobilitás	15,63	14,65
Szinkronképesség	15,2	14,06
Szociális alkotóképesség**	17,5	15,81
Kitartás	17,59	16,16
Impulzuskontroll	16,45	15,52
Ingerlékenység gátlás	16,76	15,29
Érzelmi kontroll	16,29	15,61
<b>MONITOROZÓ-MEGKÖZELÍTŐ ALRENDSZER</b>	132	126
<b>MOBILIZÁLÓ-ALKOTÓ- VÉGREHAJTÓ ALRENDSZER**</b>	63,59	58,84
<b>ÖNSZABÁLYOZÓ ALRENDSZER*</b>	66,97	62,35
<b>ÖSSZPONTSZÁM*</b>	<b>260,93</b>	<b>243,97</b>

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

A PTSD-s csoport esetében a PIK összpontszám ( $p=0.015$ ), illetve két alrendszer, a mobilizáló-végrehajtó ( $p=0.010$ ) és az önszabályozó ( $p=0.015$ ) rendszer pontszámái szignifikánsan alacsonyabbak. A személyiségtényezőket képviselő faktorok közül a növekedésérzés ( $p=0.017$ ), kihívás és rugalmasság ( $p=0.042$ ), leleményesség ( $p=0.033$ ), énhatékonyág ( $p=0.029$ ), szociális alkotóképesség ( $p=0.004$ ), kitartás ( $p=0.008$ ), ingerlékenység gátlás ( $p=0.019$ ) pontszámainak átlagai szintén szignifikánsan alacsonyabbak. Tehát ha a körülmények megváltoztatásához és a tervek rugalmas végrehajtásához, illetve ha a mentális és az érzelmi kontroll szabályozásához szükséges személyiségtényezők nem jellemzőek az adott személyre, nagyobb a valószínűsége, hogy pszichotrauma következtében poszttraumás

stresszbetegség alakuljon ki. A korábbi prevalencia adatok szerint pedig láthattuk, hogy a vizsgált állománynál a mobilizáló-végrehajtó rendszer pontszámai a legalacsonyabbak, valamint a kitartásé.

Összességében a pszichológiai immunrendszerünk erőssége, vagyis az, hogy mennyire vagyunk képesek a kognitív értékelési folyamatainkon keresztül befolyásolni egy stresszhelyzet feldolgozását, illetve a megfelelő alkalmazkodást létrehozni, mindenképpen hatással lehet traumatizációt követően a poszttraumás tünetegyüttesek kifejlődésében. Ugyanakkor feltehető, hogy a coping potenciálhoz hozzájáruló személyiségtényezők közül csak egyes meghatározott faktorok szerepe lehet ebben jelentős. Vagyis a pszichotrauma feldolgozása nem egyenlő a folyamatos stresszhelyzetekkel való megküzdéssel. Mindezt mutatja az is, hogy a megküzdési stratégiák közül egyedül a visszahúzódnak van szerepe a PTSD kialakulásában, de pl. a problémafókuszú megküzdés (ami pedig jellemző erre az állományra) nem játszik ebben szerepet. Az alkalmazott Reziliencia Skála alapján a reziliencia többet jelent pusztán protektív személyiségtényezők összességénél, a kérdés, hogy a vizsgált egyéni diszpozicionális tényezők mennyire fedik, illetve korrelálnak a PIK által vizsgált személyiségtényezőkkel. Ugyanakkor a családi kohézió szerepét egyedül a reziliencia foglalja magában, és ennek, amint tapasztalhatjuk, szerepe lehet a poszttraumás tünetek kialakulásának megelőzésében.

*A feltételezésem - miszerint problémafókuszú megküzdés jelenléte, a fokozottabb szintű reziliencia, illetve coping potenciál esetében kisebb a valószínűsége a PTSD kialakulásának - csak részben igazolódott be.*

Vizsgálom a PTSD és más patológiás állapotok, tünetek összefüggését is. Feltételezem, hogy a vizsgált állománynál az esetleges PTSD kialakulása nem függ össze más patológiás állapot, tünet kialakulásával.

Kétmintás (független mintás) t-próba segítségével hasonlítottam össze a „van PTSD” és „nincs PTSD” csoportokat az egyéb pszichopatológiai tünetek alakulása, így az SCL-90-R faktorai, a Beck Depresszió Kérdőív által mért depresszió és a Spielberger vonás- és állapotszorongás, szempontjából.

Az SCL-90-R globális súlyossági indexe ( $p=0.004$ ), a szomatizáció ( $p=0.012$ ), kényszeresség ( $p=0.001$ ), depresszió ( $p=0.000$ ), szorongás ( $p=0.005$ ), pszichoticizmus ( $p=0.038$ ) faktorainak átlaga szignifikánsan magasabb a „van PTSD” csoportban. (14. számú táblázat)

**14. számú táblázat****Az SCL-90-R faktorainak átlagpontszámai a PTSD-s és nem PTSD-s csoportban**

<b>FAKTOR</b>	<b>ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD MENTES CSOPORTBAN</b>	<b>ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD-S CSOPORTBAN</b>
<b>Szomatizáció*</b>	0,25	0,48
<b>Kényszeresség**</b>	0,2	0,48
<b>Interperszonális érzékenység</b>	0,21	0,43
<b>Depresszió**</b>	0,19	0,48
<b>Szorongás**</b>	0,18	0,4
<b>Ellenségesség</b>	0,15	0,25
<b>Fóbia</b>	0,09	0,12
<b>Paranoia</b>	0,24	0,46
<b>Pszichoticizmus*</b>	0,09	0,23
<b>Globális Súlyossági Index**</b>	0,17	0,36

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

A Beck Depresszió Kérdőív által mért depresszió ( $p=0.006$ ) átlag pontszámai a PTSD-s vizsgálati személyek esetében szignifikánsan magasabbak. (15. sz. táblázat)

**15. számú táblázat****A BDI átlagpontszámai a PTSD-s és nem PTSD-s csoportban**

<b>FAKTOR</b>	<b>ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD MENTES CSOPORTBAN</b>	<b>ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD-S CSOPORTBAN</b>
<b>Beck pontszám**</b>	1,92	4,71

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

A Spielberger vonás- és állapotszorongást mérő kérdőív alapján mind a vonás- ( $p=0.020$ ), mind az állapotszorongás ( $p=0.000$ ) átlagai szignifikánsan magasabbak a „van PTSD” csoportnál. (16. számú táblázat)

**16. számú táblázat****A STAI átlagpontszámainak alakulása a PTSD-s és nem PTSD-s csoportban**

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD MENTES CSOPORTBAN	ÁTLAGPONTSZÁM A PTSD-S CSOPORTBAN
Vonásszorongás*	31,06	35,13
Állapotszorongás**	28,74	36,29

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

*A feltételezés, miszerint a PTSD kialakulása nem függ össze más pszichopatológiai tünet, állapot jelenlétével, nem igazolódott be. Mind a pszichiátriai distressz mértéke, illetve egyes tünetek, mint szomatizáció, kényszeresség, szorongás, depresszió (utóbbiakat külön kérdőív segítségével is mérve) jelenléte nagyobb valószínűséggel jelentkezik poszttraumás stresszbetegség fennállása esetén.*

#### **4.2.4 A Reziliencia Skála, mint önálló vizsgálati eszköz a rugalmas ellenállóképesség mérésére (4. hipotézis)**

Vizsgálom a reziliencia és más protektív tényezők összefüggését a vizsgált állománynál. Feltételezem, hogy az általam alkalmazott reziliencia kérdőív összpontszáma és faktorai pozitív korrelációt mutatnak a problémafókuszú megküzdéssel, valamint a megküzdési potenciált alkotó személyiségtényezőkkel és összpontszámmal, így a továbbiakban önállóan is alkalmazható a reziliencia mérésére.

Korrelációanalízis alkalmazásával vizsgáltam, hogy az általam használt Reziliencia Skála összpontszáma, illetve egyes faktorai mely megküzdési stratégiákkal van összefüggésben és milyen irányú ez a kapcsolat. (a Pearson-féle korrelációs együtthatókat és a szignifikancia szinteket a 17. számú táblázat mutatja)

## 17. számú táblázat

**A Reziliencia Skála és a Megküzdési MódoK Kérdőív faktorainak korrelációs  
együtthatói**

	Személyes kompetencia/Önészlelés	Személyes kompetencia/Jövő észlelése	Gondolkodási stílus	Szociális kompetencia	EGYÉNI DISZPOZICIONÁLIS TÉNYEZŐK	CSALÁDI KOHÉZIÓ	SZOCIÁLIS TÁMOGATÓ RENDSZER	ÖSSZPONTSZÁM
<b>Problémaelemzés</b>	0,059	0,128	-0,071	0,116	0,104	0,17	0,192*	0,168
<b>Céltudatos cselekvés</b>	0,289**	0,255**	0,037	0,211*	0,301**	0,308**	0,256**	0,350**
<b>Érzelmi indíttatású cselekvés</b>	-0,330**	-0,297**	0,042	-0,154	-0,289**	-0,300**	-0,231**	-0,333**
<b>Alkalmazkodás</b>	-0,141	-0,118	0,064	0,174*	-0,003	-0,137	0,056	-0,026
<b>Segítségkérés</b>	0,101	0,176*	-0,019	0,298**	0,227**	0,14	0,302**	0,268**
<b>Érzelmi egyensúly keresése</b>	-0,184*	-0,033	-0,041	0,134	-0,033	-0,082	0,014	-0,041
<b>Visszahúzódás</b>	-0,353**	-0,247**	-0,068	-0,164	-0,307**	-0,254**	-0,149	-0,309**
<b>PROBLÉMAKÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS</b>	0,239**	0,218*	-0,05	0,196*	0,245**	0,344**	0,303**	0,341**
<b>ÉRZELMI KÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS</b>	-0,180*	-0,213*	0,029	0,104	-0,089	-0,184*	0,02	-0,104

\*\* : Szignifikáns korrelációs együttható  $p < 0,01$ -es szinten

\* : Szignifikáns korrelációs együttható  $p < 0,05$ -ös szinten

Vizsgálom a rezilienciát alkotó tényezők összefüggését külön-külön az egyes megküzdési módokkal. Az egyéni diszpozicionális tényezők összességében szignifikánsan pozitív korrelációt jeleznek a problémaközpontú megküzdéssel ( $p=0.005$ ) céltudatos cselekvéssel ( $p=0.001$ ) segítségkéréssel ( $p=0.010$ ) és negatív összefüggésben van az érzelmi indíttatású cselekvéssel ( $p=0.001$ ), visszahúzódással ( $p=0.000$ ). A diszpozicionális tényezők közül az önészlelés, a jövő észlelése, és a szociális kompetencia egyaránt szignifikánsan pozitív korrelációt ad problémaközpontú megküzdéssel, így a céltudatos cselekvéssel, valamint az önészlelés kivételével a segítségkéréssel. Az önészlelés és jövő észlelése, mint személyes kompetenciák szignifikánsan negatív összefüggésben állnak az érzelmi központú megküzdéssel, ezen belül pedig az érzelmi indíttatású cselekvés, érzelmi egyensúly keresése, visszahúzódás stratégiáival. Egyedül a strukturált gondolkodási



stílus esetében nem tudunk szignifikáns összefüggést kimutatni a megküzdési stratégiákkal a vizsgált állományánál. A rezilienciát alkotó diszpozicionális tényezők tehát sokkal inkább segítik a stresszhelyzetek, traumahelyzetek racionális értékelését, mint az érzelmi megközelítést, valamint ami lényeges, hogy a reális önértékelés, kellő énhatékonyság érzésével és extraverzióval rendelkezve képessé teszik a személyt a segítségkérésre.

A reziliencia két másik faktora, a családi kohézió és szociális támogató rendszer egyaránt szignifikáns pozitív korrelációt jeleznek a problémaközpontú megküzdéssel, így a céltudatos cselekvéssel valamint a segítségkéréssel; negatív korrelációt az érzelmi indíttatású cselekvéssel, a családi kohézió esetében a visszahúzóással és az összesített érzelmi központú megküzdéssel.

A Reziliencia Skála összpontszáma szignifikáns pozitív korrelációt mutat a Megküzdési MódoK problémaközpontú megküzdésével ( $p=0.000$ ) összességében, és ezen belül a céltudatos cselekvés ( $p=0.000$ ) valamint a segítségkérés ( $p=0.002$ ) stratégiáival. Szignifikáns negatív korreláció jellemzi az érzelmi indíttatású cselekvés ( $p=0.000$ ) és visszahúzóás ( $p=0.000$ ) megküzdési stratégiáival.

Összegezve megállapíthatjuk, hogy a reziliens személy a megküzdési stratégiáiban a helyzet megváltoztatására helyezi a hangsúlyt, a probléma megoldására tesz erőfeszítéseket, azaz mérlegeli az alternatívákat, dönt és végrehajtja a választását. Képes segítséget kérni hozzátartozóktól, bizalmasoktól, szakemberektől, stb. Stresszhelyzetben nem vezet le másokon a feszültségét, indulatait, megfelelően kontrollálja az érzelmeit, nem vonul vissza, nem marad passzív, nem rejtegeti a problémáit.

A coping potenciál személyiségtényezői, azaz a Pszichológiai Immunkopetencia Kérdőív szinte valamennyi faktora szignifikáns pozitív korrelációban áll a Reziliencia Skála összpontszámával, a rezilienciát alkotó egyéni diszpozicionális tényezőkkel, családi kohézióval és a szociális támogató rendszerrel. Az egyéni diszpozicionális tényezők közé tartozó strukturált gondolkodási stílus azonban kizárólag csak a szinkronképességgel van szignifikáns pozitív kapcsolatban. (18. számú táblázat)

## 18. számú táblázat

## A Reziliencia Skála és a PIK faktorainak korrelációs együtthatói

	Személyes kompetencia/Önértékelés	Személyes kompetencia/jövő észlelése	Gondolkodási stílus	Szociális kompetencia	EGYÉNI DISZPOZICIONÁLIS TÉNYEZŐK	CSALÁDI KOHÉZIÓ	SZOCIÁLIS TÁMOGATÓ RENDSZER	ÖSSZPONTSZÁM
Pozitív gondolkodás	0,527**	0,575**	0,068	0,426**	0,605**	0,245**	0,303**	0,537**
Kontrollérvény	0,341**	0,498**	0,129	0,281**	0,454**	0,348**	0,295**	0,469**
Koherenciaérvény	0,451**	0,581**	0,029	0,301**	0,513**	0,306**	0,375**	0,516**
Öntisztelet	0,442**	0,487**	0,112	0,344**	0,515**	0,304**	0,397**	0,523**
Növekedésérvény	0,559**	0,461**	0,047	0,358**	0,543**	0,353**	0,442**	0,568**
Kihívás, rugalmasság	0,473**	0,576**	0,076	0,372**	0,562**	0,333**	0,384**	0,557**
Társas monitorozás	0,288**	0,288**	0,016	0,313**	0,354**	0,108	0,202*	0,310**
Leleményesség	0,459**	0,492**	0,065	0,330**	0,507**	0,234**	0,217*	0,447**
Énhatékony	0,543**	0,553**	0,102	0,360**	0,582**	0,353**	0,333**	0,561**
Társas mobilitás	0,385**	0,389**	0,063	0,402**	0,475**	0,282**	0,431**	0,501**
Szinkronképesség	0,376**	0,554**	0,180*	0,399**	0,550**	0,326**	0,264**	0,514**
Szociális alkotóképesség	0,460**	0,514**	-0,033	0,255**	0,459**	0,351**	0,354**	0,490**
Kitartás	0,496**	0,523**	0,053	0,175*	0,459**	0,434**	0,353**	0,513**
Impulzuskontroll	0,330**	0,349**	-0,025	0,104	0,289**	0,240**	0,256**	0,323**
Ingerlékenység gátlás	0,511**	0,491**	0,151	0,312**	0,537**	0,288**	0,264**	0,495**
Érzelmi kontroll	0,479**	0,443**	0,065	0,233**	0,456**	0,199*	0,258**	0,416**
MONITOROZÓ-MEGKÖZELÍTŐ ALRENDSZER	0,594**	0,664**	0,086	0,428**	0,666**	0,404**	0,454**	0,663**
MOBILIZÁLÓ-ALKOTÓ-VÉGREHAJTÓ RENDSZER	0,541**	0,625**	0,129	0,472**	0,661**	0,381**	0,399**	0,638**
ÖNSZABÁLYOZÓ ALRENDSZER	0,529**	0,542**	0,062	0,282**	0,529**	0,322**	0,335**	0,520**
<b>ÖSSZPONTSZÁM</b>	<b>0,538**</b>	<b>0,647**</b>	<b>0,147</b>	<b>0,394**</b>	<b>0,636**</b>	<b>0,371**</b>	<b>0,386**</b>	<b>0,615**</b>

\*\* : Szignifikáns korrelációs együttható  $p < 0,01$ -es szinten

\* : Szignifikáns korrelációs együttható  $p < 0,05$ -ös szinten

*Összegezve megállapítható, hogy a Reziliencia Skálával mért reziliencia mind a problémaközpontú megküzdéssel, a segítségkérés megküzdési stratégiájával, mind a*

*coping potenciált alkotó protektív személyiségtényezőkkel pozitív korrelációban áll a vizsgált állománynál. Így, mint komplexebb mérőeszköz önállóan is alkalmazható rizikópopuláció esetében alkalmassági vizsgálatokhoz, szűrésekhez, a traumatizálódás és PTSD kialakulási valószínűségének felméréséhez.*

#### **4.2.5 A foglalkozási csoportok összehasonlítása a vizsgált állománynál a vulnerabilitás, a protektív tényezők és pszichés állapot tekintetében (5. hipotézis)**

Kutatásom során vizsgálom a foglalkozási csoportokat a rizikófaktorok és protektív faktorok függvényében.

Feltételezem, hogy a foglalkozási csoportok (tűzoltó, katona, rendőr, FBŐ) alapján a rizikófaktorok, reziliencia, a megküzdési stratégiák és protektív személyiségtényezők szempontjából nincs eltérés a vizsgált állomány esetében.

Khi-négyzet próba segítségével összehasonlítottam a foglalkozási csoportokat (katona, rendőr, tűzoltó, FBŐ) a rizikófaktorok vonatkozásában. Az anamnézis lap alkalmazásával mért rizikófaktorok esetében a következő szignifikáns különbségeket kaptam a csoportok között ( $p < 0.01$  és  $p < 0.05$ ):

- A nem esetében minden foglalkozási csoportnál szignifikánsan ( $p=0.000$ ) több férfi vett részt a vizsgálatban, mint nő.
- Az életkor tekintetében szignifikánsan ( $p=0.000$ ) magasabb a fegyveres biztonsági őrök életkora (41-65 év), a rendőrök, katonák és tűzoltók többsége a 25-40 éves korosztályba tartozik, míg a legfiatalabbak elsősorban a katonák és a rendőrök között vannak.
- Az iskolai végzettség alapján szignifikánsan ( $p=0.030$ ) kevesebb a felsőfokú, illetve több a közép és annál alacsonyabb végzettség a tűzoltóknál.
- A beosztás szempontjából szignifikánsan ( $p=0.009$ ) több beosztott vett részt a vizsgálatban, mind a rendőrök, katonák, tűzoltók esetében.
- A munkában eltöltött idő és az egészségi állapot esetében nem volt szignifikáns különbség a csoportok között.
- A gyermekkori családi körülmények tekintetében egyedül a testvérek számában volt eltérés, azaz szignifikánsan ( $p=0.043$ ) nagyobb családban nőttek fel a katonák (egy vagy több testvér).
- A jelenlegi családi körülmények szempontjából a gyermekek számában van szignifikáns ( $p=0.002$ ) különbség, azaz a rendőrök és katonák esetében több a

gyermektelen, ugyanakkor a fegyveres biztonsági őröknél több a gyermekes vizsgálati személy.

- A megélhetés és egzisztencia kérdésében szignifikánsan ( $p=0.012$ ) a tűzoltók élnek inkább nehezebb anyagi körülmények között.
- A traumával összefüggésben a katonák szignifikánsan ( $p=0.037$ ) többször éltek meg (nem szemtanúként, hanem átélésként) traumatikus jellegű eseményt, legkevésbé pedig a rendőrökre jellemző.
- Az általuk említett traumatípusok szerint is van szignifikáns ( $p=0.000$ ) különbség a csoportok között. A katonáknál a harci cselekmény, a rendőröknél és fegyveres biztonsági őröknél a fegyveres támadás, a tűzoltóknál pedig a tűzesetek a legjellegzetesebbek.
- Veszteségek tekintetében szignifikánsan ( $p=0.004$ ) magasabb a tűzoltóknál annak a megtapasztalása, hogy más személy súlyosan sérül, azaz kórházba is kerül, míg az anyagi, tárgyi veszteségeket a fegyveres biztonsági őrök és szintén a tűzoltók szenvedik el ( $p=0.030$ ) leginkább. Összességében szignifikánsan ( $p=0.000$ ) legkevésbé a tűzoltókat érte bármilyen típusú veszteség egy traumatikus eseményt követően, leginkább pedig a katonákat és a fegyveres biztonsági őröket.
- A traumával kapcsolatos rizikófaktorok tekintetében más szignifikáns eltérés nem volt a csoportok között.

Egyutas varianciaanalízis alkalmazásával a reziliencia, megküzdési stratégiák, valamint a protektív személyiségfaktorok esetében a következő szignifikáns eltérések adódtak a foglalkozási csoportok között:

- A reziliencia összpontszámában nem volt szignifikáns eltérés, egyedül az önészlelés tekintetében jelentkezett szignifikáns ( $p=0.032$ ) eltérés a csoportok között. Az átlagok alapján ez leginkább tűzoltókra jellemző és legkevésbé pedig a rendőrökre. Azért, ha az összpontszámok átlagait összehasonlítjuk, tendenciaszerűen a „legreziliensebbnek” a tűzoltók bizonyulnak és legkevésbé a rendőrök. A családi kohézió leginkább a tűzoltóknál mutat fokozottabb jelenlétet, és legkevésbé a rendőröknél, akárcsak a szociális támogató rendszer igénybevétele. (19. számú táblázat)

## 19. számú táblázat

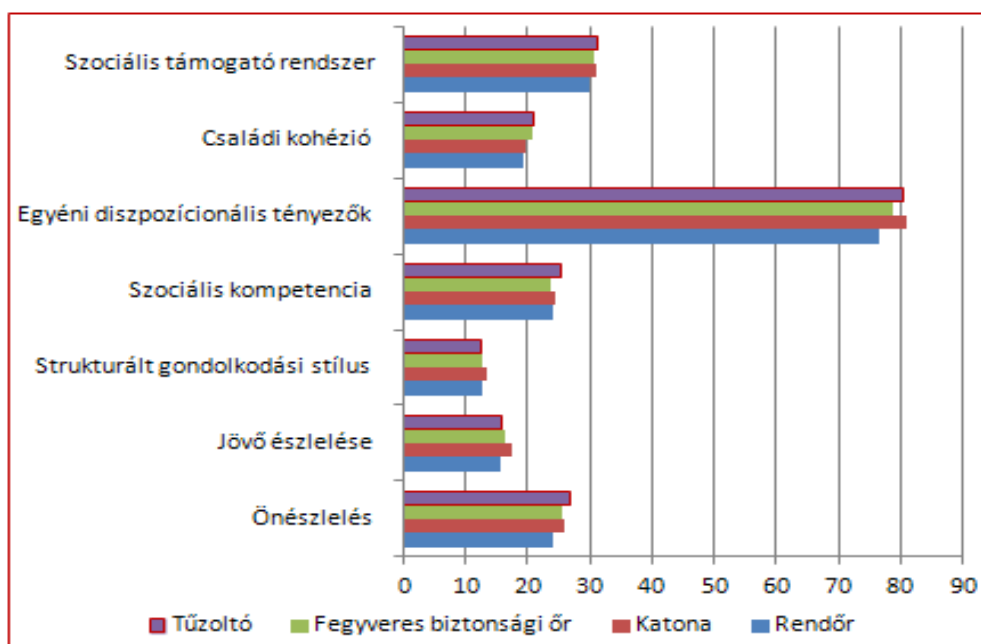
A Reziliencia Skála faktorainak átlagpontszámai az egyes foglalkozási csoportokban

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A CSOPORTOKBAN			
	Rendőr	Katona	Fegyveres biztonsági őr	Tűzoltó
Önészlelés*	24,17	25,90	25,67	26,85
Jövő észlelése	15,47	17,35	16,44	15,73
Strukturált gondolkodási stílus	12,79	13,30	12,69	12,46
Szociális kompetencia	24,17	24,50	23,86	25,42
EGYÉNI DISZPOZICIONÁLIS TÉNYEZŐK	76,57	81,05	78,67	80,46
CSALÁDI KOHÉZIÓ	19,17	19,75	20,61	20,96
SZOCIÁLIS TÁMOGATÓ RENDSZER	29,77	31,00	30,56	31,38
<b>ÖSSZPONTSZÁM</b>	<b>125,51</b>	<b>131,80</b>	<b>129,83</b>	<b>132,81</b>

Szignifikancia szint: \*\*p< 0.01 \*p< 0.05

## 26. számú ábra

A Reziliencia Skála faktorainak átlagpontszámai az egyes foglalkozási csoportokban



- A megküzdési stratégiák esetében sem volt szignifikáns különbség a csoportok között, csak tendenciákat tudunk felállítani az átlagok alapján. Ez alapján a problémaközpontú megküzdés leginkább a katonákra és legkevésbé a rendőrökre, a visszahúzódas leginkább a rendőrökre, legkevésbé a tűzoltókra, a segítségkérés pedig leginkább a tűzoltókra és legkevésbé a fegyveres biztonsági őrökre jellemző. (20. számú táblázat)

### 20. számú táblázat

#### A Megküzdési MódoK Kérdőív faktorainak átlagpontszámái a foglalkozási csoportokban

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A CSOPORTOKBAN			
	RendőR	Katona	Fegyveres biztonsági őr	Tűzoltó
Problémaelemzés	1,84	1,93	1,84	1,93
Céltudatos cselekvés	1,59	1,98	1,66	1,84
Érzelmi indíttatású cselekvés	0,59	0,56	0,41	0,31
Alkalmazkodás	1,18	1,30	0,96	1,19
Segítségkérés	1,55	1,60	1,37	1,84
Érzelmi egyensúly keresése	1,24	0,81	1,03	1,14
Visszahúzódas	1,07	1,00	0,84	0,81
<b>PROBLÉMAKÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS</b>	<b>5,88</b>	<b>7,13</b>	<b>6,41</b>	<b>6,76</b>
<b>ÉRZELMI KÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS</b>	<b>3,12</b>	<b>3,12</b>	<b>2,60</b>	<b>3,08</b>

Szignifikancia szint: \*\*p< 0.01 \*p< 0.05

- A coping potenciál protektív személyiségtényezőit tekintve a szinkronképesség (p=0.017), ingerlékenység gátlás (p=0.017), érzelmi kontroll (p=0.000), és az önszabályozó alrendszer (p=0.004) esetében volt szignifikáns különbség a foglalkozási csoportok között. Minden esetben a rendőröknél jelentkeztek a legalacsonyabb és katonáknál – a szinkronképesség esetében a fegyveres biztonsági őröknél is – a legmagasabb

pontszámok. Az összpontszámok átlagait tekintve, ugyan csak tendenciaszerűen, de a katonákra jellemzőek a magasabb pontszámok, míg a rendőrökre az alacsonyabbak. (21. számú táblázat)

### 21. számú táblázat

#### A PIK faktorainak átlagpontszámai a foglalkozási csoportokban

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A CSOPORTOKBAN			
	Rendőr	Katona	Fegyveres biztonsági őr	Tűzoltó
Pozitív gondolkodás	16,13	16,95	15,81	16,04
Kontrollézés	15,15	16,11	15,61	16,21
Koherenciaézés	16,73	17,89	17,67	17,00
Öntisztelet	16,83	17,11	16,72	16,75
Növekedésézés	16,56	17,47	17,50	17,89
Kihívás, rugalmasság	15,38	17,16	15,25	15,25
Társas monitorozás	14,23	14,68	15,22	14,46
Leleményesség	15,10	15,68	16,25	14,96
Énhatékonyág	16,17	17,16	17,08	16,57
Társas mobilitás	15,17	16,00	14,89	15,75
Szinkronképeség*	13,98	15,68	15,86	14,50
Szociális alkotóképeség	16,58	18,21	17,33	16,79
Kitartás	16,85	17,63	17,47	17,11
Impulzuskontroll	15,58	17,11	16,61	16,14
Ingerlékenység gátlás*	15,42	17,89	16,67	16,50
Érzelmi kontroll**	14,83	17,89	16,50	16,68
<b>MONITOROZÓ-MEGKÖZELÍTŐ ALRENDSZER</b>	127,65	135,11	131,25	130,79
<b>MOBILIZÁLÓ-ALKOTÓ-VÉGREHAJTÓ ALRENDSZER</b>	60,42	64,53	64,08	61,46
<b>ÖNSZABÁLYOZÓ ALRENDSZER**</b>	62,56	71,11	67,11	65,89
<b>ÖSSZPONTSZÁM</b>	<b>248,58</b>	<b>270,74</b>	<b>260,58</b>	<b>255,46</b>

Szignifikancia szint: \*\*p < 0.01 \*p < 0.05

Összegezve elmondhatjuk mind a szignifikáns, mind a tendenciaszerű eredményeket figyelembe véve, hogy a reziliencia, a megküzdési módok, és a protektív személyiségtényezők szempontjából van különbség a csoportok között:

- A rendőrök kevésbé reziliensek, kevésbé jellemző rájuk a problémafókuszú megküzdés, a segítségkérés, de a visszahúzódás viszont inkább, és a

*pszichológiai immunrendszerük, azaz a coping potenciáljuk is gyengébb, mint a többi foglalkozási csoportnak.*

- *A reziliencia szempontjából ugyan nem szignifikánsan, de talán a tűzoltók adták a legmagasabb összpontszámokat, a családi kohézió faktorában és a segítségkérés megküzdési stratégiájában ez szintén rájuk jellemző.*
- *A coping potenciál és a problémafókuszú megküzdési stratégiák esetében pedig a katonáknál kaptuk a magasabb pontszámokat. Azt azért figyelembe kell venni, hogy a speciális feladatokat ellátó katonák alkalmassági vizsgálata során nagy hangsúlyt helyeznek az utóbbi tényezők felmérésére, és az ez alapján történő kiválasztásra.*

A hipotézisem második részében vizsgálom a pszichés állapot alakulását a foglalkozási csoportok között. Feltételezem, hogy a foglalkozási csoportok alapján a patológiás állapotok (PTSD, depresszió, szorongás) szempontjából nincs különbség a vizsgált állománynál.

Szintén varianciaanalízis segítségével vizsgáltam a PTSD, az SCL-90-R skála alapján mért pszichés distressz és pszichopatológiai tünetek, valamint a depresszió és a szorongás mértékének a különbségét a csoportok között, annak ellenére, hogy a PTSD-n kívül az utóbbiak nem jellemzőek az állományra.

- A poszttraumás stresszbetegség esetében szignifikáns eltérés nincs a csoportok között, tendenciaszerűen azonban azt mondhatjuk, hogy a rendőrök esetében a legmagasabbak és a katonáknál a legalacsonyabbak az átlagok. Egyedül a készenlét klaszterben kaptunk szignifikáns ( $p=0.015$ ) különbséget, ahol is szintén a rendőrök érték el a legmagasabb és a katonák a legalacsonyabb pontszámot. (22. számú táblázat)

## **22. számú táblázat**

### **A PTSD klasztereinek átlagpontszámai a foglalkozási csoportokban**

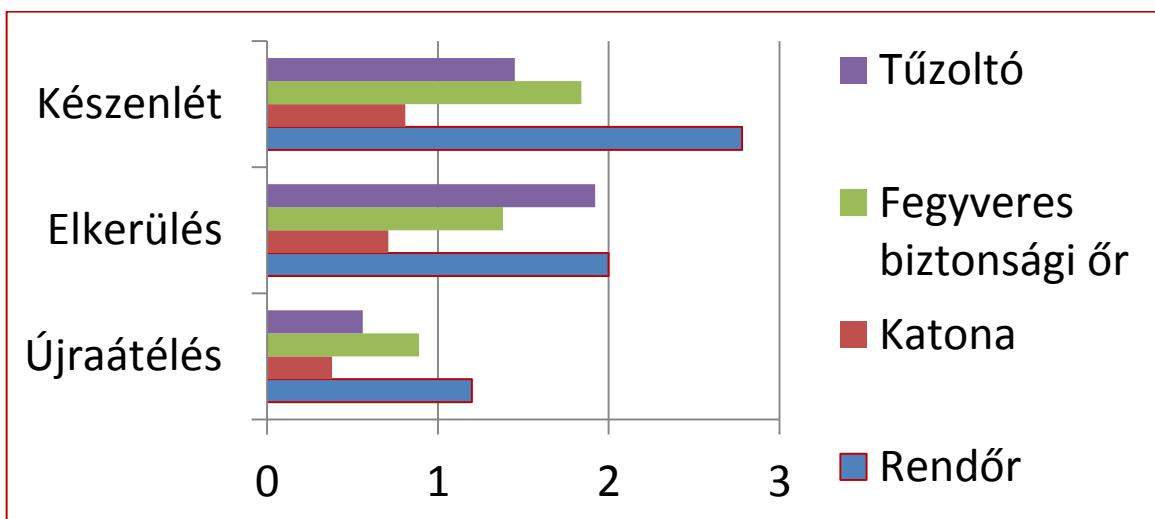
FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A CSOPORTOKBAN			
	Rendőr	Katona	Fegyveres biztonsági őr	Tűzoltó
Újraátélés	1,20	0,38	0,89	0,56
Elkerülés	2,00	0,71	1,38	1,92
Készenlét*	2,78	0,81	1,84	1,45

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$



## 27. számú ábra

A PTSD klasztereinek átlagpontszámai a foglalkozási csoportokban



- A pszichológiai distressz és egyéb pszichopatológiai tünetek (SCL-90-R) szempontjából nem volt szignifikáns eltérés a foglalkozási csoportok között. (23. számú táblázat)

## 23. számú táblázat

Az SCL-90-R faktorainak átlagpontszámai a foglalkozási csoportokban

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A CSOPORTOKBAN			
	Rendőr	Katona	Fegyveres biztonsági őr	Tűzoltó
Szomatizáció	0,33	0,15	0,32	0,36
Kényszeresség	0,28	0,18	0,28	0,34
Interperszonális érzékenység	0,28	0,24	0,29	0,17
Depresszió	0,29	0,11	0,30	0,29
Szorongás	0,23	0,14	0,27	0,28
Ellenségesség	0,19	0,10	0,19	0,20
Fóbia	0,07	0,16	0,13	0,07
Paranoia	0,28	0,19	0,31	0,40
Pszichoticizmus	0,14	0,11	0,14	0,08

Szignifikancia szint: \*\*p < 0.01 \*p < 0.05

- A depresszió mértékét tekintve szignifikánsan ( $p=0.050$ ) legmagasabb a rendőrök esetében és legalacsonyabb a katonáknál. (24. számú táblázat)

#### 24. számú táblázat

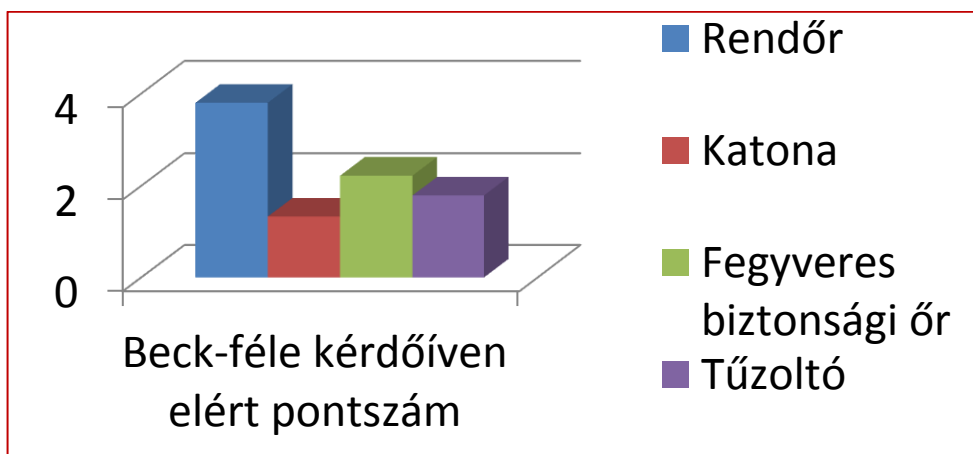
A BDI átlagpontszámai a foglalkozási csoportokban

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A CSOPORTOKBAN			
	Rendőr	Katona	Fegyveres biztonsági őr	Tűzoltó
Beck-féle kérdőíven elért pontszám*	3,8	1,33	2,22	1,79

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

#### 28. számú ábra

A BDI átlagpontszámai a foglalkozási csoportokban



- A szorongás szempontjából mind a vonás- ( $p=0.023$ ), mind az állapotszorongás ( $p=0.008$ ) szignifikánsan a rendőröknél a legmagasabb és a katonáknál a legalacsonyabb. (25. számú táblázat)

#### 25. számú táblázat

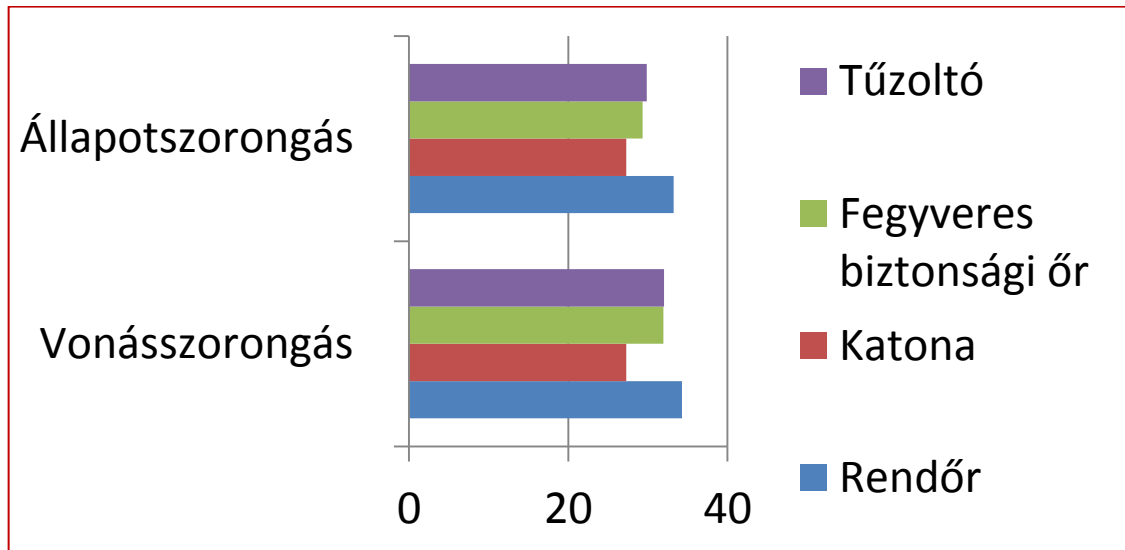
A STAI átlagpontszámai a foglalkozási csoportokban

FAKTOR	ÁTLAGPONTSZÁM A CSOPORTOKBAN			
	Rendőr	Katona	Fegyveres biztonsági őr	Tűzoltó
Vonásszorongás*	34,30	27,30	31,97	32,04
Állapotszorongás**	33,26	27,30	29,33	29,85

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

## 29. számú ábra

A STAI átlagpontszámai a foglalkozási csoportokban



A „pszichopatológiai státusz” esetében a szignifikáns és tendenciaszerű eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a rendőrök érték el a legmagasabb pontszámokat, azaz ők vannak a „legrosszabb” pszichés állapotban a poszttraumás tüneteket, a depresszió és a szorongás mértékét tekintve.

*A feltételezésem, miszerint nincs különbség a foglalkozási csoportok között a pszichés állapotot tekintve, nem igazolódott be.*

#### 4.2.6 Az életkor és az adott foglalkozásban eltöltött idő szerepe a vizsgált állomány esetében (6. hipotézis)

Vizsgálom az életkor szerepét a reziliencia, megküzdési stratégiák, coping potenciál, azaz a protektív személyiségtényezők és a pszichés állapot vonatkozásában. Feltételezem, hogy életkor alapján nincs különbség a reziliencia és protektív faktorok, valamint a patológiás állapotok (PTSD, depresszió, szorongás) szempontjából a vizsgált állománynál.

Egyutas varianciaanalízis segítségével vizsgáltam a reziliencia alakulását a vizsgálati személyeknél az életkori csoportok között. Nincs szignifikáns különbség a csoportok között sem az összpontszám, sem az egyes faktorok esetében. Ugyanakkor tendenciaszerűen az összpontszám átlagait tekintve a 26-40 éves korosztály esetében a legmagasabb és a 41-65 éves korosztálynál pedig a legalacsonyabbak az átlagok. (26. számú táblázat)

**26. számú táblázat****A Reziliencia Skála faktorainak átlagpontszámai az életkori kategóriáknak megfelelően**

FAKTOR	KORCSOPORT		
	18-25	26-40	41-65
Önészlelés	25,21	25,50	25,19
Jövő észlelése	16,21	16,29	15,14
Strukturált gondolkodási stílus	13,38	12,80	12,00
Szociális kompetencia	24,08	24,71	23,43
EGYÉNI DISZPOZICIONÁLIS TÉNYEZŐK	78,88	79,29	75,76
CSALÁDI KOHÉZIÓ	18,54	20,36	20,38
SZOCIÁLIS TÁMOGATÓ RENDSZER	31,04	30,64	29,33
<b>ÖSSZPONTSZÁM</b>	<b>128,46</b>	<b>130,29</b>	<b>125,48</b>

Szignifikancia szint: \*\*p< 0.01 \*p< 0.05

Varianciaanalízis alkalmazásával a megküzdési stratégiák esetében szignifikáns különbség van az életkori csoportok között az érzelmi központú megküzdés (p=0.045) valamint a segítségkérés (p=0.039) coping stratégiákban. Az érzelmi központú megküzdés a leginkább 26-40 éves korosztályra, a segítségkérés pedig legkevésbé a 41-65 évesekre jellemző. A többi megküzdési stratégia esetében nem volt szignifikáns eltérés. (27. számú táblázat)

## 27. számú táblázat

**A megküzdési MódoK Kérdőív faktorainak átlagpontszámái az életkori kategóriáknak megfelelően**

FAKTOR	KORCSOPORT		
	18-25	26-40	41-65
Problémaelemzés	1,72	1,92	1,84
Céltudatos cselekvés	1,46	1,82	1,60
Érzelmi indíttatású cselekvés	0,41	0,52	0,37
Alkalmazkodás	1,12	1,19	0,95
Segítségkérés*	1,62	1,64	1,21
Érzelmi egyensúly keresése	1,12	1,15	0,86
Visszahúzóadás	0,88	1,02	0,71
<b>PROBLÉMAKÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS</b>	5,73	6,62	6,25
<b>ÉRZELMI KÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS*</b>	2,80	3,15	2,40

Szignifikancia szint: \*\*p< 0.01 \*p< 0.05

A pszichológiai immunrendszer erősségét vizsgálva az életkor függvényében szignifikáns különbség egyedül a társas mobilitás (p=0.022) esetében alakult, a legmagasabb a legfiatalabb korosztályban, azaz a 18-25 évesek között és a legalacsonyabb az idősebbeknél, azaz a 41-65 éves korosztályban. Az összpontszámok átlagait tendenciaszerűen tekintve azt tapasztalhatjuk, hogy szintén a 18-25 évesek esetében a legmagasabbak az átlagok, a másik két korosztályban hasonlóan alakulnak. (28. számú táblázat)

## 28. számú táblázat

## A PIK faktorainak átlagpontszámai az életkori kategóriáknak megfelelően

FAKTOR	KORCSOPORT		
	18-25	26-40	41-65
Pozitív gondolkodás	16,00	16,31	15,57
Kontrollézés	15,29	15,81	15,33
Koherenciaézés	16,96	17,22	17,48
Öntisztelet	16,54	16,98	16,52
Növekedésézés	17,50	17,23	16,95
Kihívás, rugalmasság	16,29	15,40	15,48
Társas monitorozás	14,79	14,60	14,48
Leleményesség	15,50	15,42	15,67
Énhatékonyág	15,75	16,80	17,05
Társas mobilitás*	16,83	15,08	14,67
Szinkronképeség	14,25	15,01	14,90
Szociális alkotóképeség	16,67	17,10	17,38
Kitartás	17,17	17,21	17,14
Impulzuskontroll	16,29	16,19	16,19
Ingerlékenység gátlás	16,04	16,59	15,71
Érzelmi kontroll	16,33	16,14	15,86
<b>MONITOROZÓ- MEGKÖZELÍTŐ ALRENDSZER</b>	130,42	130,73	128,95
<b>MOBILIZÁLÓ-ALKOTÓ- VÉGREHAJTÓ ALRENDSZER</b>	62,33	62,21	62,29
<b>ÖNSZABÁLYOZÓ ALRENDSZER</b>	65,75	65,95	65,00
<b>ÖSSZPONTSZÁM</b>	<b>258,50</b>	<b>256,02</b>	<b>256,57</b>

Szignifikancia szint: \*\*p< 0.01 \*p< 0.05

Összefoglalva láthatjuk, hogy a reziliencia igazából nem függ az életkortól, ha a tendenciát nézzük, akkor inkább a fiatalabb, de tapasztalattal már rendelkező vizsgálati személyek esetében magasabb. Azoknál, akik kicsit már idősebbek - ők leginkább a fegyveres biztonsági őrök közül kerülnek ki, ahogy láthattuk a fentiekben – alacsonyabb. Azt is tudnunk kell, hogy a vizsgálatban résztvevő fegyveres biztonsági őrök többsége már dolgozott korábban egy hasonló szakterületen, többnyire rendőrök, katonák közül kerültek ki, otthagynán a hivatásos védelmi szektort. Érdekes lenne feltérképezni az okokat is, hogy miért hagyták el a korábbi hivatásukat. A megküzdési stratégiák esetében a tapasztalat segíthet az

érzelmi folyamatok kontrollálásában, hiszen legkevésbé jellemző a stresszhelyzetek érzelmi szempontú megközelítése erre a korosztályra, de ők azok, akik legkevésbé fordulnak segítségért szeretteikhez, bizalmasaikhoz, más szakemberekhez stresszhelyzettel való megküzdésük során. A coping potenciál szempontjából az egyedüli szignifikáns összefüggést az életkorral a társas mobilizálás faktora adta. A legfiatalabbak azok, akik leginkább képesek társaikat motiválni, meggyőzni, nekik a legfontosabb az együttes munka. Mindez magyarázható azzal, is, hogy a kezdeti szakmai tapasztalatlanságukat a társas támogatással és befolyásolással próbálják még kompenzálni. Az idősebbek, pedig sokkal inkább bíznak a saját, egyéni szakmai tapasztalatukban, önállóbbak munkavégzésük során.

A PTSD, a pszichés distressz mértéke, és más pszichopatológiai tünet, állapot, így a szorongás és depresszió tekintetében nem volt különbség az életkori csoportok között, tehát nem függenek az életkortól. (29. számú táblázat)

### 29. számú táblázat

#### A PTSD klasztereinek átlagpontszámai az életkori kategóriáknak megfelelően

FAKTOR	KORCSOPORT		
	18-25	26-40	41-65
Újraátélés	1,00	0,77	1,10
Elkerülés	1,56	1,59	1,71
Készenlét	2,32	1,77	2,12

Szignifikancia szint: \*\*p< 0.01 \*p< 0.05

*A feltételezésem, miszerint az életkori csoportok között nincs különbség a protektív faktorok és pszichopatológiai állapotok kialakulási valószínűsége szempontjából, nem igazolódott be. Igaz, hogy a reziliencia és a patológiás állapotok szempontjából nem volt szignifikáns eltérés, de egyes megküzdési stratégiák, és a coping potenciál társas mobilitás személyiségfaktorának esetében viszont igen.*

Egy másik vizsgálandó terület volt számomra a foglalkozásban eltöltött idő szerepe. Befolyásolja-e a protektív tényezők alakulását, illetve a PTSD és más patológiás tünetek kialakulását. Feltételezem, hogy az adott foglalkozásban eltöltött idő nem

befolyásolja a PTSD és egyéb patológiás állapotok megjelenését a vizsgált állománynál.

Az átlagok összehasonlításához szintén az egyutas varianciaanalízis statisztikai eljárást alkalmaztam ( $p < 0.01$  és  $p < 0.05$ ).

*A protektív faktorok esetében nem volt szignifikáns különbség az átlagokban a foglalkozásban eltöltött idő függvényében.*

Mint ahogy ezt már korábban is tapasztalhattuk a rizikófaktorok és PTSD kapcsolatának vizsgálatakor, egyedül a munkában eltöltött idő szempontjából mutatkozott szignifikáns eltérés ( $p < 0.01$  és  $p < 0.05$ ) a PTSD kialakulásában ( $p = 0.000$ ), így az összes klaszterben is, azaz az újraátélés ( $p = 0.007$ ), elkerülés ( $p = 0.005$ ), készenlét ( $p = 0.008$ ) esetében.

Khi-négyzet próba segítségével továbbelemezve az eredményeket, hogy mely munkaidő csoporttal függ össze inkább a PTSD kialakulási valószínűsége, a következő eredményeket kaptam (30. sz. táblázat):

### 30. számú táblázat

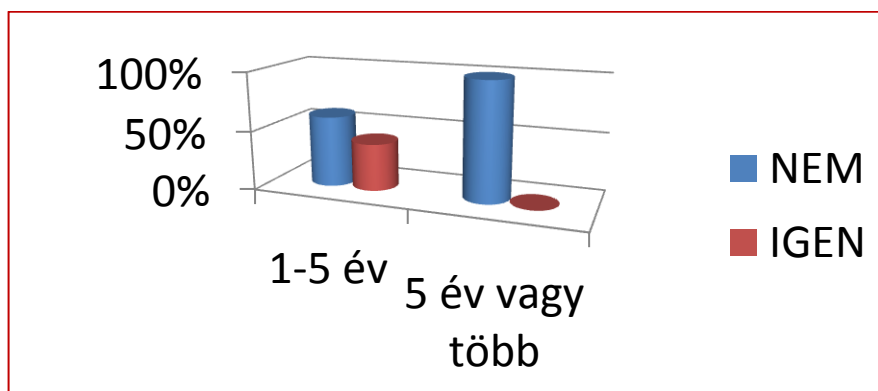
**A munkában eltöltött idő és a PTSD kialakulási valószínűségének összefüggése**

		FENNÁLL A PTSD?	
		Nem	Igen
Munkaidő**	1-5 év	60%	40%
	5 év vagy több	100%	0%

Szignifikancia szint: \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

### 30. számú ábra

**A munkában eltöltött idő és a PTSD kialakulási valószínűségének összefüggése**





Ennek alapján elmondhatjuk, hogy szignifikánsan ( $p=0.000$ ) azoknál a vizsgálati személyeknél nagyobb a valószínűsége, hogy kialakulhat poszttraumás stresszbetegség, akik 1-5 éve dolgoznak az adott szakterületen. Azaz minél kevesebb tapasztalattal, tréninggel rendelkezik valaki, annál sérülékenyebb. Érdemes lenne továbbvizsgálni, hogy vajon léteznek-e olyan egyéb tényezők, rizikófaktorok, amelyek a foglalkozásban eltöltött idővel összefüggve fokozhatják a PTSD vulnerabilitást. Ami érdekes lehet, hogy a gyakorisági adatokat nézve a vizsgálati személyek 65%-a maximum 5 éve dolgozik az adott szakterületen,

*A feltételezésem, hogy az adott foglalkozásban eltöltött idő nem befolyásolja a protektív tényezőket, a PTSD és egyéb patológias állapotok előfordulását a vizsgált állománynál, csak részben igazolódott be, hiszen a védelmi szektor területén kevesebb ideje dolgozóknál nagyobb a valószínűsége a PTSD kialakulásának.*

### 4.3 KÖVETKEZTETÉSEK

Az empirikus vizsgálat eredményeit a hipotézisek alapján a következőképpen összegezzük:

- A vizsgált állomány szomatikus és pszichés állapota jónak mondható.
- Viszonylag megfelelő a gyermekkori családi környezet, de aktuálisan magas a gyermektelenek és egyedülállók száma.
- 78,7% a traumatizáló események előfordulása, 27,9% a traumatizálódott vizsgálati személy.
- 24,2% a PTSD prevalenciája, ami magasnak tekinthető.
- A problémafókuszú megküzdés dominanciája, a segítségkérés megküzdési stratégiája és a coping potenciált alkotó személyiségtényezők fokozottabb érvényesülése - a standard értékekhez viszonyítva is - jellemző az állományra.
- A reziliencia mértéke közepesnek tekinthető, ezen belül is a szociális támogató rendszer érvényesülése a legalacsonyabb szintű.
- A kevesebb foglalkozásban eltöltött idő és a segítség elfogadása traumatizáló helyzetben rizikófaktorok számíthat a PTSD kialakulása szempontjából.
- A reziliencia és a protektív személyiségtényezők jelenléte csökkenti a PTSD kialakulásának valószínűségét.

- **A problémafókuszú megküzdés nem függ össze a PTSD kialakulásával.**
- **A PTSD-s csoport esetében alacsonyabb reziliencia és coping potenciál pontszámok, valamint a visszahúzódás megküzdési stratégiájának magasabb pontszámai jellemzőek.**
- **A PTSD kialakulása együttjár a magasabb pszichológiai distressz mértékének, a szomatizáció, kényszeresség, szorongás és depresszió tüneteinek jelentkezésével.**
- **Az alkalmazott Reziliencia Skála önállóan is megfelelő vizsgáló eszköze lehet a PTSD és ezzel összefüggő egyéb pszichés tünetek kialakulásában védőszerpet betöltő rugalmas ellenállóképesség mérésének.**
- **A védelmi szektor vizsgált szakterületei, azaz a foglalkozási csoportok között vulnerabilitás, protektív tényezők és pszichés állapot szempontjából egyaránt van különbség.**
- **Az életkor a rezilienciát nem befolyásolja.**
- **A megküzdési stratégiák közül az érzelmi központú megküzdés, a segítségkérés, és a protektív személyiségtényezők közül pedig a társas mobilitás függ az életkortól.**
- **A foglalkozásban eltöltött idő a PTSD kialakulása szempontjából lényeges lehet.**

# ÖSSZEFOGLALÁS

## ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK

Doktori értekezésem Bevezetésében megfogalmaztam kutatásommal kapcsolatos tudományos problémát, majd megindokoltam témaválasztásomat, annak aktualitása és időszerűsége alapján. Bemutattam a kutatási célkitűzéseimet és hipotéziseimet, felvázoltam az alkalmazott kutatási módszereket.

Az első fejezetben a poszttraumás stresszbetegséggel kapcsolatos ismereteinket igyekeztem összefoglalni, a teljesség igénye nélkül. Így a PTSD rövid történeti áttekintése után meghatároztam a pszichotrauma fogalmát, az ezzel kapcsolatos tünetegyüttesek, pszichiátriai állapotok klinikai képét, diagnosztikai kritériumait. Az epidemiológiai kutatások bemutatásán keresztül a PTSD prevalenciájával kapcsolatos adatokat részleteztem mind az átlagpopuláció, mind a rizikópopuláció vonatkozásában. Ezt követően a biológiai és pszichológiai folyamatok szerepét ismertettem a PTSD kialakulásával kapcsolatban, majd a komorbiditás kérdésével igazoltam, hogy miért is lényeges időben kiszűrni és kezelni ezt a pszichés betegséget. Összegeztem a vulnerabilitás szempontjából hangsúlyos rizikófaktorok kutatásait, végezetül említést tettem arról, hogy milyen pszichológiai intervenciók segítségével lehet esetlegesen megelőzni, illetve kezelni a poszttraumás stresszbetegséget.

A pszichológiai reziliencia jelenségével foglalkozó fejezetben a releváns szakirodalmak ismertetésén keresztül mutattam be a konstruktum kutatásával kapcsolatos eredményeket. Bevezetésképpen áttekintettem más, a rezilienciával összefüggésben lévő, protektív faktorok, így a megküzdési stratégiák, valamint a protektív személyiségtényezők leltárát. A reziliencia fogalmának magyarázatát a fejlődépszichológiai kutatások ismertetése követte, majd a felnőttkori pszichotraumához, extrém stresszhelyzetekhez kötődő reziliencia – kutatásokat foglaltam össze. Ezen belül kitértem a reziliencia kialakulásában közreműködő faktorok és a reziliencia modellek bemutatására, valamint a katonai területtel összefüggő reziliencia – kutatásokra. Egy rövid fejezet erejéig igyekeztem összefoglalni a magyarországi kutatásokat is, amelyek jelenleg kevésbé foglalkoznak felnőttkori traumatizálódással összefüggő reziliencia vizsgálatával. Bár a pszichológiai reziliencia fogalmával foglalkoztunk, de nem hagyhattuk figyelmen

kívül a háttérben lehetséges biológiai folyamatokat sem. A fejezetet az Amerikai Egyesült Államok hadseregének reziliencia – fejlesztő programjának bemutatásával zártam.

A harmadik fejezettel egy külön összefoglalót szántam az általam vizsgált állomány jellegzetességeinek bemutatására. Ők a védelmi szektor területén látják el munkakörüket, és hivatásukból, foglalkozásukból eredően fokozottan veszélyeztetettek a traumatizálódás és a poszttraumás stresszbetegség kialakulása szempontjából. Elemeztem a tűzoltókat, rendőröket (elsősorban speciális feladatokat, illetve helyszínelő munkát ellátókat), missziós külszolgálatot teljesítő katonákat és a kritikus infrastruktúrák őrzésével megbízott fegyveres biztonsági őreket érő stresszforrásokat és pszichotraumák lehetőségeit. Mindegyik esetben bemutattam a pszichológiai alkalmasság kritériumait és vizsgálati lehetőségeit is.

Értekezésemben empirikus adatok elemzésével kívántam igazolni az alábbi kutatási célokat:

- Felnőttkorban, traumával, extrém stresszhelyzetekkel összefüggésben vizsgáljam a reziliencia jelentőségét és szerepét a fokozott veszélyhelyzeteknek kitett hivatásos állomány körében (vonuló feladatokat végző tűzoltók, rendvédelmi szervek helyszínelő és műveleti feladatokat ellátó állománya, missziós tevékenységeket ellátó katonák, a kritikus infrastruktúra védelmét biztosító fegyveres biztonsági őrök).
- Feltárni a hivatásuk, szakmájuk következtében fokozott kockázatnak kitett állomány esetében a traumatizáció, az egészség/normalitás és patológia, valamint a reziliencia és más védőfaktorok gyakoriságának (prevalenciájának) alakulását vizsgált mintán keresztül.
- Vizsgálni, hogy az egészség és patológia szempontjából van-e különbség a rezilienciát meghatározó tényezők alakulásában a fokozott veszélyhelyzeteknek kitett állománynál. (A szakirodalmi adatok alapján a fokozottabb reziliencia jelenléte esetén a negatív funkcionálást eredményező tünetek kialakulásának kisebb a valószínűsége. Így az extrém stresszhelyzeteket követően kisebb a traumatizálódás lehetősége, illetve nagyobb a homeosztatisz egyensúly helyreállításának, esetlegesen poszttraumatikus fejlődés irányába való elmozdulásnak az esélye.)

- Vizsgálni a rezilienciáért felelős lehetséges faktorok alakulását és összefüggését más protektív tényezőkkel. Ezzel az általam alkalmazott, Friborg és munkatársai által kifejlesztett, nemzetközi szinten már több országban validált Reziliencia Skála (Resilience Scale), mint önálló vizsgálóeszköz érvényességét, komplexitását is igazolom.
- Vizsgálni és összehasonlítani a védelmi szektor területén működő különböző foglalkozási csoportokat a rizikó- és protektív tényezők, valamint a pszichés állapot szempontjából. Céлом ezzel egy olyan tesztbatteria ajánlása, amely egységes rendszerben képes bemutatni a védelmi szektor valamennyi szakterületét ellátó állomány pszichés jellemzőit.

Az empirikus vizsgálati fejezetben a kutatási célkitűzésekkel kapcsolatos hipotéziseket vizsgáltam. A következő eredményeket kaptam:

***1. hipotézis: Igazolni kívántam, hogy a vizsgált állomány egészségügyi, elsősorban pszichés állapota kifejezetten jó, a rizikófaktorok előfordulási gyakorisága alacsony.***

*A/ Feltételezésem, miszerint a vizsgált állomány egészségügyi (szomatikus és pszichés) állapota kifejezetten jó, valamint a megfelelő kiválasztás eredményeképpen mind a gyermekkori, mind a jelenlegi szociális és kapcsolati körülményei megfelelőek, csak részben igazolódott.*

*B/ Feltételezésem, hogy a szakterületének megfelelően kiválasztott és jól kiképzett vizsgált állománynál a traumatizálódás és ennek megfelelően a pszichotraumával összefüggő rizikófaktorok jelenléte csekély, nem igazolódott.*

*C/ Feltételezésem, hogy a PTSD és más patológiás állapotok, tünetek, így szorongás, depresszió prevalenciája alacsony csak részben igazolódott.*

***Következtetés: A vizsgálat során felállított 1. hipotézisem nem igazolódott maradéktalanul. Annak ellenére, hogy a vizsgált állomány szomatikus és pszichés állapota jónak mondható, viszonylag megfelelő a gyermekkori családi környezet, de aktuálisan magas a gyermektelenek és egyedülállók száma, 78,7% a traumatizáló események előfordulása, 27,9% a traumatizálódott vizsgálati személy és 24,2% a PTSD prevalenciája, ami magasnak tekinthető.***

***2. hipotézis: Igazolni kívántam, hogy a vizsgált állománynál a védőfaktorok és a reziliencia fokozott jelenléte tapasztalható.***

*A/ Feltételezésem, hogy a vizsgált állománynál a problémafókuszú megküzdés, megküzdési potenciált alkotó személyiségtényezők, és a reziliencia dominanciája magas, azaz az egészséges standard átlag feletti, illetve megközelíti a legmagasabb összpontszámot, részben igazolódott.*

*B/ Feltételezésem, miszerint a vizsgált állománynál nincsenek jelen olyan rizikófaktorok, amelyek növelnék a PTSD kialakulásának valószínűségét, nem igazolódott.*

***Következtetés: A 2. hipotézisem szintén nem igazolódott maradéktalanul. A problémafókuszú megküzdés dominanciája, a segítségkérés megküzdési stratégiája és a coping potenciált alkotó személyiségtényezők fokozottabb érvényesülése - a standard értékekhez viszonyítva is - jellemző az állományra, a reziliencia mértéke azonban inkább közepesnek tekinthető. Ezen belül is a szociális támogató rendszer érvényesülése a legalacsonyabb szintű. A kevesebb foglalkozásban eltöltött idő és a segítség kapása traumatizáló helyzetben rizikófaktornak számíthat a PTSD kialakulása szempontjából.***

***3. hipotézis: Igazolni kívántam, hogy a vizsgált állomány esetében a reziliencia és a védőfaktorok fokozottabb jelenléte esetén kisebb a valószínűsége a PTSD kialakulásának.***

*A/ Feltételezésem, hogy problémafókuszú megküzdés; a fokozottabb reziliencia és megküzdési potenciál esetében kisebb a valószínűsége PTSD kialakulásának, részben igazolódott.*

*B/ A feltételezés, miszerint a PTSD kialakulása nem függ össze más pszichopatológiai tünet, állapot jelenlétével, nem igazolódott be.*

***Következtetés: A 3. hipotézisem csak részben igazolódott. A reziliencia és a protektív személyiségtényezők jelenléte valóban csökkenti a PTSD kialakulásának valószínűségét, a problémafókuszú megküzdés azonban nem függ ezzel össze. A PTSD-s csoport esetében alacsonyabb reziliencia és coping potenciál pontszámok, valamint a visszahúzódás megküzdési stratégiájának magasabb pontszámai jellemzőek. A PTSD kialakulása együttjár a magasabb pszichológiai distressz mértékének, a szomatizáció, kényszeresség, szorongás és depresszió tüneteinek jelentkezésével.***

**4. hipotézis: *Igazolni kívántam, hogy az általam alkalmazott „Reziliencia Skála” önmagában is megfelelő vizsgálati eszköz a PTSD szempontjából lényeges rugalmas ellenállóképesség mérésére.***

A Reziliencia Skálával mért reziliencia mind a problémaközpontú megküzdéssel, a segítségkérés megküzdési stratégiájával, mind a coping potenciált alkotó protektív személyiségtényezőkkel pozitív korrelációban áll a vizsgált állománynál. Így, mint komplexebb mérőeszköz önállóan is alkalmazható rizikópopuláció esetében alkalmassági vizsgálatokhoz, szűrésekhez, a traumatizálódás és PTSD kialakulási valószínűségének felméréséhez.

***Következtetés: A 4. hipotézisem igazolódott. Az általam alkalmazott Reziliencia Skála önállóan is alkalmas vizsgáló eszköz a PTSD és ezzel összefüggő egyéb pszichés tünetek kialakulásában védőszerepet betöltő rugalmas ellenállóképesség mérésére.***

**5. hipotézis: *Igazolni kívántam, hogy a védelmi szektor vizsgált szakterületei, azaz a foglalkozási csoportok alapján nincs különbség a vizsgált állománynál a vulnerabilitás, a protektív tényezők és pszichés állapot tekintetében.***

*A/ Feltételezésem, miszerint nincs különbség a foglalkozási csoportok között a rizikófaktorokat, a protektív tényezőket tekintve, nem igazolódott be.*

A rendőrök kevésbé reziliensek, kevésbé jellemző rájuk a problémafókuszú megküzdés, a segítségkérés, de a visszahúzódás viszont inkább, és a pszichológiai immunrendszerük, azaz a coping potenciáljuk is gyengébb, mint a többi foglalkozási csoportnak. A reziliencia szempontjából ugyan nem szignifikánsan, de talán a tűzoltók adták a legmagasabb összpontszámokat, és a segítségkérés megküzdési stratégiájában szintén, a coping potenciál esetében és a problémafókuszú megküzdési stratégiákban pedig a katonák. Azt azért figyelembe kell venni, hogy a speciális feladatokat ellátó katonák alkalmassági vizsgálata során nagy hangsúlyt helyeznek az utóbbi tényezők felmérésére, és ez alapján történő kiválasztásra.

*B/ Feltételezésem, miszerint nincs különbség a foglalkozási csoportok között a pszichés állapotot tekintve, nem igazolódott be.*

A „pszichopatológiai státusz” esetében is, a szignifikáns és tendenciaszintű eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a rendőrök érték el a legmagasabb

pontszámokat, azaz ők vannak a „legrosszabb” pszichés állapotban a poszttraumás tüneteket, a depresszió és a szorongás mértékét tekintve.

**Következtetés:** *Az 5. hipotézis nem igazolódott. A védelmi szektor vizsgált szakterületei, azaz a foglalkozási csoportok között vulnerabilitás, protektív tényezők és pszichés állapot szempontjából van különbség.*

**6. hipotézis:** *Igazolni kívántam, hogy az életkor és a foglalkozásban eltöltött idő alapján nincs eltérés a vizsgált állomány esetében.*

*A/ Feltételezésem, miszerint az életkori csoportok között nincs különbség a protektív faktorok és pszichopatológiai állapotok kialakulási valószínűsége szempontjából, nem igazolódott be.*

*B/ Feltételezésem, hogy az adott foglalkozásban eltöltött idő nem befolyásolja a protektív tényezők alakulását, a PTSD és egyéb patológiás állapotok előfordulását a vizsgált állománynál, csak részben igazolódott be:*

**Következtetés:** *A 6. hipotézisem nem igazolódott. Az életkor a rezilienciát nem befolyásolja, de a megküzdési stratégiák közül az érzelmi központú megküzdés, a segítségkérés, és a protektív személyiségtényezők közül pedig a társas mobilitás függ az életkortól. A foglalkozásban eltöltött idő a PTSD kialakulása szempontjából lényeges lehet.*

## ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

1. A hivatásos állomány tekintetében a védelmi szektor területén Magyarországon elsőként foglalkoztam a PTSD szempontjából protektív tényezőnek tekinthető pszichológiai reziliencia nemzetközi kutatási eredményeinek áttekintésével és összegzésével.
2. Az extrém stresszhelyzeteknek és a traumatizálódás lehetőségének kitett hivatásos állománycsoportok esetében empirikus kutatás segítségével igazoltam a reziliencia és más protektív tényezők (problémafókuszú megküzdés, megküzdési potenciált alkotó személyiségtényezők) jelentőségét.



- 3. A veszélyhelyzeti szituációknak kitett különböző hivatásos állománycsoportok (katasztrófavédelem-tűzoltóság, rend- és honvédelem, fegyveres biztonsági őrseg) esetében meghatároztam:**
- a traumatizáció és a PTSD prevalenciáját,
  - PTSD kialakulása szempontjából a vulnerabilitásért (sérülékenységet) felelős egyes rizikófaktorok prevalenciáját,
  - PTSD kialakulása szempontjából lehetséges védőfaktorok, így megküzdési stratégiák, reziliencia, protektív személyiségtényezők prevalenciáját.
- 4. Vizsgálati tapasztalataim alapján összeállítottam egy olyan tesztbattériát, amely alkalmas lehet a veszélyhelyzeteknek kitett foglalkozási csoportok esetében a traumatizálódás és a PTSD kialakulása szempontjából lényeges reziliencia vizsgálatára. Különös tekintettel a kutatás során alkalmazott, Friborg és munkatársai által kialakított Reziliencia Skálára, amely eredményeim alapján önálló, komplex vizsgálóeszközként is alkalmas a pszichológiai reziliencia jelenlétének mérésére.**

## **A KUTATÁSI EREDMÉNYEK FELHASZNÁLÁSA A VÉDELMI SZÉKTORBAN**

Kutatásom eredményeinek felhasználhatóságával kapcsolatban vissza kell térnem egy gondolat erejéig a bevezető fejezethez. A tudományos probléma megfogalmazása során említettem, hogy az egészségpszichológia szemléletét lényegesnek tartom a kutatásom szempontjából, vagyis minden olyan tevékenységet, amely az egészségvédelem, egészségfejlesztés területéhez tartozik, így a prevenciót is. A pszichotraumával kapcsolatban a megelőzés mindhárom szintjéről beszélhetünk, bár a másodlagos és harmadlagos prevencióval (gyógyítás és rehabilitáció) inkább a klinikai pszichológia foglalkozik. Az elsődleges megelőzés öleli fel mindazt, amit a pszichoedukáció és információnyújtás, az alkalmasságvizsgálatok és szűrések, valamint a felkészítő tréningek, kiképzések jelentenek.

A pszichoedukáció a megelőzés minden szintjén lényeges szerepet tölthet be, célja az alkalmazkodást és rugalmasságot (megküzdést) segítő mechanizmusok

mozgósítása, és ezzel csökkenteni azokat a folyamatokat, amelyek a patológiás állapotok kialakulásához vezethetnek. Az egyik központi eleme az információnyújtás. Az elsődleges prevencióban mindez egy veszélyt jelentő eseményre való felkészítésben segít. Az információnyújtás során figyelembe kell venni, hogy ki az, aki az információt adja, kinek szánják és milyenek a lehetséges veszély, trauma jellegzetességei. Az eredményességet számos tényező befolyásolhatja:

- Az információ tartalma: direkt, egyszerű, praktikus, lényeges legyen, specifikus a veszélyre és megfelelő mennyiségű.
- Az egyének észlelése: amelyet meghatározhatnak a múltbeli tapasztalatok, személyiségtényezők és a szociális, kulturális faktorok egyaránt.
- Az információ hitelessége: befolyásolhatja az információ forrása (ki adja), az információ bizonyossága és a megelőző traumatizáló események jelenléte.
- Mennyire hisz valaki az információban: függ attól is, hogy mennyire fokozódik, vagy csökken, esetleg stagnál az információ mennyisége, mások viselkedését hogyan észleli az illető személy, de meghatározó lehet az egyén kora és neme is.
- Az előzetesen említett faktorok egymásra hatást gyakorolnak. Egyben meghatározzák az egyének, illetve a célpopuláció válaszát is, amely mutathatja, hogy sikeres-e az információnyújtás.

A pszichoedukációval kapcsolatos feltevések a következők:

- Ha tudjuk, hogy egy pszichotraumát követően milyen tüneteket tapasztalhatunk, akkor ezek a tünetek kevésbé zavarunk minket, illetve kezelhetőbbek.
- A pszichoedukáció során fontos üzenet, hogy ezek a tünetek pszichotraumát követően a legtöbb esetben normálisak, azaz elvártak és sokan mások is megtapasztalhatják ugyanezeket.
- A pszichoedukáció informálhat arról is, hogy merre, hol keressünk segítséget, ha a panaszok, tünetek intenzíven és tartósan jelen vannak a pszichotraumát követően.
- A pszichoedukáció korrektív információt adhat a traumatikus eseménnyel, önmagunk és a jövő észlelésével kapcsolatban. Mindez a trauma kognitív modelljéből következik, amely szerint a trauma azonnali következményeinek

maladaptív értékelésének és az egyén kognitív sémáinak meghatározó szerepe van a patológiás válaszok/állapot kialakulásában. A pszichoedukáció módosíthatja a diszfunkcionális gondolatokat és így segíti az alkalmazkodást.

- A pszichoedukáció az önsegítő tevékenység támogatásával is hatékony lehet.

Mégis nagyon fontos odafigyelni a pszichoedukáció korrekt alkalmazására, időzítésére. Az elsődleges prevenció területén a rizikópopuláció számára fontos lehet, ha a felkészítés során információt kapnak a lehetséges traumatizálódásról, de a helytelen információnyújtásnak veszélyei is vannak:

- Lehet-e valakit szenzitizálni a veszélyre? Azaz minél inkább tudatában van valaki a veszélynek, illetve a következményeinek, annál több tünet alakulhat ki az expozíciót követően.
- Elképzelhető, hogy a megelőző (traumát, stresszhelyzetet) pszichoedukáció nem segít a reziliencia fokozásában, abban az esetben, ha a különböző tényezőkről való tudás nem integrálódik.
- Szükséges lenne a pszichoedukáció tartalmának az alakítása olyan módon, hogy az adaptív és a rugalmasságot (megküzdést) segítő mechanizmusokon legyen a hangsúly, egyben csökkenteni azokat, amelyek a patológia kialakulásában közreműködhetnek.
- Fontos, hogy a tartalommal párhuzamosan az alkalmazás időzítésére és módjára is figyeljünk. (mikor, mit, hogyan és kinek szánunk)

Ami lényeges, hogy a pszichoedukációt önállóan alkalmazva a pszichotraumát követő azonnali beavatkozásként, nem segíti a traumatizáltak jobb alkalmazkodását. Más a helyzet, ha a pszichológiai elsősegély részeként szerepel, hiszen a pszichoedukáció tartalmazhat olyan konstruktív információt is, amely a pozitív kimenetellel, a megküzdéssel kapcsolatos elvárásokat erősíti inkább (pl. ha szükséges, a segítség keresését).<sup>213</sup>

Az alkalmasságvizsgálatok, időszakos szűrések során a védelmi szektor területén egyaránt lényeges lehet a rizikófaktorok és védőfaktorok azonosítása, különösen az extrém stressz- és veszélyhelyzeteknek kitett állomány esetében. Kutatásommal és az általam alkalmazott tesztbattériával ehhez is szeretnék támpontokat nyújtani. Az alkalmasságvizsgálatok mind a honvédség, a rendvédelmi szervek és a

---

<sup>213</sup> Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., Sharpley, J., Hughes, J. H.: Does Psychoeducation Help Prevent Post Traumatic Psychological Distress? *Psychiatry*. 2008; 71( 4), pp. 287 - 302.

katasztrófavédelem, de a fegyveres biztonsági szolgálat területén is viszonylag jól kidolgozott és bizonyos mértékig bevált vizsgálmódszereket, eljárásokat használnak. A pszichotraumatizálódás, a PTSD kialakulása szempontjából ugyanakkor az alkalmazott tesztbattériák nem nyújtanak segítséget. Kutatásom során igazoltam, hogy talán egyetlen, komplex megközelítés ehhez a reziliencia vizsgálata, amely nem egyenlő a protektív személyiségtényezők, a megküzdési stratégiák vagy a mentális állóképesség (amely elsősorban automatikus gondolkodási mintákat azonosít veszélyhelyzetekben) felméréseivel. Így érdemes lenne Magyarországon és elsősorban a védelmi szektor területén Friborg és munkatársai által kifejlesztett Adult Resilience Scale standardizálását kezdeményezni, amely az egyik legösszetettebb rezilienciát mérő eljárás. Mindenképpen fontos lehet a szűrések során a poszttraumás stresszbetegség tüneteire odafigyelni, azonosítani. Nem minden esetben adható meg a PTSD diagnózisa, de ha a jellegzetes tünetegyüttesekből (ha nem is mindből) egy-egy tünet jelen van, az már jelzésértékű lehet. Amennyiben a tünetek jelentkeznek, mindenképpen szakember segítségére van szükség, de érdemes lenne biztosítani a személyt arról, hogy nem lesz ennek azonnal alkalmatlansági következménye. Hiszen sokszor az ettől való félelem miatt rejtegetik, disszimulálják a tüneteiket, problémájukat, és ahogy láthattuk, számos veszélye lehet később a kezeletlen PTSD - nek (komorbiditás kérdése).

A reziliencia fejlesztése lehet az egyik a legfontosabb célja a felkészítő és tréning programoknak is. A traumahelyzetekre való felkészítések lehetnek specifikusak, amelyeket elsősorban a trauma típusa és a célpopuláció (a különösen veszélyeztetett egyének, pl. hivatás szempontjából) határoz meg, valamint nonspecifikusak, azaz mindenki számára hasznosíthatóak a rugalmasság fejlesztése érdekében. Bizonyos foglalkozások esetében, így a katonáknál, rendőröknél vagy a katasztrófavédelemben résztvevő hivatásos személyeknél, így a tűzoltóknál különösen fontos a megfelelő felkészítés élethű gyakorlatokkal, de problémamegoldó és stresszkezelő technikák (pl. relaxáció) alkalmazásával is. Az élethű gyakorlatokkal a hatékony kiképzés és felkészítés segít a magabiztosság növelésében, az automatikus pozitív reakciók kifejlődésében és így a stresszor jelentkezése esetén csökkenhet a pszichés, érzelmi igénybevétel szintje. A problémaközpontú megküzdést fokozó tréningek segítenek a stresszel való hatékony megküzdésben, míg a stresszkezelő technikák elsajátításával a már elkerülhetetlen és intenzív félelem, szorongás megfelelő kezelése, az érzelmek kontrollálása válik lehetővé.

Komplex tréning programok különösen hatékonyak lehetnek a következő célok és tényezők integrálásával és alkalmazásával:

- valóság-hű tréningek szimulációs technikákkal
- a megküzdési készségek erősítésével, fejlesztésével
- a munkahelyi környezetben a megfelelő kapcsolati háló kiépítésével (csoportkohézió, azaz a közösségi egység növelése)
- pozitív hiedelmek, elvárások fejlesztésével és erősítésével
- a munkahely és szakma-specifikus stresszkezelő programok beépítésével.

A honvédségben az elsődleges prevenció célja, hogy megszüntessük azokat a tényezőket, melyek rizikófaktorai lehetnek a traumatizálódásnak. Így lényeges lehet a honvédségbe belépők, illetve a külszolgálatra jelentkezők kiválasztása és osztályba sorolása, azaz alkalmasságvizsgálata, másrészt a katonák pszichológiai és szakmai felkészítése, a parancsnok pszichológiai képzése, az alakulat egységének fejlesztése. Jól végrehajtott válogatással és besorolással el lehet érni, hogy a katona képességei és tulajdonságai alkalmasak legyenek a honvédségben végzendő feladatok ellátására. Bizonyos személyiségjegyeknek pedig meghatározó szerepe lehet a traumatizálódás elleni védekezés képességének kialakulásában, illetve egy abnormális, krónikus állapot kivédésében. A jó kiképzés és pszichológiai felkészítés, az egyes szituációk alapos begyakoroltatása a katonát már jó előre megismerteti a várható történésekkel és az ilyen feltételek között jelentkező pszichés és fizikai reakciókkal, akár csak a sikeres magatartásformákkal. A lehetséges és várható katonai feladatok ismerete és azok végrehajtásának begyakorlása során olyan mentális előképekkel és helyzetismerettel rendelkezhetnek a katonák, amelyek majd tényleges, extrém körülmények között automatikusan alkalmazhatóvá válnak. A nehéz stresszhelyzeteket a katona kevésbé éli meg veszélyesnek, ha biztos lehet a parancsnok, a vezetés tehetségében. Ez erősíti az optimizmust, a túlélés reményét a legnehezebb feltételek között is. Ezért kell figyelmet fordítani, hogy a parancsnok tehetséges legyen, a felkészültsége is kiváló legyen, és megfelelő motivációval rendelkezzen. A jó társadalmi ösztönzés, a katonaközösség erős támogatása következtében a stressz okozta körülményeket kevésbé érzik veszélyesnek a katonák. Ezért nagyon fontos lehet a közösségi szellem erősítése. A közösségi egység kialakításában is lényeges szerep jut a parancsnoknak. Amikor a katona először van kitéve extrém stresszhatásnak pl. robbanások, lövöldözések, sebesülések,

veszteségek, a harci stressz reakciói intenzíven jelentkezhetnek, sőt mindezek megjelenése súlyos lelki traumát okozhat. Hogyan segíthetnek a parancsnokok a rizikótényezők csökkentésében? A horvát és amerikai szakemberek a következőket javasolják:

- A kiképzés során különösen rossz időjárási feltételek között nehéz feladatokat és reális gyakorlatokat végezzenek.
- Meg kell keresni azt a módot, amely a készségek fejlesztését és a katonák önbizalmának növelését a legjobban szolgálja a gyakorlatozás közben: pl. meg kell tanítani a feladatvégzés módját, erősíteni a kellemetlenségek elviselésére irányuló készséget, növelni azt a meggyőződést, hogy minden nehézséget le tudnak győzni és sikerrel végre tudják hajtani a feladatot.
- Erőltetett és nehéz gyakorlatokat kell végezni értékes célok elérése érdekében: melynek során meg kell állapítani a katonák pozitívumait és mérsékelni kell a negatívumokat, ki kell választani a legjobban felkészült katonákat, akik kulcsfeladatokat végezhetnek.

Álljon itt néhány példa arról, hogy az Amerikai Egyesült Államok hadseregében mire összpontosítanak a reziliencia fejlesztése érdekében. A Walter Reed Katonai Kutatóintézet és az Egyesült Államok Hadseregének Orvosi Kutatási Európai Részlegének közös projektje célul tűzte ki:

- a pszichológiai reziliencia növelését
- az agresszív és rizikóviselkedés csökkentését
- az Egészségmagatartási Szolgálat optimalizálását.

Ennek elérése érdekében tanulmányozták az egészségmagatartási problémákat, a családi vonatkozású rezilienciafaktorokat, a reziliencia fejlesztő tréningek bizonyítékon alapuló kutatását, a bevetéseket követő időszak jellegzetességeit. Az egészségmagatartási problémák esetében a rizikó- és rezilienciafaktorok vizsgálata a cél az állománynál. Ennek mérésére elsősorban az úgynevezett Funkcionális Károsodás Skálát alkalmazzák, valamint kultúrközi vizsgálatokkal igyekeznek igazolni a harci bevetések és a PTSD közötti kapcsolatot, elvégezni a krónikus fájdalom és opioid használat prevalenciájának feltárását. A katonákat tájékoztatják a PTSD tüneteiről, és demonstrálják, hogy a gyenge katonai vezetés összefüggésben van a magasabb PTSD prevalenciával. A missziós szolgálattal kapcsolatos családi reziliencia növelésének a célja, hogy a család rizikó- és rezilienciatényezőit

azonosítsák. Itt vizsgálják a feleségek és a katonák gyermekeinek rezilienciatényezőit, illetve felméri a feleségek házassággal való elégedettségét. A reziliencia - tréningek tanulmányozása során a cél vizsgálóeszközök kialakítása, amelyek segítségével bizonyítékokat nyerhetnek a reziliencia - tréningek hatékonyságával kapcsolatban. Szintén lényeges elem végül ajánlások megfogalmazása a katona és környezete felé a harci bevetéseket követő egészségmagatartással kapcsolatban.<sup>214</sup>

A reziliencia fejlesztő tréningek során jelentős szerepet tulajdonítanak:

- a vezetőknek, parancsnokoknak és azoknak a tulajdonságoknak, amelyek segítik az egyének és a szervezet szempontjából is a reziliencia növelését
- a megfelelő önismeretnek: azaz az egyéni erősségek, sérülékenység, szokások ismeretével, illetve ha az erősségek felülkerekednek a vulnerabilitáson fokozni lehet a teljesítményt
- a morális tényezőknek;
- a mentális és fizikai szívósságnak: e kettő elválaszthatatlan egymástól, mint ahogyan azt a Comprehensive Fitness Soldier reziliencia fejlesztő program során is láthattuk
- a kezdetektől lényeges folyamatos és fokozatos stressz inokulációnak (oltás, szembesítés stresszhelyzetekkel)
- a magabiztosság növelésének
- a stigma legyőzésének: azaz képesnek kell lenni segítséget kérni, ha szükséges, ebben a vezetőknek nagy szerepe van.

Mit tehet a vezető, parancsnok a reziliencia fejlesztésében?

- Követelményeket, sztenderdeket állít
- tervezhető ritmust alakít ki az egységénél
- kiszámítható munkaidőt biztosít
- morális és etikai sztenderdek kialakítására törekszik
- ismeri a katonáit és a családtagjaikat
- azt az érzést kelti, hogy közéjük tartozik, mintha családtag lenne
- krízisben megnyugtat, irányt ad, vezet

---

<sup>214</sup> Jeffrey, T., Adrian, A.: Current psychological Health and resilience studies in the US Army. U.S. Army Medical Research Unit-Europe, Walter Reed Army Institute of Research, U.S. Army Medical Research and Materiel Command, NATO Mental Health and MTBI Workshop, Ramstein, Germany, 2015.

- a csoportkohéziót erősíti.<sup>215</sup>

A vizsgálatom során is láthattuk, hogy a segítségkérésnek, a családi kohézió erősítésének, a szociális támogató hálózat kiépítésének és használatának (hiszen ha létezik ugyan, de nem veszik igénybe, akkor nem ér semmit) is lényeges szerepe lehet a reziliencia növelésében. Javasolnám a felkészítés és a későbbi preventív, intervenciós tevékenységek során ezt fokozottabban figyelembe venni hazánkban is a védelmi szektor területén.

A Magyar Honvédségben természetesen jól elkészített katonapszichológiai protokoll segíti a misszióba készülő állomány felkészítését és az operatív területen a krízishelyzetek kezelését.

Ez utóbbi tevékenységgel a másodlagos prevenció területére érkezünk, ahol ismételtén a reziliencia jelentőségével kell foglalkoznunk, különösen a pszichotrauma átélése, a traumatizálódás és a PTSD kialakulása szempontjából. Ismeretes a debriefing technika alkalmazása a Mitchell modell szerint az akut ellátásban. A debriefing, akárcsak a kognitív-viselkedésterápiás technikák kifejezetten a rizikópopuláció számára javasolt, vagyis azoknak, akiknél feltételezhető a traumatizálódás és fennáll a veszélye a poszttraumás tünetek kialakulásának. Ugyanakkor pszichotrauma esetén, szintén megismerhettük a vizsgálat eredményeiből is, nem minden esetben alakul ki a traumatizálódás folyamata. Figyelembe kell vennünk, különösen, ha jól szűrt és felkészített állományról van szó, a normalizációs folyamatok lehetőségét is. A reziliencia erősítése szempontjából szinte majdnem minden esetben bizonyos mértékű támogatásra mégis szükség van. A legkorábbi, rezilienciát fejlesztő akut beavatkozás pszichotrauma esetén a Pszichológiai Elsősegély (Psychological First Aid – PFA). A PFA egy olyan strukturált beavatkozás, amelyet az elmúlt néhány évben fejlesztettek ki súlyos traumákat követő distressz kezelésére. A PFA lehetővé teszi a segítőknek, hogy a traumatizáltak, a túlélők számára minél hamarabb biztosítsák a szükségleteket, és képesek legyenek rugalmas módon támogatást nyújtani számukra. Alapelveit és technikáját a National Center for Child Traumatic Stress Network és a

---

<sup>215</sup> Jenkins, C.: Organizational hardiness in the US Army Recruiting Command. NATO Mental Health and TBI Workshop, Ramstein, Germany, 2015.



National Center for PTSD munkatársai dolgozták ki és fektették le a Field Operation Guide for Psychological First Aid című kiadványban.<sup>2162</sup>

A pszichológiai elsősegély alapvető céljait nyolc pontban fogalmazzák meg:

1. Kontaktus és elköteleződés
2. Biztonság és komfort
3. Stabilizáció
4. Információszerzés: aktuális szükségletek és aggodalmak
5. Gyakorlati (praktikus) segítségnyújtás
6. A szociális támogató hálózattal történő kapcsolatfelvétel
7. Információ a stresszre adott reakciókról, a megküzdés lehetőségeiről
8. Kapcsolatfelvétel az együttműködő szervezetekkel

A pszichológiai elsősegély célja lehet katonai alkalmazás során:

- Támogatás nyújtása, hogy a katona megfelelően tudja kezelni, oldani a distressz tüneteit.
- A megelőzés, vagyis a katona viselkedése ne legyen ártalmas sem saját magára, sem másokra.
- A katonai szolgálatba, feladatkörbe történő minél gyorsabb visszahelyezés segítése.

A katonai helyzetekben történő alkalmazása során mindazon tényezők lényegesek lehetnek, amelyek általánosságban is jellemzőek a PFA-ra. Jelen esetben nemcsak speciális, erre kiképzett személy nyújthatja, hanem akár a másik katonatárs, de a parancsnok is. Éppen ezért érdemes lehet a felkészítések során erre is figyelmet szentelni.

Alapvető eszközök lehetnek:

- biztonságba helyezés (minden téren) és adekvát pihenés, ellátás biztosítása
- megnyugtató és türelem
- esetlegesen ventilációs lehetőség a megnyugvás után
- a félelem, szorongás kontrollálása aktivitásba történő bevonáson keresztül
- az aktivitáson keresztül eltereli a figyelmét a félelemről, érzelmi feszültségről, levezetheti a feszültséget, és hasznosnak élheti meg magát (önbizalom!)

---

<sup>216</sup> Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., et al.: Psychological First Aid: Field operations Guide, 2nd Edition. National Child Traumatic Stress Network. National Center for PTSD, 2006. Letöltés helye: [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org) és [www.ncptsd.va.gov](http://www.ncptsd.va.gov) Letöltés ideje: 2015-03-20

- a csoportos tevékenységek során a tagok, társak egymásnak nyújthatnak támogatást.<sup>217</sup>

A Magyar Honvédség, pszichológiai protokollja alapján, a missziós szolgálatból hazatérő katonák számára a reintegrációs program keretében visszaillesztési tréninget biztosít. Ezzel segítik az itthoni alkalmazkodást mind a katonák, mind családtagjaik számára, valamint a poszttraumás tünetek detektálását.

## AJÁNLÁSOK MEGFOGALMAZÁSA

Összegezve elmondhatjuk, hogy a prevenció valamennyi szintjénél a védelmi szektor (Magyar Honvédség, rendvédelmi szervek, katasztrófavédelem – tűzoltók, Fegyveres Biztonsági Őrség) területén dolgozó, különösen a traumatizálódás lehetőségének kitett állomány esetében lényeges:

- A poszttraumás stresszbetegség szűrésére és diagnosztizálására alkalmas vizsgáló eljárás bevezetése.
- A reziliencia figyelembevétele a prevenció valamennyi területén. Ennek megfelelően az alkalmasság és szűrések esetében megfelelő vizsgálóeszköz alkalmazása a reziliencia mérésére, illetve a felkészítő tréningek során a reziliencia fejlesztése (erre számos modell és program létezik, különösen az Amerikai Egyesült Államok hadseregéből), valamint a másodlagos prevenció területén a korai beavatkozások szempontjából szintén a reziliencia erősítésére is érdemes a hangsúlyt helyezni.
- A PTSD kialakulásának megelőzésében a rezilienciával összefüggő protektív személyiségtényezők, a problémafókuszú megküzdés fejlesztése mellett fontos lehet a segítségkérés megküzdési stratégiájának a kialakítása és támogatása, ezzel összefüggésben, hogy képesek legyenek elfogadni is a segítséget. A családi összetartás, azaz kohézió segítése a háttérben és a szociális támogató hálózat erősítése, ennek „igénybevételének” segítése.
- Különösen érdemes odafigyelni a traumatizálódás szempontjából a nem tartós kapcsolatban élő, gyermektelen, valamint a foglalkozási területen tapasztalatlan, kezdő hivatásos szakemberekre.

<sup>217</sup> Friedman, M.: Every crisis is an opportunity. CNS Spectrums. 2005; 10(2), p. 96-98.

**További kutatásra ajánlott:**

- A foglalkozási csoportok összehasonlítása teljeskörű állomány esetében, beleértve a büntetésvégrehajtás hivatásos szakembereit is.
- A Reziliencia Kérdőív validálási, standardizálási folyamata szakterületek szerint.
- A vizsgálat kiterjesztése minden olyan hon-, rend- és katasztrófavédelmi területre, ahol műveleti beavatkozás történik.
- Ahhoz hogy hitelesebb képet alkothassunk a védelmi szektor területén dolgozó hivatásos állomány pszichés állapotáról, a traumatizálódásáról, valamint a protektív tényezők, így a reziliencia alakulásáról, kontrollcsoport bevonására lenne szükség. Javaslom, más közszolgálati tevékenységet végző foglalkozási csoportok esetében is, mint lehetséges kontrollcsoport, hasonló vizsgálat elvégzését.

Értekezésemben a kutatási célkitűzéseim megvalósításával kapcsolatos tudományos munkám folyamatát igyekeztem bemutatni. Kutatásommal és az ezzel összefüggésben felmerülő további kérdésekkel, gondolatokkal, javaslatokkal szeretnék hozzájárulni ahhoz, hogy a védelmi szektor területén dolgozó, felelősségteljes munkát végző, sokszor a saját életüket is kockáztató hivatásos állomány mentális és szomatikus egészsége, jól-léte a lehető legjobb maradjon és a munkájukat valóban kellő motivációval és teljesítménnyel tudják ellátni. A szervezetektől pedig megkapják mindazokat a lehetőségeket, amelyek biztosítják számukra a munkavégzéshez szükséges megfelelő körülményeket, egy biztonságos hátteret adnak számukra.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet szeretnék mondani témavezetőmnek dr. Bolgár Judit Professzor Asszonynak, akivel majdnem két évtizedes ismeretség köt össze, és aki mindig bízott bennem és biztatott, hogy klinikai munkám mellett próbáljam ki magam a tudományos munka területén is. Kutatómunkámban folyamatosan támogatott, hasznos útmutatásokkal, tanácsokkal látott el, bármikor fordulhattam hozzá kérdéseimmel, aggodalmaimmal.

Köszönettel tartozom opponenseimnek, Dr. Svéd László PhD orvos altábornagy Úrnak és Dr. habil Kóródi Gyula PhD orvos alezredes Úrnak, hogy előopponenciájukban hasznos észrevételeikkel, meglátásaikkal segítették disszertációm megírását.

Tisztelettel tartozom korábbi és jelenlegi munkahelyi vezetőimnek, Dr. Kovács Gábor ny. orvos ezredes osztályvezető főorvosnak, aki elindított, és Dr. Kovács László orvos ezredes osztályvezető főorvosnak, aki támogatott kutatómunkámban és disszertációm megírásában.

Hálával és köszönettel tartozom két kedves kollégámnak: Petri Editnek, kutatómunkám elejétől a végéig, a disszertációm megírásáig, nyújtott önzetlen, fáradhatatlan segítségéért és türelméért; Dr. Péter László PhD orvos alezredes főorvosnak, aki mindig biztatott, támogatott és szakmai tudásával segítette értekezésem megírását.

Köszönet illeti pszichológus kolléganőmet, Fekete Mónikát a tesztek kiértékelésében, Hajdú Miklóst az adatok statisztikai feldolgozásában nyújtott segítségéért, és mindazokat, akik elolvasták disszertációm tervezetét, véleményükkel, javaslataikkal hozzájárultak munkám végső tisztázásához.

Végül, de nem utolsó sorban, szeretettel, hálával és köszönettel tartozom szüleimnek és fiamnak, Márknak, hogy disszertációm írása alatt végig türelemmel, megértéssel fordultak felém.

## SZAKKIFEJEZÉSEK MAGYARÁZATA

**adrenocorticotrop hormon (ACTH):** mellékvese kéreg funkcióját serkentő hormon, az agyalapi mirigy elülső lebenye (adenohipofízis) termeli

**affektív:** érzelmi

**amygdala:** mandulaformájú neuroncsoportok, a bonyolultabb gerincesek, így az ember agyának temporális lebenyében található, elsődleges szerepe van az érzelmi reakciók feldolgozásában, raktározásában. A limbikus rendszer részének tekintik.

**amnézia:** emlékezetvesztés, emlékezetkiesés

**averzív:** elkerülő

**celluláris immunitás:** sejtes immunitás, az immunrendszer azon alrendszere, amely sejtekhez kötötten, közvetlenül védekezik az idegenként felismert sejtek, antigének ellen

**coping:** megküzdés

**corticotrop releasing hormon (CRH):** a hipotalamus által termelt hormon, amely az agyalapi mirigy az ACTH termelésére serkenti

**deperszonalizáció:** önmagunk megváltozottságának az élménye, az egyén úgy érzi, mintha önmagának, testének, saját életének kívülálló megfigyelője lenne

**derealizáció:** a külvilág megváltozottságának az élménye, álomszerű érzés, érzékelési zavarok

**dexamethason szuppressziós teszt:** a dexamethason egy szintetikus szteroid, amely gátolja a CRH és ACTH termelődését, akárcsak a kortizol. Dexamethason adására csökken a kortizol.

**diszpozicionális:** hajlambeli

**disszociáció:** elkülönülés, szétválás, pszichológiai értelemben az érzelek, a viselkedés, gondolatok, fizikai érzések és az emlékek között normálisan fennálló kapcsolat többnyire tudattalan megszakítását jelenti. Természetes képesség, melynek célja a testi vagy lelki fájdalommal szembeni védekezés.

**elfojtás:** az egyik leggyakrabban alkalmazott énvédő (elhárító) mechanizmus, a kellemetlen, veszélyes vágyakhoz tartozó gondolatok, érzelmek kiszorulnak a tudatból, akárcsak a fájdalmas tapasztalatok, de nem felejtődnek el, hanem „álcázva” visszatérnek (pl. akár testi tünetekben)

**fagocitózis:** az endocitózis egyik fajtája, amelynek során egy sejt a környezetében található makromolekulákat, oldott anyagokat, szilárd részecskéket bekebelezéssel felveszi. Fagocitózis során a nagyméretű szilárd anyagok, makromolekulák felvétele történik.

**flashback:** visszaemlékezés, visszapillantás, emlékképek bevillanása, gyors visszatérése

**generalizáció:** pontosabban ingergeneralizáció, pszichológiai értelemben tanulási folyamat, amikor egy adott reakciót egyre több az eredetihez hasonló inger is kiválthat

**habituáció:** ismétlődő ingerre csökken az adott reakcióereje és előfordulása, kialakul az ún. hozzászokás, majd a válasz eltűnik (kioltódik). Hátterében központi idegrendszeri tanulási folyamatok vannak.

**hidrokortizon/kortizol:** a mellékvesekéreg által termelt hormon, glükokortikoid. Gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatású. A szervezet stressz-szituációkhoz való fiziológias alkalmazkodását szolgálja

**hiperarousal:** fokozott érzelmi-indulati és készenléti állapot, nyugtalanság és ennek megfelelő vegetatív és pszichés tünetek

**hiperkoagulabilitás:** véralvadási zavar, az alvadási fehérje kóros aktivitása, fokozott alvadási készség

**hipermnemonia:** fokozott emlékezeti (felidézési és előhívási) folyamat, a hosszútávú emlékezetből számos, régen elraktározott információ felidezésére, előhívására való képesség

**hiperreaktivitás:** a külső stresszfaktorokkal szembeni intenzív reakció

**hiperszenzitivitás:** túlérzékenységi reakció

**hipervigilancia:** fokozott figyelem, készenléti állapot

**hipofízis:** agyalapi mirigy

**hipotalamus:** hipotalamusz, a köztiagy talamusz alatti részén található, a limbikus rendszerhez és az agyalapi mirigyhez közel, a szervezet minden fontos élettani működését befolyásolja, kontrolálja az autonóm idegrendszer és endokrin rendszer működését, a szervezet homeosztázisának fenntartásában fontos szerepe van

**hipotalamus-hipofízis-mellékvese rendszer (HPA):** e rendszerben kapcsolódik össze a központi idegrendszer és a hormonrendszer működése, a hormonális szabályozás központja. A szervezetet érő stresszhatásra kialakuló adaptációs mechanizmus hátterében e tengely aktiválódása áll

**hippocampus:** a limbikus rendszer része, az emlékezet működésében és a térbeli tájékozódásban tölt be szerepet

**humorális immunitás:** az immunrendszernek az az alrendszere, amely nem sejthez kötöten, hanem közvetve a sejtek által termelt ellenanyagokkal védekezik az idegenként felismert sejtek, antigének ellen

**implicit memória:** az emlékezeti rendszer azon része, amely az előhívás során nem igényel tudatos erőfeszítést, a legfontosabb jellemzője az automatikusság, tudatosság nélkül mutatkozik meg az előzetes tapasztalat és tudás

**interperszonális:** kapcsolati

**irritabilitás:** ingerlékenység

**komorbiditás:** betegségtársulás

**kognitív:** megismerő funkciók, így a figyelem, érzékelés-észlelés, emlékezet, gondolkodási funkciók

**konvulzió:** görcsös rángatózás

**kortikoszteroid:** gyulladáscsökkentő gyógyszerek, szintetikus úton állítják elő a kortizollal megegyező hatásúak, de erősebb és hosszabb hatásúak sokszor mint a kortizol

**kontextualizáció:** témák kibontása, azoknak a megfelelő körülmények között való elhelyezése, értelmezése

**locus coeruleus:** a hídban elhelyezkedő monoaminerg mag, amely mediálja a kéreg és a hipotalamus válaszait akut stresszhatás esetén

**metyrapon teszt:** kortizol szint meghatározáson alapuló endokrin teszt

**naturalkiller sejt aktivitás:** a természetes ölüsejteknek a vírussal fertőzött és tumorsejtek elpusztításában van szerepe

**patológia:** abnormalitás, kóros állapot, betegség

**perceptuális:** észlelési

**prediktor:** előrejelző

**prevalencia:** előfordulási gyakoriság

**prevenció:** megelőzés

**procedurális memória:** mozgással összefüggő, automatikus készségek tárolása. (implicit jellegű, azaz automatikus)

**proinflammatorikus citokin:** gyulladásserkentő citokin, a citokineknek az immunválasz szabályozásában és az információközvetítésben van szerepük

**propozicionális:** nyelvszerű, kijelentés alapú, modalitástól független

**protektív faktor:** védőfaktor

**PTSD:** poszttraumás stresszbetegség (posttraumatic stress disorder)

**rekonszolidáció:** bizonyos emlékek újra berögződése

**reprezentáció:** valaminek a bemutatása, ábrázolása, kifejeződése

**reziliencia:** rugalmas ellenállóképesség

**szentitizáció:** tanulás egyszerű formája, amelyben az egyén felerősíti egy olyan ingerre adott reakcióját, amelyet fenyegető vagy fájdalmas inger követ

**szomatoszenzoros:** a bőrből és a belső szervekből érkező ingerek és ezen ingerek érzékelésével kapcsolatos

**vulnerabilitás:** sérülékenység



## MELLÉKLETEK

1. számú melléklet: **Instrukciós lap**

Sorszám.....

Tisztelt Hölgem/Uram!

Urbán Nóra klinikai szakpszichológus vagyok, a Honvédkórház Pszichiátriai osztályán dolgozom. Jelenleg a Nemzeti Közszolgálati Egyetem (volt Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem) Hadtudományi Doktori Iskolájának doktoranduszaként szeretnék egy empirikus jellegű kutatást, felmérést végezni a hivatásuk szempontjából extrém megterhelésnek, elsősorban traumatizálódás lehetőségének kitett szakemberek (tűzoltók, rendőrök, katonák) körében.

A kutatás során a lehetséges összefüggések kimutatásával szeretnék választ kapni arra a kérdésre, miért nem traumatizálódik minden hivatásából eredően extrém stresszornak, traumának kitett személy, miért nem lesz minden traumatizálódott személy beteg, és melyek azok a tényezők, amelyek mintegy védik az egyént és segítik a traumával, stresszel való megbirkózást.

Tisztelettel szeretném felkérni Önt a vizsgálatban való részvételre, amellyel jelentősen hozzájárulna ahhoz, hogy megpróbáljuk jobban megérteni az emberi lélek/psziché működését az extrém megterhelések, traumák során. Így a megelőzés több szintjén adódna lehetőség a megfelelő beavatkozásokra.

1. *A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim!*
2. *A név helyett minden egyes kérdőíven, teszten és az ezeket tartalmazó borítékon (tesztcsomagon) egy meghatározott kódot, azaz sorszámot használunk csak.*
3. *Egyes esetekben, így az anamnézis lapon személyes jellegű kérdések is vannak. Amennyiben nem szeretne ezekre válaszolni, akkor kérem, azokat hagyja ki.*
4. *Egyetlen esetben szükség lesz egy négy szemközti találkozásra, egy rövid (10-15 perces) interjúra, a poszttraumás tünetek azonosítása szempontjából. Ekkor szintén csak az azonosító kódot (sorszámot) használjuk.*
5. *A titoktartás kötelez engem, így én személyes adatot senkiről sem szolgáltatathatok ki. Az adatok statisztikai feldolgozásra kerülnek majd.*
6. *A felmérés elvégzése csak a szükséges engedélyek meglétével történik. Az eredményeket kizárólag a doktori disszertációmban szeretném elemezni. Hivatalos úton, amennyiben szükséges, szívesen adok tájékoztatást az eredményekről.*

A későbbiekben, amennyiben Ön úgy érzi, hogy szüksége lenne pszichológiai segítségre, természetesen megkereshet engem a megadott telefonszámon: 06306708735.

Tisztelettel és köszönettel: Urbán Nóra

2. számú melléklet: **Anamnézis lap 1/4**

Sorszám.....

**ANAMNÉZIS LAP****I. Kérem, töltsse ki illetve karikázza be a megfelelő választ!**

<b>Nem:</b>	férfi		nő		
<b>Életkor:</b>	18-25	26-40	41-55	56-65	
<b>Iskolai végzettség:</b>	8 osztály alatt	8 osztály	szakiskola	érettségi	felsőfokú végzettség (főiskola, egyetem)
<b>Foglalkozás:</b>					
<b>Munkakör:</b> <b>Hány éve:</b>					
<b>Beosztás:</b>	vezető		beosztott		

**II. Kérem, tegyen X-et a megfelelő helyre, illetve egészítse ki, ahol szükséges!**

<b>Diagnosztizált és kezelt betegségek:</b>	<b>S</b> AJÁT	<b>C</b> SALÁD (nagyszülő, szülő, testvér)
Magasvérnyomás		
Cukorbetegség		
Szív- és keringési elégtelenségek		
Agyi keringési elégtelenség		
Daganatos megbetegedés		
(Sok)izületi gyulladás		
Műtéti beavatkozás		
Depresszió		
Szorongásos zavar (fóbia, pánikbetegség, kényszerbetegség)		
Szkizofrénia		

2. számú melléklet: **Anamnézis lap 2/4**

Nem diagnosztizált és nem kezelt egyéb pszichés (lelki) panasz korábban volt-e (ha igen, akkor milyen jellegűek):						
Jelenleg:						
Alkoholfogyasztás:	soha		alkalmanként		rendszeresen	
	<b>S</b>	<b>Cs</b>	<b>S</b>	<b>Cs</b>	<b>S</b>	<b>Cs</b>
Dohányzás:	igen		nem		leszokott	
	<b>S</b>	<b>Cs</b>	<b>S</b>	<b>Cs</b>	<b>S</b>	<b>Cs</b>

**III. A következő kérdések a gyermekkorra vonatkoznak. Kérem, karikázza be a megfelelő választ, illetve egészítse ki, ahol szükséges!**

<b>Családi környezet:</b>		harmonikus	megfelelő	kiegyensúlyozatlan	
<b>Szülők:</b>		együtt élnek (házasság, élettárs)		elváltak	
<b>Ha elváltak, hány éves volt akkor?</b>	0-2	3-6	7-12	13-18	18-nál idősebb
<b>Testvérek száma:</b>		egyedüli gyermek	1	2-3	3-nál több
<b>Beilleszkedés közösségekbe:</b>		nem volt probléma		nehéz, problémás volt	
<b>Tanulás:</b>			gyenge (1-2)	közepes (3)	jó, kiváló (4-5)
<b>Gyermekkori veszteségek (haláleset, szülőtől való tartós elválás, stb.)</b>		igen		nem	
<b>Ha volt, akkor milyen jellegű?</b>					
<b>Más gyermekkori trauma(k) (bántalmazás, elhanyagolás, stb.)</b>		igen		nem	
<b>Ha volt, akkor milyen jellegű?</b>					

## 2. számú melléklet Anamnézis lap 3/4

**IV. A következő kérdések a jelenlegi helyzetére vonatkoznak. Kérem, karikázza be a megfelelő választ, illetve egészítse ki, ahol szükséges!**

<b>Családi állapot:</b>	egyedülálló	házas	élettársi kapcsolat	elvált
<b>Gyermek:</b>	van		nincs	
<b>Ha van:</b>	1		2	3 és több
<b>Családi körülmények/léggör:</b>	harmonikus	megfelelő		kiegyensúlyozatlan
<b>Megélhetés/egzisztencia:</b>		megfelelő, jó	közepes, átlagos	nehéz, nagyon sok anyagi gond
<b>Munkahelyi körülmények/léggör:</b>	harmonikus, megfelelő		kiegyensúlyozatlan, feszült	
<b>Munkamotiváció:</b>	szívesen csinálom, élvezem a munkám a mai napig		valamikor szerettem csinálni, de most már elég lenne	megcsinálom, mert szükséges

**V. Kérem, karikázza be a megfelelő választ!**

<b>A./ Volt-e olyan (testileg vagy/és lelkileg) traumatizáló esemény, amikor élete veszélyben forgott, komolyabb sérülésnek, bántalomnak volt kitéve?</b>			
igen		nem	
<b>Ha igen a válasz, akkor mi volt az az esemény, írja le néhány szóval:</b>			
<i>A következő kérdések az „igen” válasz esetére vonatkoznak:</i>			
<b>Volt-e ideje a megoldásra vagy védekezésre felkészülni, elmenekülni a helyszínről?</b>	nem volt	15-30 perc	legalább 1 óra
<b>Milyen gyorsan került biztonságba?</b>			
azonnal	kb. 10-20 percen belül	kb. 30 perc-1 órán belül	több mint 1 órán belül
<b>Milyen gyorsan kapott segítséget (bárkitől is)?</b>			
azonnal	kb. 10-20 percen belül	kb. 30 perc-1 órán belül	több mint 1 órán belül
<b>Milyen típusú segítséget kapott? (több lehetőséget is választhat)</b>			
nem kaptam segítséget	biztonságba helyezés, kimenekítés	orvosi segítség	pszichológiai segítség
<b>Az esemény idején:</b>			
egyedül volt		többen voltak	

2. számú melléklet: **Anamnézis lap 4/4**

<b>B./ Szemtanúja volt-e vagy szembesült-e korábban olyan eseménnyel, amely mások halálát, súlyos sérülését eredményezte?</b>	igen	nem
HA IGEN:		
<b>Tudott-e segíteni az áldozatokon, sérülteken, a helyzeten (stb.)?</b>		
Igen, sokat tudtam	Csak részben tudtam	Nem, tehetetlen voltam

<b>C./ Milyen rendszerességgel/gyakorisággal fordultak/fordulnak elő az elemzett események?</b>			
csak 1x fordult elő	2x-5x eddig	havonta	hetente

<b>D./ Milyen veszteségek érték az elemzett események során? Kérem, tegyen X-et a megfelelő helyre!(több lehetőséget is választhat)</b>	
saját testi sérülés kórházi ellátással	
saját testi sérülés, de nem került kórházba	
munkatárs sérülése, aki kórházba került	
munkatárs sérülése, aki nem került kórházba	
munkatárs elvesztése	
más személy, áldozat sérülése, aki kórházba került	
más személy, áldozat sérülése, aki nem került kórházba	
más személy, áldozat elvesztése	
anyagi, tárgyi veszteség	
egyéb jellegű veszteség	
nem érte veszteség	

3. számú melléklet: **Életesemények Tünetlistája****ÉLETESEMÉNYEK LISTÁJA**

Az alábbi listán különböző nehezen feldolgozható eseményeket találunk, amelyek előfordulnak olykor az emberrel. Tegyen egy jelet a megfelelő rubrikákba akkor, ha **külszolgálat** alatt:

- a.: *Önnel személyesen történt meg az esemény;*  
 b.: *szemtanúja volt annak, amikor ez megtörtént valaki mással,*  
 c.: *tudomása van arról, hogy ez megtörtént egy Önhöz közel álló emberrel,*  
 d.: *nem biztos abban, hogy ez történt,*  
 e.: *nem történt meg Önnel*

Esemény	Meg- történt velem	Szem- tanúja voltam	Tudom- ásom van rőla	Nem vagyok biztos abban, hogy ez történt	Nem fordult elő velem
1. Természeti katasztrófa (pl.: árvíz, hurrikán, tornádó, földrengés)					
2. Tűz vagy robbanás					
3. Közlekedési baleset (pl.: gépkocsibaleset, vasúti-, légi-, vagy hajószerecsétség)					
4. Komoly munkahelyi-, háztartási-, vagy sportbaleset)					
5. Érintkezés, mérgező anyagokkal (pl. veszélyes vegyszerek, sugárzás)					
6. Fizikai támadás elszenvédése (pl. megtámadás, megütés, meglökés, megpofozás, megrúgás)					
7. Fegyveres támadás elszenvédése (pl. meglövés, késsel, fenyegetés késsel, pisztollyal, vagy bombával)					
8. Szexuális támadás elszenvédése (pl. nemi erőszak, nemi erőszak kísérlete, bármilyen egyéb szexuális aktus, amely erőszakkal ill. fenyegetés által történik)					
9. Egyéb nem kívánt vagy kellemetlen szexuális tapasztalat					
10. Részvétel harci cselekményben (pl. civilként vagy katonaként)					
11. Fogság (pl. elrablás, túszfogság, hadifogság)					
12. Életet fenyegető betegség vagy sérülés					
13. Komoly szenvedés vagy fájdalom					
14. Hirtelen, erőszakos halál (pl. gyilkosság, öngyilkosság)					
15. Önhöz közel álló személy hirtelen, váratlan halála					
16. Ön által okozott komoly sérülés, halál					
17. Egyéb erős stresszhatással járó esemény vagy élmény					

4. számú melléklet: **Derogatis Tünetbecslő Skála (SCL-90-R) 1/2**

Név: \_\_\_\_\_ Kor: \_\_\_\_\_ Nem: férfi  nő

Dátum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Iskolai végzettség: \_\_\_\_\_

**SC L-90-R**  
 Az alábbiakban egy listát közlünk olyan problémákról és panaszokról, amelyek időnként előfordulnak az embereknél. Kérjük, a lista minden egyes pontját figyelmesen olvassa el. Válaszoljon minden kérdésre úgy, hogy írja be a sor végén lévő négyzetbe azt a tüneti súlyosságot jelentő számot, amelynek mértéke legjobban megfelel az utóbbi 1 hét panaszainak.

**Mennyire zavarja Önt:**  
**Egyáltalán nem: (0) Kissé: (1) Mérsékelt: (2) Közepesen: (3) Nagyon: (4)**

1. Fejfájás.....	
2. Idegesség, belső bizonytalanság érzése.....	
3. Akaratlan dolgok, szavak, amelyeket nem tud a gondolataiból kiűzni.....	
4. Gyengeség vagy szédülés.....	
5. Szexuális érdektelenség, örömtelenség.....	
6. Mások kritikája.....	
7. Olyan érzés, hogy valaki más ellenőrzi a gondolatait.....	
8. Az az érzés, hogy mások felelősek az Ön problémáiért.....	
9. Probléma visszaemlékezni dolgokra.....	
10. Felületesség vagy gondatlanság miatti aggodalom.....	
11. Könnyen bosszúsna, felingereltnek érzi magát.....	
12. Mellkasi vagy szívűtűji fájdalom.....	
13. Nyílt téren vagy utcán érzett félelem.....	
14. Csökkenő energia vagy lelassultság érzése.....	
15. A halál gondolata (életének vége).....	
16. Olyan hangok hallása, amelyet mások nem hallanak.....	
17. Reszketés, remegés.....	
18. A legtöbb emberrel szemben érzett bizonytalanság.....	
19. Étvágytalanság.....	
20. Könnyen sírva fakad.....	
21. Félénkség, nehéz kapcsolatteremtés a másik nemmel.....	
22. Csapdában érzi magát.....	
23. Hirtelen ok nélkül pánikba esik.....	
24. Olyan hangulatkitörés, amelyet nem tud kontrollálni.....	
25. Fél elmenni egyedül otthonról (kimenni a saját házából, lakásából egyedül).....	
26. Önvádás különböző dolgok miatt.....	
27. Derékfájdalom.....	
28. Gátolva érzi magát dolgok elvégzésében.....	
29. Magányosság érzése.....	
30. Szomorúság érzése.....	
31. Tűlzott aggodalom dolgok miatt.....	
32. Érdektelenség a dolgok iránt.....	
33. Félénkség.....	
34. Sertődékenység.....	
35. Mások ismerik a gondolatait.....	
36. Úgy érzi, hogy mások nem értik meg Önt vagy nem szimpatikus nekik.....	
37. Az emberek barátságatlanok vagy nem szeretik Önt.....	
38. Mindent nagyon lassan kell csinálni, hogy kifogástalan legyen.....	
39. Szívdobogás érzése, szapora szívűműködés.....	
40. Hányinger, könnyen felfordul a gyomra.....	



4. számú melléklet: **Derogatis Tünetbecslő Skála (SCL-90-R) 2/2**

**Egváltalan nem: (0) Kissé: (1) Mérsékelt: (2) Közepesen: (3) Nagyon: (4)**

41. Alárendeltnek érzi magát másokkal szemben.....

42. Izomfájdalom, érzékenység.....

43. Úgy érzi, figyelik, beszélnek Önről.....

44. Elalvása nehéz.....

45. Kényszer, hogy újra meg újra ellenőrizze, amit csinál.....

46. Nehezen határoz (dönt).....

47. Buszon, metrón vagy vonaton való utazástól félelem.....

48. Nehezen vesz levegőt.....

49. Hideg vagy meleg hullámok.....

50. El kell kerülnie bizonyos dolgokat, helyeket vagy tevékenységeket, mert azok zavaróak Önről.....

51. Gondolatai üressé válnak.....

52. Érzéketlenség vagy bizsergés különböző testrészekben.....

53. Gombócérzés a torokban.....

54. Reménytelenség a jövőre nézve.....

55. Nehezen koncentrálni.....

56. Gyengeségérzés testének különböző részeiben.....

57. Feszültség, felhangoltság érzése.....

58. Nehéznek érzi a kezét vagy a lábát.....

59. Halálra gondol vagy meghalásra.....

60. Túl sokat eszik.....

61. Bántja, ha az emberek nézik vagy beszélnek Önről.....

62. Olyan gondolatok, amelyeket nem érez a sajátjának.....

63. Leküzdhetetlen vágy, hogy megüssön, bántson valakit.....

64. Hajnali ébredés.....

65. Kényszer arra, hogy ismétlje a cselekvéseket, mint az érintés, a számolás, a mosás.....

66. Az alvás nem pihentető vagy zavar.....

67. Leküzdhetetlen vágy, hogy törjön, zúzzonk, széttörjön dolgokat.....

68. Olyan elképzelései vannak, amelyekkel mások nem értenek egyet.....

69. Zavarban érzi magát mások társaságában.....

70. Nehezen viseli a tömeget, ha pl. vásárol vagy moziban van.....

71. Úgy érzi, külön erőfeszítésbe kerül csinálni bármit.....

72. Rettgéssel, pánikkal járó időszak.....

73. Kényelmetlenül érzi magát, ha társaságban eszik vagy iszik.....

74. Gyakran vitába keveredik.....

75. Idegessé válik, ha egyedül hagyják.....

76. Mások nem ismerik el eredményességét.....

77. Társaságban is magányosnak érzi magát.....

78. Állandóan nyugtalan, képtelen ülve maradni.....

79. Érzéketlennek érzi magát.....

80. A mindennapi dolgokat idegennek, irreálisnak érzi.....

81. Kiabál, dolgokat földhöz vág.....

82. Félelem attól, hogy nyilvánosság előtt elájul.....

83. Az az érzés, hogy ha hagyja, az emberek kihasználják.....

84. Zavaró szexuális gondolatok.....

85. Az a gondolat, hogy Önt meg kellene büntetni a bűneiért.....

86. Úgy érzi, belekényszerítik dolgok elvégzésébe.....

87. A gondolat, hogy valami komoly testi baja van.....

88. Sohasem tud közel kerülni más személyhez.....

89. Bűnösnek érzi magát.....

90. A gondolat, hogy valami van az elméműködésével.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9

## 5. számú melléklet: Beck Depresszió Kérdőív (BDI) 1/3

**Beck Depresszió Kérdőív**

(Beck Depression Inventory, BDI, Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. Erbaugh, J., 1961; ford.: Kopp M.)

A kérdőív csoportosított állításokat tartalmaz. Kérjük, gondosan olvasson át mindegyik állításcsoportot. Válassza ki a csoport többi tagja közül azt az egy állítást, amely legjobban leírja az Ön érzését az elmúlt héttől egészen a mai napig. Karikázza be a kiválasztott állítás számjelét. Ha az adott csoportból több állítást is választana, akkor valamennyit karikázza be. Kérjük olvassa el valamennyi állítást az adott csoporton belül mielőtt választ.

1.
  0. Nem vagyok szomorú.
  1. Szomorú vagy nyomott vagyok.
  2. Mindíg szomorú vagyok és nem tudok kikeveredni belőle.
  3. Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.
2.
  0. Nem félek különösebben a jövőt illetően.
  1. Félek a jövőtől.
  2. Úgy érzem semmit sem várhatok a jövőtől.
  3. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.
3.
  0. Nem érzem, hogy kudarcot vallottam.
  1. Úgy érzem, több kudarc ér, mint másokat.
  2. Visszatekintve életemre, kudarcok sorozatát látom.
  3. Úgy érzem, mint ember teljesen kudarcot vallottam.
4.
  0. A dolgok ugyanolyan meglegedettséggel töltenek el mint máskor.
  1. A dolgokkal nem vagyok úgy meglegedve mint máskor.
  2. Valójában többé semmi nem okoz elégedettséget nekem.
  3. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.
5.
  0. Nem hibáztatom különösebben magam.
  1. Gyakran hibáztatom magam.
  2. Majdnem mindig hibáztatom magam valami miatt.
  3. Állandóan hibáztatom magam.
6.
  0. Nem érzem magam különösebben hibásnak.
  1. Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre.
  2. Úgy érzem, hogy rászolgáltam a büntetésre.
  3. Azt akarom, hogy megbüntessenek.
7.
  0. Nem csalódtam magamban.
  1. Csalódtam magamban.
  2. Nem szeretem magam.
  3. Gyűlölöm magam.

## 5. számú melléklet: Beck Depresszió Kérdőív (BDI) 2/3

8. 0. Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más.  
1. Gyengeségeim és hibáim miatt erősen bírálok magam.  
2. Mindig vádoló magam a hibáim miatt.  
3. Minden rosszért, ami bekövetkezik, vádoló magam.
9. 0. Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit.  
1. Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni.  
2. Szeretném megölni magam.  
3. Megölném magam, ha tudnám.
10. 0. Nem sírok többet, mint szoktam.  
1. Mostanában többet sírok, mint szoktam.  
2. Mostanában mindig sírok.  
3. Valaha tudtam sírni, most nem tudok, még akkor sem, ha akarnám.
11. 0. Nem vagyok ingerlékenyebb, mint mások.  
1. Könnyebben leszek ingerült, vagy haragos, mint korábban.  
2. Mostanában állandóan ingerült vagyok.  
3. Már nem izgatnak fel olyan dolgok, amik korábban ingerültté tettek.
12. 0. Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent.  
1. Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint azelőtt.  
2. Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem.  
3. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
13. 0. Éppen olyan jól döntök, mint korábban.  
1. Mostanában elhalasztom a döntéseimet.  
2. A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök.  
3. Semmiben nem tudok dönteni többé.
14. 0. Nem érzem, hogy rosszabbul néznék ki, mint máskor.  
1. Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom.  
2. Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam, és kevésbé vagyok vonzó.  
3. Azt hiszem, csúnya vagyok.
15. 0. Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor.  
1. Külön erőfeszítésre kerül, hogy valami munkába belefogjak.  
2. Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is.  
3. Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.
16. 0. Ugyan olyan jól tudok aludni, mint általában.  
1. Nem alszom olyan jól, mint azelőtt.  
2. A szokottnál 2-3 órával korábban ébredek és nehezen tudok újra elaludni.  
3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam és nem tudok újra elaludni.
7. 0. Nem fáradok el jobban, mint azelőtt.  
1. Hamarabb elfáradok, mint azelőtt.  
2. Majdnem minden elfáraszt, amit csinállok.  
3. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.

5. számú melléklet: **Beck Depresszió Kérdőív (BDI) 3/3**

18. 0. Az étvágyam nem rosszabb, mint azelőtt.  
 1. Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt.  
 2. Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb.  
 3. Egyáltalán nincs már étvágyam.

19. 0. Semmivel sem vesztettem többet a súlyomból, mint máskor.  
 1. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 2kg.  
 2. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 5kg.  
 3. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 8kg.

Kevesebb evéssel tudatosan igyekszem lefogyni.

igen                      nem

Testsúly.....Testmagasság.....

20. 0. Nem foglalkozom többet egészségi állapotommal, mint azelőtt.  
 1. Aggódok olyan testi-fizikai problémák miatt, mint fájdalmas, vagy gyomorpanaszok.  
 2. Nagyon aggódok testi-fizikai panaszaim miatt és nehéz valami másra is gondolnom.  
 3. Annyira aggódok a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.
21. 0. Nem vettem észre lényeges változást szexuális érdeklődésemben.  
 1. A szokottnál kevésbé érdeklődöm a szex iránt.  
 2. Mostanában jóval kevésbé érdeklődöm a szex iránt.  
 3. Teljesen elvesztettem a szex iránti érdeklődésemet.

6. számú melléklet: **Spielberger állapot és vonás szorongást mérő kérdőív (STAI-S)**

H. STAI F. X-1  
C. D SPIELBERGER  
K. Sipos, 1975.

**ÖNÉRTÉKELÉSI LAP**

NÉV: \_\_\_\_\_

KELT: \_\_\_\_\_

**Utasítás:**

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni.

Figyelmesen olvassa el valamennyit és húzza alá a jobb oldali számok közül a megfelelőt attól függően, hogy ebben a pillanatban **ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZI MAGÁT!**

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg.

(1) egyáltalán nem (2) valamennyire (3) eléggé (4) nagyon/teljesen

1. Nyugodtnak érzem magam .....	1	2	3	4
2. Biztonságban érzem magam .....	1	2	3	4
3. Feszültnek érzem magam .....	1	2	3	4
4. Valami bánt .....	1	2	3	4
5. Gondtalannak érzem magam .....	1	2	3	4
6. Zaklatott vagyok .....	1	2	3	4
7. Aggódom, hogy bajba keveredem .....	1	2	3	4
8. Kipihentnek érzem magam .....	1	2	3	4
9. Szorongok .....	1	2	3	4
10. Kellemesen érzem magam .....	1	2	3	4
11. Elég önbizalmat érzek magamban .....	1	2	3	4
12. Ideges vagyok .....	1	2	3	4
13. Nyugtalannak érzem magam .....	1	2	3	4
14. Fel vagyok húzva .....	1	2	3	4
15. Minden feszültségtől mentes vagyok .....	1	2	3	4
16. Elégedett vagyok .....	1	2	3	4
17. Aggódom .....	1	2	3	4
18. Túlzottan izgatott és feldúlt vagyok .....	1	2	3	4
19. Vidám vagyok .....	1	2	3	4
20. Jól érzem magam .....	1	2	3	4

9214921492

6. számú melléklet: **Spielberger állapot és vonás szorongást mérő kérdőív (STAI-T)**

H. STAI F. X-2  
C. D. Spielberger  
K. Sipos, 1975.

NÉV:

**ÖNÉRTÉKELÉSI LAP**

KELT:

**Utasítás**

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, melyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és húzza át a jobboldali számok közül a megfelelőt, attól függően, hogy **ÁLTALÁBAN HOGY ÉRZI MAGÁT!**

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem azt a választ jelölje meg, amely általában jellemző Önre.

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 21. Jól érzem magam .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Gyorsan elfáradok .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. A sirás ellen küzködnöm kell .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. A szerencse engem elkerül .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam .....                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Kipihentnek érzem magam .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Nyugodt, megfontolt és tettekre kész vagyok .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk .....                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Boldog vagyok .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Kevés az önbizalmam' .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Biztonságban érzem magam .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. A kritikus helyzeteket szívesen elkerülöm .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Csüggedtnek érzem magam .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Elégedett vagyok .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak és nem hagynak nyugodni .....                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket .....                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Kiegyensúlyozott vagyok .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Feszült lelkiállapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

— MH —

7. számú melléklet: **Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK) 1/6****PISI**

(Psychological Immun System Inventory, Oláh, 1997, 2004)

Ez a kérdőív 80 állítást tartalmaz, amelyek az emberek jellemző tulajdonságait és életfelfogását írják le. Kérjük, gondosan olvassa el az egyes állításokat, és jelölje meg válaszát az alábbiak szerint:

Ha úgy gondolja, hogy az állítás teljes mértékben jellemző Önre, akkor a 4-est karikázza be. Ha az állítás majdnem jellemzi Önt, akkor a 3-ast karikázza be, ha az állítás egy kicsit jellemző Önre akkor az 1-est karikázza be. Kérjük, minden kérdésre válaszoljon, nincsenek helyes vagy helytelen megoldások. Válaszoljon úgy, hogy az Önt legpontosabban jellemző képet tükrözzék válasza. Együttműködését hálásan köszönjük.

1. Akik ismernek, optimistának tartanak.

1    2    3    4

2. Tapasztalataim szerint a siker jó tervezés eredménye.

1    2    3    4

3. Akár a múltamat vizsgálom, akár a jövőmről elmélkedem, úgy érzem, én értelemteni életet élek.

1    2    3    4

4. Nagyon örülök magamnak és annak, amit az életben elértem.

1    2    3    4

5. Úgy érzem, hogy egyre kevésbé vagyok hatékony.

1    2    3    4

6. Nem kedvelem különösebben az új és váratlan helyzeteket.

1    2    3    4

7. Nagyon jól "olvasok" mások gondolataiban és indítékaiban.

1    2    3    4

8. Találékonyabb vagyok másoknál.

1    2    3    4

9. Gyakran tudom, mit kellene tennem, de általában nincs meg bennem a képesség arra, hogy meg is tegyem.

1    2    3    4

10. Általában tudok találni olyasvalakit, aki segít megoldani a problémáimat, ha szükségem van rá.

1    2    3    4

7. számú melléklet: **Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK) 2/6**

11. Úgy gondolom, hogy vezetőerő vagyok abban, hogy másokkal együttműködve alakítsam, befolyásoljam és fejlesszem mindazt, ami velünk történik.

1      2      3      4

12. Gyakran megesik, hogy fizikailag jelen vagyok, de a gondolataim máshol járnak.

1      2      3      4

13. Még ha egy munka nehéz is vagy problémákba ütközöm, akkor is tovább dolgozom, míg be nem fejezem.

1      2      3      4

14. Olyan ember vagyok, aki azonnal kimondja, ami először az eszébe jut.

1      2      3      4

15. Gyakran vagyok ideges.

1      2      3      4

16. Elvesztem a nyugalمامat, ha valaki félbeszakít, mikor valami fontos dologra koncentrálok.

1      2      3      4

17. Meg vagyok győződve arról, hogy a körülöttem zajló dolgok többsége időben jóra fordul.

1      2      3      4

18. Biztos vagyok benne, hogy minden, ami velem történik, jobban függ tőlem, mint a sorsától, vagy a szerencsétlen körülményektől.

1      2      3      4

19. Olyan érzésem van, hogy sok dolog, ami velem történik, az zavaros, és nem is tudom, miért is mennek úgy a dolgok, ahogy mennek.

1      2      3      4

20. Erős az önbecsülésem, és vannak olyan értékeim, amiért érdemes harcolnom.

1      2      3      4

21. Azt gondolom, hogy életem különböző területein egyre sikeresebbé válok.

1      2      3      4

22. Nyitott vagyok az életem változásaira, úgy hiszem ezek új és érdekes lehetőségeket adnak nekem.

1      2      3      4

23. Úgy tekintem magam, mint aki nagyon jól ítél meg másokat.

1      2      3      4



7. számú melléklet: **Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK) 3/6**

24. Még ha nyomás alatt állok is, nagyon jól tudok alternatív megoldásokat találni egy problémára.

1      2      3      4

25. Az az érzés, hogy amit el akartam érni, a legtöbb esetben sikerült is, adja az egyik legnagyobb erőt számomra az élet nehézségeivel való küzdelemben

1      2      3      4

26. Mikor olyan helyzetben voltam, hogy volt valami problémám, megtaláltam a megfelelő embert, aki segített.

1      2      3      4

27. Gyakran vannak olyan ötleteim, amelyekhez mások eredményesen tudnak kapcsolódni, és továbbgondolkodásra készíteti őket.

1      2      3      4

28. Gyakran veszem észre magamon, hogy a saját világomban vagyok, távol attól, ami körülöttem történik.

1      2      3      4

29. Ha valamit elkezdek, be is fejezem.

1      2      3      4

30. Anélkül, hogy az indulat elragadna, tudok hallgatni érzéseimre.

1      2      3      4

31. Könnyen felidegesít, ha hibázom.

1      2      3      4

32. Könnyen válok türelmetlenné.

1      2      3      4

33. Még ha nehéz helyzetbe kerülök is, teljesen meg vagyok győződve róla, hogy végül minden jóra fordul.

1      2      3      4

34. Sohasem bírom abban, hogy a sors vagy a szerencse megoldja a problémámat.

1      2      3      4

35. Ha az életemet nézem, úgy látom, hogy az értelmes, és következetesen alakul.

1      2      3      4

36. Függetlenül attól, hogy mások mit gondolnak rólam, én nagyon tisztellem magam azért, amit eddig elértem.

1      2      3      4

37. A múlt évben személyiségem egyáltalán nem úgy változott, ahogy szerettem volna.

1      2      3      4

7. számú melléklet: **Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK) 4/6**

38. A váratlan dolgokat az életemben úgy tekintem, mint izgalmas kihívást, és fenntartom a fejlődés lehetőségét.

1 2 3 4

39. Gyakran jók a megsejtéseim arról, hogy hogyan gondolkodnak és éreznek az emberek.

1 2 3 4

40. Mások szerint is jó problémamegoldó vagyok.

1 2 3 4

41. Sikeresen el tudom érni a magam elé tűzött célokat.

1 2 3 4

42. Ha segítségre van szükségem, nem esik nehezemre, hogy másoktól kérjek támogatást, még ha nem is ismerem jól őket, akkor is.

1 2 3 4

43. Ügyesen rá tudom venni az embereket arra, hogy új és eredeti ötletekkel álljanak elő.

1 2 3 4

44. Az utóbbi időben úgy érzem, nem tudok lépést tartani azzal, ami körülöttem zajlik.

1 2 3 4

45. Ha a dolgok nem terv szerint mennek, hamar feladom.

1 2 3 4

46. Gyakran teszek meg dolgokat, amiket aztán megbánok.

1 2 3 4

47. Még apró problémák is szoktak aggasztani.

1 2 3 4

48. Ritkán vagyok ingerült.

1 2 3 4

49. Jó érzésekkel gondolok a jövőmre.

1 2 3 4

50. A sikereimet kemény munkámnak köszönhetem, nem a szerencsés körülményeknek.

1 2 3 4

51. Ritkán tapasztalom azt, hogy bármi is értelmet adna mindennapjaimnak.

1 2 3 4

52. Úgy látom magam, mint akinek komoly belső erőforrása van ahhoz, hogy sikeres legyen.

1 2 3 4

7. számú melléklet: **Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK) 5/6**

53. Sok helyzet volt már, mikor kétségbe vontam, hogy mint ember fejlődni tudok.  
1      2      3      4

54. Általában keresem az új kihívásokat.  
1      2      3      4

55. Gyakran tudom, mit fognak mondani az emberek, még mielőtt megszólalnék.  
1      2      3      4

56. Jó vagyok az olyan munkában, ahol új és eredeti ötletek kellenek.  
1      2      3      4

57. Korábbi tapasztalataimból tudom, hogy a legtöbb dologban amit csinálók, biztos vagyok.  
1      2      3      4

58. Ismerőseim között sok olyan van akire biztosan támaszkodhatok.  
1      2      3      4

59. Csoporthelyzetben gyakran mondják az emberek, hogy serkentik őket a gondolataim.  
1      2      3      4

60. Gyakran van olyan érzésem, hogy a világ csak úgy elmegy mellettem.  
1      2      3      4

61. Ha a dolgok nem terv szerint mennek, könnyen elmegy a kedvem attól, hogy folytassam őket.  
1      2      3      4

62. Jellemző rám az, hogy először beszélek, aztán gondolkodom.  
1      2      3      4

63. Érzékeny vagyok a kritikára.  
1      2      3      4

64. Ha eldöntöttem valamit és az nem úgy megy, ahogy szeretném, dühös leszek.  
1      2      3      4

65. Olyan ember vagyok, aki nagyon derülátóan tekint az életre.  
1      2      3      4

66. A fontos dolgok többségét, amelyek velem történnek, előre látni és ellenőrizni tudom.  
1      2      3      4

67. Úgy érzem, az életemből hiányoznak a világosan megfogalmazott célok.  
1      2      3      4

7. számú melléklet: **Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (PIK) 6/6**

68. Büszke vagyok magamra, mikor arra gondolok, milyen ember is lett belőlem.  
1      2      3      4

69. Más emberek, úgy tűnik, változnak, magamról úgy érzem, hogy körbe-körbe járok.  
1      2      3      4

70. Még a váratlan helyzeteket is úgy veszem, hogy azok izgalmas kihívások számomra.  
1      2      3      4

71. Gyakran fel tudom fedezni milyen szerepet játszanak az emberek egy csoportban, még akkor is, ha ez előttük rejtve marad.  
1      2      3      4

72. Szokatlanul nagy tehetségem van hozzá, hogy többféle megoldást találjak ha kell, ha problémákkal találkozom.  
1      2      3      4

73. Ha megoldást látok egy problémára, biztos vagyok benne, hogy meg tudom tenni, amit kell.  
1      2      3      4

74. Nem haboznék, hogy különböző embereket hívjak fel tanácsért valamilyen személyes problémám megoldása érdekében.  
1      2      3      4

75. Csoportban dolgozva gyakran fontosak a gondolataim.  
1      2      3      4

76. Gyakran zavarnak a múlttal és a jövővel kapcsolatos gondolatok.  
1      2      3      4

77. Gyakran kezdtem új terv megvalósításához még mielőtt a korábbit befejeztem volna.  
1      2      3      4

78. Bárcsak ne volnék olyan hirtelen természetű.  
1      2      3      4

79. Könnyen lehangol, ha kellemetlen dolgokkal találkozom.  
1      2      3      4

80. Én nem vagyok az az ember, aki könnyen elveszíti a nyugalmát.  
1      2      3      4

8. számú melléklet: **Megküzdési MódoK Kérdőív 1/2****Megküzdési MódoK Kérdőív**

(Ways of Coping, Folkman, S., Lazarus, R. S., 1980;  
ford.: Kopp, M. és Skrabski, Á., 1992)

Nehéz helyzetben az ember sok mindent tehet és gondolhat, miközben próbál megbirkózni a helyzettel. Emlékezzék vissza egy ilyen helyzetre, amikor az adott esemény bekövetkezett, élje bele magát az akkori lelkiállapotába, és karikázza be a megfelelő számot az alábbiakban felsorolt reakciók mellett, attól függően, hogy azok közül melyek és milyen mértékben fordultak elő Önnél az eseményt követő hetekben.

Itt nincsenek jó, vagy rossz válaszok, csak az Ön akkori lelkiállapota fontos.

	Nem volt jellemző	Alig volt jellemző	Jellemző volt	Nagyon jellemző volt
1. Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem.	0	1	2	3
2. Engedtem, vagy egyezkedtem, hogy valami jó származzon a dologból.	0	1	2	3
3. Valami olyasmibe fogtam, amiről tudtam, hogy nem fog beválni, de legalább csináltam valamit.	0	1	2	3
4. Magamat okoltam és hibáztattam.	0	1	2	3
5. Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat.	0	1	2	3
6. Kifejeztem haragomat a probléma előidézői felé.	0	1	2	3
7. Elfogadtam mások együttérzését és megértését.	0	1	2	3
8. A helyzet valamilyen kreatív, alkotói tevékenységre ösztönzött.	0	1	2	3
9. Más emberként kerültem ki a helyzetből - jó értelemben véve.	0	1	2	3
10. Valahogy szabadjára engedtem érzéseimet.	0	1	2	3

8. számú melléklet: **Megküzdési MódoK Kérdőív 2/2**

11. Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni vagy szabadságra mentem.	0	1	2	3
12. Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam segíteni magamon.	0	1	2	3
13. Egy lapra tettem fel mindent, vagy valami nagyon kockázatosba fogtam.	0	1	2	3
14. Egy általam nagyra tartott baráttól, vagy rokontól kértem tanácsot.	0	1	2	3
15. Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetbe kerültem.	0	1	2	3
16. Másokon vezettem le feszültségemet.	0	1	2	3
17. Tudtam, mit kell tennem, így megkísereztem erőfeszitésemet a siker érdekében.	0	1	2	3
18. Több különböző megoldást találtam a problémára.	0	1	2	3
19. Azt kívántam, hogy bárcsak megváltozna a helyzet.	0	1	2	3
20. Imádkoztam.	0	1	2	3
21. Átgondoltam, hogy mit fogok mondani, vagy tenni az ügyben.	0	1	2	3
22. Igyekeztem a dolgokat a másik személy szempontjából nézni.	0	1	2	3

9. számú melléklet: **Anamnézis lap értékelő 1/2**

Sorszám.....

**ANAMNÉZIS LAP****I. Kérem, töltsse ki illetve karikázza be a megfelelő választ!**

<b>Nem:</b>	1		2		
<b>Életkor:</b>	1	2	3	4	
<b>Isk. végzettség</b>	1	2	3	4	5
<b>Foglalkozás:</b>	1	2	3	4	5
<b>Munkakör:</b>	1	2	3	4	5
<b>Hány éve:</b>	1	2	3	4	5
<b>Beosztás:</b>	1		2		

**II. Kérem, tegyen X-et a megfelelő helyre, illetve egészítse ki, ahol szükséges!**

<b>Diagnosztizált és kezelt betegségek:</b>	<b>SAJÁT 1.</b>		<b>CSALÁD 2.</b>			
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
<b>Alkoholfogyasztás:</b>	1		2		3	
	<b>S</b>	<b>Cs</b>	<b>S</b>	<b>Cs</b>	<b>S</b>	<b>Cs</b>
<b>Dohányzás:</b>	1		2		3	
	<b>S</b>	<b>Cs</b>	<b>S</b>	<b>Cs</b>	<b>S</b>	<b>Cs</b>

**III. A következő kérdések a gyermekkorra vonatkoznak. Kérem, karikázza be a megfelelő választ, illetve egészítse ki, ahol szükséges!**

<b>1</b>		1	2	3	
<b>2</b>		1	2		
<b>3</b>	1	2	3	4	5
<b>4</b>		1	2	3	4
<b>5</b>		1		2	
<b>6</b>			1	2	3
<b>7</b>		1		2	
<b>8 milyen?</b>					
<b>9</b>		1		2	
<b>10 milyen</b>					

9. számú melléklet: **Anamnézis lap értékelő 2/2**

**IV. A következő kérdések a jelenlegi helyzetére vonatkoznak. Kérem, karikázza be a megfelelő választ, illetve egészítse ki, ahol szükséges!**

<b>1</b>	1	2	3	4
<b>2</b>	1		2	
<b>3</b>		1	2	3
<b>4</b>		1	2	3
<b>5</b>		1	2	3
<b>6</b>	1		2	
<b>7</b>		1	2	3

**V. Kérem, karikázza be a megfelelő választ!**

<b>A./</b>			
<b>1. Volt-e olyan (testileg vagy/és lelkileg) traumatizáló esemény, amikor élete veszélyben forgott, komolyabb sérülésnek, bántalomnak volt kitéve?</b>			
1		2	
<b>2. Ha igen a válasz, akkor mi volt az az esemény, írja le néhány szóval:</b>			
<i>A következő kérdések az „igen” válasz esetére vonatkoznak:</i>			
<b>3</b>	1	2	3
<b>4</b>	1	2	3
<b>5</b>	1	2	3
<b>6</b>	1	2	3
<b>7</b>	1		2

<b>B./ 1</b>	1	2
HA IGEN:		
<b>2</b>	1	2
	1	2

<b>C./</b>			
1	2	3	4

<b>D./</b>	
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1



10. számú melléklet: **Összesítő lap 1/2****ÖSSZESÍTŐ LAP**

<b>Életesemények Tünetlistája</b>	Trauma típus	Átélt szemtanú	$\Sigma$ 0-17
---------------------------------------	-----------------	-------------------	------------------

<b>Davidson PTSD Önértékelő Skála</b>	Újraátélés 0-4	Elkerülés (0-7)	Készenlét (0-6)	PTSD (I=1N=0)
---	-------------------	--------------------	--------------------	------------------

<b>SCL-90</b>	
1. Szomatizáció	
2. Kényszeresség	
3. Interperszonális érzékenység	
4. Depresszió	
5. Szorongás	
6. Ellenségesség	
7. Fóbia	
8. Paranoia	
9. Pszichoticizmus	
10. Globális súlyossági index	

<b>Beck Depressziós Kérdőív 0-60</b>	
--------------------------------------	--

<b>STAI 1-80</b>	Vonás:	Állapot:
------------------	--------	----------

<b>Megküzdési Módkok</b>	
1. Problémaelemzés	
2. Céltudatos cselekvés	
3. Érzelmi indíttatású cselekvés	
4. Alkalmazkodás	
5. Segítségkérés	
6. Érzelmi egyensúly keresése	
7. Visszahúzódás	
8. Problémaközpontú megküzdés (1,2)	

<b>Reziliencia Skála</b>	
1. Személyes kompetencia/Önészlelés	
2. Személyes kompetencia/Jövő észlelése	
3. Gondolkodási stílus	
4. Szociális kompetencia	
<b>5. Egyéni diszpozicionális tényezők</b>	
<b>6. Családi kohézió</b>	
<b>7. Szociális támogató rendszer</b>	
<b>8. Összpontszám: 1-180</b>	

10. számú melléklet: **Összesítő lap 2/2**

<b>PIK</b>	
1. Pozitív gondolkodás	
2. Kontrollézés	
3. Koherenciaérzés	
4. Öntisztelet	
5. Növekedés érzés	
6. Kihívás, rugalmasság	
7. Társas monitorozás/empátia	
8. Leleményesség	
9. Énhatékonyság	
10. Társas mobilitás	
11. Szinkronképesség	
12. Szociális alkotóképesség	
13. Kitartás	
14. Impulzuskontroll	
15. Ingerlékenység gátlás	
16. Érzelmi kontroll	
17. Monitorozó (1,2,3,5,6,7, 13)	
18. Mobilizáló (4, 8,9,10,12)	
19. Önszabályozó alrendszer (11,14,15,16)	
<b>20. Összpontszám 1-320</b>	

## FELHASZNÁLT IRODALOM

1. DSM-IV-TR. Budapest, Animula, 2001.
2. Kulcsár Zsuzsanna: Egészségpszichológia. In: Bagdy Emőke (szerk): Mentálhigiéné. Elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Budapest, Animula Kiadó, 1999. pp. 19 - 34.
3. Túry Ferenc: A magatartásorvoslás helye a magatartástudományok keretében. Magyar Tudomány. 2003; 11, pp. 1373-1380.  
<http://www.epa.oszk.hu/00700/00775/00060/index.htm> Letöltés ideje: 2015-03-22.
4. Oláh Attila: Mi a pozitívuma a pozitív pszichológiának? Iskolakultúra. 2004; 11, pp. 39 - 46.
5. Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014-2020 Szakpolitikai anyag tervezete 2014.  
[http://www.pef.hu/pef/resources/documents/nemzeti\\_lelki\\_egeszseg\\_strategia\\_tervezet\\_pef\\_kiegeszitesekkel.pdf](http://www.pef.hu/pef/resources/documents/nemzeti_lelki_egeszseg_strategia_tervezet_pef_kiegeszitesekkel.pdf) Letöltés ideje: 2015-03-15
6. Juhász Éva: Munkahelyi mentálhigiéné. In: Szabó József (szerk): Munkahelyi egészségvédelem. Képzési és tanácsadási kézikönyv. Pécs, Pécsi Tudományegyetem, 2014. pp. 25 - 45.
7. Karamánné Pakai Annamária: Stressz, szűrés, mérési lehetőségek. In: Szabó József (szerk): Munkahelyi egészségvédelem. Képzési és tanácsadási kézikönyv, Pécs, Pécsi Tudományegyetem, 2014. pp. 76 - 105.
8. Kovács Gábor: A háborús, a harctéri és a harci stressz. Honvédorvos. 2003; 1-2. pp. 36 - 49.
9. Kovács Gábor, Péter László, Kovács László: A posztraumás stresszbetegség (PTSD) klinikuma. Neuropsychopharmacologia Hungarica. 2007; IX/1. Suppl. pp. 25 - 30.
10. Mansdorf, I. J.: Psychological interventions following terrorist attacks. British Medical Bulletin. 2008; 8. pp. 7 - 22.
11. 703/2007. (HK 18.) MH HEK pk. intézkedés A Magyar Honvédség Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrína kiadásáról.

12. Stanley, E. A.; Jha, A. P.: Mind fitness: Improving Operational Effectiveness and Building Warrior Resilience. Joint Force Quarterly. 2009; 55, pp. 144 - 151.
13. Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és –támogató tevékenységeire. Doktori (PhD) értekezés. Budapest, ZMNE HDI, 2003.
14. MSMR (Medical Surveillance Monthly Report) (2007/4). Mental health encounters and diagnoses following deployment to Iraq and/or Afghanistan, U.S. Armed Forces, 2001-2006.
15. U.S Department of Veteran Affairs <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/winter09/articles/winter09pg10-14.html> Letöltés ideje: 2015-03-21
16. Findings from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers [http://armystarrs.org/site/assets/files/1031/for\\_website\\_nimh\\_suicide\\_in\\_the\\_military\\_army-nih\\_funded\\_study\\_points\\_to\\_risks-potentially\\_protective\\_factors\\_20140303.pdf](http://armystarrs.org/site/assets/files/1031/for_website_nimh_suicide_in_the_military_army-nih_funded_study_points_to_risks-potentially_protective_factors_20140303.pdf) Letöltés ideje: 2015-03-21
17. Összefoglaló jelentés a Magyar Honvédség személyi állományának 2013. évi egészségügyi szűrővizsgálatáról. MH EK 2014. január
18. Sótér Andrea: A Magyar Honvédség személyi állományának egészségi státusza. Hadtudományi Szemle. 2008; 1(2). pp. 37 - 46.
19. Szilágyi Zsuzsanna; Svéd László, Kugler Gyöngyi: Missziós szolgálatot teljesítő katonák interjúval támogatott, összehasonlító tesztbattériás vizsgálata a missziós tünetekre, illetve a stressz és coping jellemzőkre nézve. Honvédorvos. 2006; 58, 1-2, pp. 7 - 49.
20. Szabó Erika: A munkahelyi egészségpszichológia és egészségfejlesztés rendszere a Magyar Köztársaság Rendőrségén, valamint a szubjektíve észlelt munkahelyi stresszterheltség jellegzetességei – különös tekintettel az idői tényezőre – a hivatásos állományú rendőrök körében. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem BTK, 2009.

21. Révai Róbert: Az egészségi alkalmassági vizsgálatok és a prevenció szerepe a megváltozott életkörülmények és veszélyhelyzetek tükrében a rendészeti szerveknél. Doktori (PhD) értekezés, ZMNE, 2010.
22. Szeles Erika (2012)  
[www.bmtt.hu/cuccok/letolt/mtuun2013/.../1008\\_1100Szeles\\_Erika.ppt](http://www.bmtt.hu/cuccok/letolt/mtuun2013/.../1008_1100Szeles_Erika.ppt)  
 Letöltés ideje: 2015-03-08
23. Hornyacsek Júlia: A tömegkatasztrófák pszichés hatása a beavatkozó állományra az alapvető korai és késői pszichés jelenségek, valamint a negatív következmények elkerülésének lehetséges módjai. Műszaki Katonai Közlöny. 2012; 22(1) pp. 143 - 189.
24. Árok Kornél, Paul Tamás sajtótájékoztatója (2014) Letöltés helye: [http://www.langlovagok.hu/tuzvonal/919\\_kiegnak-a-tuzoltok](http://www.langlovagok.hu/tuzvonal/919_kiegnak-a-tuzoltok) Letöltés ideje: 2015-02-20
25. Oláh Attila: A megküzdés személyiség tényezői. A Pszichológiai Immunrendszer és mérésének módszere. Budapest, ELTE, Kézirat, 1996.
26. Szilágyi Zsuzsanna, Csukonyi Csilla, Sótér Andrea, Hornyák Beatrix: A mentális állóképesség vizsgálatok bevezetésének lépései a Magyar Honvédség állományában. Hadtudományi Szemle. 2014; 7(1) pp. 158 - 178.
27. Herman, J. L.: Trauma és Gyógyulás. (Ford. Kuszing, Gábor, Kulcsár, Zsuzsanna) Budapest, Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület, 2003.
28. Fröhlich, W. D.: Pszichológiai szótár. Budapest, Springer Hungarica Kiadó, 1996.
29. Selye János: Stressz distressz nélkül. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1976.
30. Selye János: Életünk a stressz. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1964.
31. Eleki Zoltán, Szabó Sándor András: Felkészülés a harci stresszre, megküzdési stratégiák. Humán Szemle, 2002; 18(3), pp. 81 - 94.
32. Pavlina, Z.; Filjak, T.; Bender-Horvat, S.: A harci stressz. In: Pavlina, Z.; Komar, Z.(szerk): Katonapszichológia I. Zrínyi Kiadó, Budapest, 2007. pp. 333 - 376.
33. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J.(Eds.): Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, Guilford Press, 2000.
34. Dobson, M.: Combat Stress Reaction. In. Fink, G. (Ed.): Encyclopedia of Stress. Volume 1. USA: New York, Academic Press, 2007. pp. 524 - 529.

35. Rahe, R. H.: Chronic Combat Reaction. In: Fink, G. (Ed.): Encyclopedia of Stress. Volume 2. USA: New York, Academic Press, 2007. pp. 520 - 533.
36. Komar, Z., Koren, B., Trlek, M.: A poszttraumatikus stresszszavarok. In: Pavlina, Z.; Komar, Z. (szerk.): Katonapszichológia, II. kötet. Budapest, Zrínyi Kiadó, 2007. pp. 317 - 394.
37. Krug, E.G., Kresnow, M.J., Peddicard, J.P., Dahlberg, L.L., Powell, K.E., Crosby, A.E., Annet, J.L.: The New England Journal of Medicine. 1998; 338. pp. 373 - 378.
38. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E.J., Hughes, M., Nelson, C.B.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey; Arc. Gen. Psychiatry. 1995; 52. pp. 1048 - 1060.
39. van der Kolk B.A.: Adult sequelae of assault. In: Friedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, MD: Williams and Wilkins 2000.
40. National Comorbidity Survey. (2005) NCS-R appendix tables: Table 1. Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Table 2. Twelve-month prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort.
41. Gabbay, V., Oatis, M.D., Silva, R.R., Hirsch, G.: Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In: Silva, R.R. (Ed.), Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents Handbook. New-York, Norton, 2004. pp. 1 - 17.
42. Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Aciero, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S., Best, C.L.: Violence and risk of PTSD, major depression, substanceabuse/dependence, and comorbidity; results from the National Survey of adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003; 71(4), pp. 692 - 700.
43. Kessler, R.C., Ustun, T.B.: The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New-York, Cambridge University Press, 2008. pp. 1 - 580.
44. Martényi Ferenc: A poszttraumás stressz-betegség. Psychiatria Hungarica. 2000; 15 (3), pp. 276 - 293.
45. Kulka, R.A., Schlenger, W.A., Fairbanks, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., Cranston, A.S.: Trauma and the Vietnam Wargeneration:

- Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New-York, Brunner/Mazel, 1990.
46. Kang, H.K., Natelson, B.H., Mahan, C.M., Lee, K.Y., Murphy, F.M. (2003): Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome-like Illness among Gulf War Veterans: A population-based survey of 30000 Veterans. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 157(2), pp. 141 - 148.
  47. Tanielian, T., Jaycox, L. (Eds): *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, their Consequences and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2008.
  48. Fischer H.: *A Guide to U.S. Military Casualty Statistics: Operation Inherent Resolve, Operation New Dawn, Operation Iraqi Freedom, and Operation Enduring Freedom*, Congressional Research Service, 2014.
  49. Fekete Mónika, Kovács László, Kovács Gábor: Trauma és poszttraumás stressz betegség (PTSD) előfordulása fokozottabb terrorveszéllyel járó külszolgálat (Irak) során. *Honvédorvos*. 2007; 59(3-4), pp. 117 – 122.
  50. McFarlane, A.C.: Life events and psychiatric disorder: the role of a natural disaster. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 151, pp. 362 – 367.
  51. Wagner, D., Heinrichs, M., Ehler, U.: Prevalence of symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155 (12), pp. 1727 - 1732.
  52. Corneil, W., Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K.: Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *J Occup Health Psychol*. 1999; 4, pp. 131 – 141.
  53. Carlier, I., Lamberts, R., Gersons, B.: Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997; 185(8), pp. 498 - 506.
  54. Robinson, H. M., Sigman, M. R., Wilson, J. P.: Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychol Rep*. 1997; 81, pp. 835 - 845.
  55. Yehuda, R., McFarlane, A.C.: Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*. 1995; 152, pp. 1705 - 1713.

56. Redmond, D.E., Huang, Y.H., Snyder, D.R., Maas, J.W.: Behavioral effects of stimulation of the nucleus locus coeruleus in the rhesus monkey. *Brain Res.* 1976; 116, pp. 502 - 510.
57. Swanson, L.W., Sawchenko, P.E., Rivier, J., Vale, W.W.: Organization of ovine corticotropin-releasing factor immunoreactive cells and fibers in the rat brain: an immunohistochemical study. *Neuroendocrinology.* 1983; 36, pp. 165 - 185.
58. Michelson, D., Licinio, J., Gold, P.W.: Mediation of the stress response by the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, In: Friedman, M.J., Charney, D.S., Deutch, A.Z. (eds.): *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD.* Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 1995. pp. 225 - 238.
59. Johnson, E.O., Kamilaris, T.C., Chrousos, G.P., Gold, P.W.: Mechanism of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neurosci Biobehav Rev.* 1992; 16, pp. 115 - 130.
60. Mason, J.W., Giller, E.L., Kosten, T.R., Ostroff, R.B., Podd, L. (1986): Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. *J Nerv Ment Dis.* 1986; 174, pp. 145 - 159.
61. Marin, M.F., Hupbach, A., Maheu, F. S., Nader, K., Lupien S.J.: Metyrapone administration reduces the strength of an emotional memory trace in a long-lasting manner. *J. Clin Endocrinol Metab,* 2011; 96(8), pp. 1221 - 1227.
62. Yehuda, R., Levengood, R.A., Schmeidler, J., Wilson, S., Guo, L.S., Gerber, D.: Increased pituitary activation following metyrapone administration in posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 1996; 21, pp. 1 - 16.
63. Schelling, G., Kilger, E., Roozendaal, B.: Stress doses of hydrocortisone, traumatic stress and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized trial. *Biol Psychiatry.* 2004; 55, pp. 627 - 633.
64. Schelling, G., Briegel, J., Roozendaal, B., Stoll, C., Rothenhausler, H., Kapfhammer, H.: The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biol Psychiatry,* 2001; 50, pp. 978 - 985.
65. Uno, H., Tarara, R., Else, J.G., Suleman, M.A., Sapolsky, R.M.: Hippocampal damage associated with prolonged and fatal stress in primates. *J Neurosci.,* 1989; 9, pp. 1705 - 1711.



66. Sapolsky, R.M., Uno, H., Rebert, C.S., Finch, C.E.: Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. *J Neurosci.* 1990; 10, pp. 2897 - 2902.
67. Bremner, J.D., Randall, P., Scott, T.M., et al: MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 1995; 152, pp. 973 - 981.
68. Bonne, O., Grillon, C., Vythilingam, M., Neumeister, A., Charney, D. S.: Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress: implications for the discovery of novel pharmacotherapy. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2004; 28, pp. 65 - 94.
69. Miller, M. W.: Personality and the development and expression of PTSD. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. *PTSD Research Quarterly.* 2004; 15(3), pp. 1 - 6.
70. Lee, K. A., Vaillant, G. E., Torrey, W. C., Elder, G. H.: A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II. combat. *American Journal of Psychiatry.* 1998; 152, pp. 516 - 522.
71. O'Toole, B. I., Marshall, R. P., Schurek, R. J., Dobson, M.: Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1998; 32, pp. 21 - 31.
72. Bramsen, I., Dirkzwager, A. J. E., Van Der Ploeg, H. M.: Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry.* 2000; 157, pp. 1115 - 1119.
73. Bennett, P., Owen, R. L., Koutsakis, S., Bisson, J.: Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology and Health.* 2002; 17, pp. 89 - 500.
74. Cox, B. J., Macpherson, P. S. R., Enns, M. W., McWilliams, L. A.: Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy.* 2004; 42, pp. 105 - 114.
75. Kopp Mária: Mennyire megbízhatóak a traumával kapcsolatos emlékképek? *Psychiatria Hungarica.* 2009; 15 (3), pp. 294 - 297.

76. Ehlers, A., Clark, D. M.: A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. Ford. Perczel-Forintos Dóra. *Psychiatria Hungarica*. 2000; 15 (3), pp. 249 - 275.
77. Banyard, V. L.: Trauma and Memory. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. *PTSD Research Quarterly*. 2000; 11(4), pp. 1 - 8.
78. Szakács Ferenc: *Patopszichológiai Vademecum*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1998.
79. *The American Journal of Psychiatry. Practice Guideline*, 2004.
80. Tringer László, Mórotz Kenéz: *Klinikai viselkedésterápiák*. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1985.
81. Baranowsky, A.B.; Gentry, J. E.; Schultz, D. F.: *Trauma Practice: Tools for Stabilization and Recovery*. Cambridge, Hogrefe & Huber, 2005.
82. Beck, A. T., Emery, G.: *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Budapest, Animula, 1999.
83. Beck, J. S.: *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York, The Guilford Press., 1995.
84. Yule, W.: *Post-Traumatic Stress Disorders – Concepts and Therapy*. London, Wiley and Sons, 1999.
85. Whitehead, P., Perkins-Porras, L., Strike, P.C., Steptoe, A. : Post-traumatic stress disorder in patients with cardiac disease: predicting vulnerability from emotional responses during admission for acute coronary syndromes. *Heart*. 2005; 92(8), pp. 1225 - 1229.
86. Péter László: A poszttraumás stressz betegség pszichiátriai és szomatikus komorbiditása. *Honvédorvos*. 2008; 60(3-4), pp. 132 - 137.
87. Kawamura, N., Kim, Y., Asukai, N.: Suppression of cellular immunity in men with a past history of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2001; 158, pp. 484 - 486.
88. Boscarino J.A.: Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiological studies. *Ann Ny Acad Sci*. 2004; 1032, pp. 141 - 153.
89. Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., Kirk, M.: Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156, (3) pp. 360 - 365.

90. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S.: Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003; 129, pp. 52 - 73.
91. Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Wang, L.: Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161, pp. 1370 - 1376.
92. Wald, J., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., et al.: Literature Review of Concepts Psychological Resiliency, Toronto, Defence R&D Canada, 2006.
93. Halligan, S. L., Yehuda, R.: Risk factors for PTSD. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. *PTSD Research Quarterly*. 2000; 11(3), pp. 1 - 8.
94. Bryant, R. A., Harvey, A. G., Guthrie, R. M., et al: A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol*. 2000; 109(2), pp. 341 - 344.
95. Mellman, T. A., David, D., Bustamante, V. et al.: Predictors of post-traumatic stress disorder following severe injury. *Depress Anxiety*. 2001; 14(4) pp. 227 - 231.
96. Ursano, J. R., Fullerton, C. S., Norwood, A. E.: Psychiatric dimension of disaster: Patient care, community consultation, and preventive medicine. *APA, Practice of Psychiatry*, 2002.
97. Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G., George, L. K.: Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*. 1991; 21(3), pp. 713 - 721.
98. Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Davis, G. C: Previous exposure to trauma and PTSD effectes of subsequent trauma: Results from Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156, pp. 902 - 907.
99. Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., et al.: Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 55, pp. 626 - 632.
100. McFarlane, A. C.: The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 154, pp. 221 - 228.

101. Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Rosenberg, S. D.: Premilitary MMPI scores as predictors of combat related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150, pp. 479 - 483.
102. Macklin, M. L., Metzger, L. J., Litz, B. T., et al.: Lower pre-combat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 66, pp. 323 - 326.
103. Yehuda, R., Keefe, R. S. E., Harvey, P. D., et al.: Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152, pp. 137 - 139.
104. Yehuda, R., Teicher, M. H., Trestman, R.L., et al.: Cortisol regulation in post-traumatic stress disorder and major depression: A chronobiological analysis. *Biological Psychiatry*. 1996; 40, pp. 79 - 88.
105. True, W. R., Rise, J., Eisen, S. A., et al.: A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 50, pp. 257 - 264.
106. Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., et al.: Increased vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155, pp. 1163 - 1171.
107. Kovács Gábor (2003): A háborús, a harctéri és a harci stressz. *Honvédeorvos*. 2003; 1-2, pp. 36 - 49.
108. Schnurr, P.P., Lunney, C.A., Sengupta, A.: Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; 17, pp. 85 - 95.
109. Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., et al (2008): Does psychoeducation help prevent post traumatic psychological distress? *Psychiatry*. 2008; 71(4), pp. 287 - 302.
110. Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., et al: *Psychological First Aid: Field operations Guide*, 2nd Edition. National Child Traumatic Stress Network. National Center for PTSD, 2006. [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org) és [www.ncptsd.va.gov](http://www.ncptsd.va.gov)
111. Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., et al (2000): Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*. 2000; 73, pp. 77 - 85.

112. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. (Eds.): *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, Guilford Press, 2000.
113. VA/DoD Clinical Practice Guideline. For management of Post-Traumatic Stress. Department of Veteran Affairs. Department of Defense. Guideline Working Group. 2004.
114. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Supplement to *The American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(11).
115. Regehr, C., Hemsworth, D., Hill, J.: Individual predictors of posttraumatic symptoms and disability in paramedics. *The Canadian Journal of psychiatry*. 2001; 46, pp. 156 - 161.
116. Baddeley, A., Bueno, O., Cahill, L., Fuster, J. M., Izquierdo, I., McGaugh, J. L., Morris, R. G., Nadel, L., Routtenberg, A., Xavier, G., Da Cunha, C.: The brain decate in debate: neurobiology of learning and memory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2000; 33, pp. 993 - 1002.
117. Dolan, R. J. (2002): Emotion, cognition, and behavior. *Science*. 2002; 298, pp. 1191 - 1194.
118. Peres, J., Mercante, J., Nasello, A. G.: Psychological dynamics affecting traumatic memories: Implications in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*. 2005; 78, pp. 431 - 448.
119. Oláh Attila: Szorongás, megküzdés és megküzdési potenciál. Kandidátusi Disszertáció. Budapest, ELTE, 1993.
120. Lazarus, R.S.: Stress, coping and illness. In: Friedman, H.S. (Ed). *Personality and Diseases*. New York, Wiley and Sons, 1990. pp. 97 - 116.
121. Lazarus, R.S.: From psychological stress to emotions: A history of changing out-looks. *Annual Reviews Psychology*. 1993; 44, pp. 1 - 21.
122. Gy. Kiss Enikő: A személyiség pozitív forrásai. In: Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk): *Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Budapest, Oriold és Társa Kiadó, 2012. pp. 107 - 119.
123. Taylor, M. K.; Markham, A. E.; Reis, J. P. et al.: Physical fitness influences stress reactions to extreme military training. *Military Medicine*. 2008; 173(8), pp. 738 - 742.

124. Békés Vera: A reziliencia-jelenség, avagy az ökológizálódó tudományok tanulságai egy ökológizált episztemológia számára. In: Forrai Gábor, Margitay Tihamér (szerk): Tudomány és történet. Tanulmánykötet Fehér Márta tiszteletére. Budapest, Typotex, 2002. pp. 215 - 228.
125. Garmezy, N., Masten, A. S., Tellegen, A.: The study of stress and Competenx in children: A building block for developmental psychopathology *Child Development*. 1984; 55, pp. 97 - 111.
126. Rutter, M.: Resilience, competence, and coping. *Child abuse and neglect*. 2007; 31, pp. 205 - 209.
127. Masten, A. S.: Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*. 2007; 12, pp. 857 - 885.
128. Gordon, K. A.: The self-concept and motivational patterns of resilient African American high school students. *Journal of Black Psychology*. 1995; 21, pp. 239 - 255.
129. Luthar, S.S., Cicchetti D., Becker, B. (2000): The construct of resilience. The critical evaluation and guidelines for future works. *Child Development*. 2000; 71(3), pp. 543 - 562.
130. Masten, A., Best, K., Garmezy, N., (1990): Resilience and development: contribution from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990; 2, pp. 425 - 444.
131. Werner, E. E.: Protective factors and individual resilience. In: Meisels, S. J., Shonkoff, J.P. (eds): *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge, England, Cambridge University Press, 2000. pp. 132 - 155.
132. Bergman, L. R., Magnusson, D.: A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 1997; 9, pp. 291 - 319.
133. Juhász Judit: A reziliencia. Előadás, 2013. <https://prezi.com/bgoacityvyn0/reziliencia/> Letöltés: 2014-11-29
134. Werner, E.E., Smith, R. S.: Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. In: Johnson, S. A.: Introduction to the Special Issue in Resilience. *Substance Use & Misuse*. 2001; 39(5), pp. 657 - 670.

135. Bonanno, G. A.: Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004; 59, pp. 20 - 28.
136. Luthar, S. S., Cicchetti, D.: The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*. 2000; 12, pp. 857 - 885.
137. Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Kahn, S.: Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42, pp. 168 - 177.
138. Carver, C. S.: Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*. 1988; 54, pp. 245 - 266.
139. Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., Wallace, K.: Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006; 91, pp. 730 – 749.
140. Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., Larkin, G.R.: What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84, pp. 365 – 376.
141. Hart, K.E., Wilson, T. L., Hittner, J.B.: A psychosocial resilience model to account for medical well-being in relation to sense of coherence. *J Health Psychol*. 2006; 11(6), pp. 857 - 862.
142. Agaibi, C. E., Wilson, J. P.: Trauma, PTSD, and resilience. A review of literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005; 6(3), pp. 195 - 216.
143. Connor, K. M. (2006): Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67(2), pp. 46 - 49.
144. Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M.: A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003; 12(2), pp. 65 - 76.
145. Southwick, S.M., George A. Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C., Yehuda, R.: Resilience definitions, theory and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 5, 25338. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338> Letöltés ideje: 2015-04-23

146. Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Johnson, D. C., et al (2010): Posttraumatic growth in Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *J Affect Disord.* 2010; 126(1-2), pp. 230 - 235.
147. Green, K. T., Calhoun, P. S., Dennis, M. F.: Exploration of the resilience construct in posttraumatic stress disorder severity and functional correlates in military combat veterans who have served since September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2010; 71(7), pp. 823 - 830.
148. Southwick, S. M., Charney, D. S. (2012): Resilience: The science of mastering life's great challenges; Ten key ways to bounce back from stress and trauma. In: Jenkins, C. M.: *Organizational Hardiness in the U.S. Army Recruiting Command. NATO Mental Health and MTBI Workshop.* Ramstein, Germany, 2015.
149. Mental Health Advisory Team (MHAT-V) Operation Iraq Freedom 06-08, chartered by the Office of the Surgeon General Multi-National Forces-Iraq and Office of the Surgeon General United States Army Medical Command. <http://www.armymedicine.army.mil> Letöltés ideje: 2015-03-22
150. Gyöngyösiné Kiss Enikő: Zárójelentés (K71754): A szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek személyiségjellemzőinek komplex klinikai és egészségpszichológiai megközelítése c. OTKA pályázathoz (2008-2012). [http://real.mtak.hu/12156/1/71754\\_ZJ1.pdf](http://real.mtak.hu/12156/1/71754_ZJ1.pdf) Letöltés: 2015-01-11
151. Pikó Bettina, Hamvai Csaba: Stressz, coping és reziliencia korai serdülőkorban. *Iskolakultúra.* 2012; 9, pp. 24 - 33.
152. Pikó Bettina (szerk): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban.* Budapest, L'Harmattan, 2010.
153. Homoki Andrea: *A gyermekvédelmi gondozottak reziliencia vizsgálata a Dél-alföldi és az Észak-alföldi régióban. Doktori (PhD) Értekezés.* Debreceni Egyetem. Humán Tudományok Doktori Iskola, 2014.
154. Irha Edina: *A reziliencia átfogó vizsgálata missziót megjárt és misszióra készülő katonáknál. Szakdolgozat.* Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézet, 2014.
155. Curtis, W. J., Cicchetti, D.: *Moving research on resilience into 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological*



- contributors to resilience. *Development and Psychopathology*. 2003; 15, pp. 773 - 810.
156. Charney, D. S.: Psychobiological mechanism of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161, pp. 195 - 216.
157. Masten, A. S.: Children who overcome adversity to succeed in life. University of Minnesota Extension Service, Communication and Educational Technology Services, 2000.
158. Castro, C. A., Hoge, C. W. (2005): Building psychological resiliency and mitigating the risk of combat and deployment tressors faced by soldiers. In: *Strategies to Maintain Combat Readiness during Extended Deployments. A Human Systems Approach*, 2005. pp. 131 - 136.
159. Casey, G. W. (2011): Comprehensive Soldier Fitness. A vision for psychological resilience in the U. S. Army. *American Psychologist* 2011; 66(1), pp. 1 - 3.
160. Masten, A. S., Wright, M. O'D.: Resilience over lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In: Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S. (Eds): *Handbook of adult resilience*. New York, Guilford Press, 2009. pp. 213 - 237.
161. [http://www.katasztrofavedelem.hu/index2.php?pageid=szervezet\\_bemutatkozas](http://www.katasztrofavedelem.hu/index2.php?pageid=szervezet_bemutatkozas) letöltés ideje: 2014-06-13
162. [http://www.katasztrofavedelem.hu/index2.php?pageid=tuzoltas\\_index](http://www.katasztrofavedelem.hu/index2.php?pageid=tuzoltas_index) letöltés ideje: 2014-06-16
163. 39/2011. (XI. 15.) BM rendelet a tűzoltóság tűzoltási és műszaki mentési tevékenységének általános szabályairól.
164. Canter, D.: Studying the experience of fire. In: Canter, D. (Ed) *Fires and human behaviour*. London, David Fulton Publishers, 1990. pp. 1 - 15.
165. Bolgár J., Szekeres Gy.: *Katasztrófa és kríziskommunikáció lélektani alapjai*. Elektronikus jegyzet, ZMNE, 2009.  
<http://www.vedelemigazgatas.hu/elementek/katasztrofa%20es%20krizis%20kommunikacio.pdf> Letöltés ideje: 2014-08-31
166. Ruzsa Dóra: Stresszforrások, stressztünetek és stresszoldási mechanizmusok vizsgálata tűzoltók körében. Doktori (PhD) értekezés. NKE KMDI, Budapest, 2015.

167. Monnier, J., Cameron, R. P., Hobfoll, S. E., Gribble, J. R.: The Impact of Resource Loss and Critical Incidents on Psychological Functioning in Fire-Emergency Workers: A Pilot Study International. *Journal of Stress Management*. 2002; 9(1), pp. 11 - 29.
168. Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K., Cornell, W.: Coping Responses and Posttraumatic Stress Symptomatology in Urban Fire Service Personnel. *Journal of Traumatic Stress*. 1999; 12(2), pp. 293 - 308.
169. Kirschman, E.: I love a fire fighter: What the family needs to know. New York, The Guilford Press, 2004.
170. Juhász Ágnes: Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. Oktatási segédanyag. Budapest, Munka- és szervezetpszichológiai Szakképzés, 2002.
171. Hornyacsek Júlia: A tömegkatasztrófák pszichés hatása a beavatkozó állományra az alapvető korai és késői pszichés jelenségek, valamint a negatív következmények elkerülésének lehetséges módjai. *Műszaki Katonai Közlöny*. 2012; 22(1), pp. 143 - 189.
172. 57/2009 (X.30) IRM-ÖM PTNM együttes rendelet  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0900057.IRM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900057.IRM) Letöltés ideje: 2015-03-23
173. Bolgár Judit, Csomós István: A rendőrségi bevetési feladatokat követelményeihez kapcsolódó kiválasztási eljárások fejlesztése, különös tekintettel az extrém stressz reakciókra. *Hadtudományi Szemle*. 2012; 5(2), pp. 268 - 278.
174. A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 2008. január 1-jétől hatályos módosítása.  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99300093.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300093.TV) Letöltés ideje: 2015-03-23
175. 65/2011. (XII. 30.) BM rendelet.  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100065.BM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100065.BM) Letöltés ideje: 2015-03-23
176. Király Attila: Mesterséges intelligencián alapuló számítógépes szakértői rendszer felhasználási lehetőségei a katonai és rendőri állomány alkalmasságvizsgálatain. Doktori (PhD) értekezés. Budapest, ZMNE HDI, 2008.

177. Szilágyi Zsuzsanna, Csukonyi Csilla, Sótér Andrea, Hornyák Beatrix: A mentális állóképesség-vizsgálatok bevezetésének lépései a Magyar Honvédség állományában (2006-2009). *Hadtudományi Szemle*. 2014; 7(1), pp. 158 - 178.
178. Kovács Gabriella, Németh András, Szilágyi Zsuzsanna (2006): A missziós szolgálatot teljesítő állomány pszichés állapota. *Új Honvédségi Szemle*. 2006, 6, pp. 23 - 31.
179. 7/2006 (III.21) HM rendelet 5. melléklet, 4. melléklet  
[http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0600007.HM](http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600007.HM) Letöltés ideje: 2015-03-23
180. Grósz Andor: A Magyar Honvédség jelentős pszichológiai leterheltséggel járó speciális körülmények között feladatot végrehajtó állományának pszichológiai és alapszintű egészségügyi harcászati felkészítése. „Viselkedés vészhelyzetben” kiemelt kutatási terület. Konferencia kiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 21 - 28.
181. Magyar Honvédség Katonapszichológiai Protokoll. A Magyar Honvédség Kiadványa, 2014.
182. Nagy Ildikó (2010): A misszióból visszaérkezők reintegrációs programja és a PTSD kezelésének tapasztalatai a Magyar Honvédségben. *Honvédorvos*. 2010; 62(1-2), Supplementum, pp. 59 - 66.
183. Horpácsi Ferenc (2013): Kritikus infrastruktúra védelmére történő felkészítés a képzésben. „Viselkedés vészhelyzetben” kiemelt kutatási terület. Konferencia kiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 14 - 20.
184. 2011. évi CXXVIII. törvény végrehajtásáról szóló 234/2011. (XI. 10.) kormányrendelet 1. § 25.  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100234.KOR](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100234.KOR) Letöltés ideje: 2015-03-23
185. A rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény.  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99400034.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99400034.TV) Letöltés: 2015-03-24
186. A terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól szóló 295/2010. (XII. 22.) kormányrendelet.  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1000295.KOR](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1000295.KOR) Letöltés: 2015-03-24

187. A fegyveres biztonsági őrök feladatát meghatározó 1997. évi CLIX. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700159.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700159.TV)  
Letöltés ideje: 2015-03-24
188. Czuprák Ottó: A kritikus infrastruktúra védelmét, működtetését ellátó személyzet magatartása veszélyhelyzetben, a vezető felelőssége az állományának különleges helyzetben történő magabiztos viselkedésre történő felkészítése terén. „Viselkedés vészhelyzetben” kiemelt kutatási terület. Konferencia kiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 135 - 146.
189. Nagyné Bereczki Szilvia, Nagy József: Magánbiztonság és kritikus infrastruktúra védelem. „Viselkedés vészhelyzetben” kiemelt kutatási terület. Konferencia kiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 147 - 164.
190. A személy- és vagyonőrök szakmai tevékenységét meghatározó CXXXIII. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0500133.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0500133.TV)  
Letöltés ideje: 2015-03-24
191. 2012. évi CXX. törvény és végrehajtási rendelet. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1200120.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200120.TV) Letöltés ideje: 2015-03-24
192. 68/2012. (XII. 14.) BM rendelet. [http://www.szvmszk.hu/files/images/Orszagos/68-2012\\_BM-rendelet.pdf](http://www.szvmszk.hu/files/images/Orszagos/68-2012_BM-rendelet.pdf)  
Letöltés ideje: 2015-03-25
193. A fegyveres biztonsági őrök múltja. Magyarországi Fegyveres Biztonsági Őrök Szakmai Egyesülete <http://mfbosze.hu/az-fbo-multja> Letöltés ideje: 2014-12-28
194. A fegyveres biztonsági őrök feladatát meghatározó 1997. évi CLIX. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700159.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700159.TV)  
Letöltés ideje: 2015-03-24
195. 20/2013 (V.28.) BM rendelet. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1300020.BM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300020.BM) Letöltés ideje: 2015-03-25
196. A fegyveres biztonsági őr, mint munkakör, szakképesítés. Magyarországi Fegyveres Biztonsági Őrök Szakmai Egyesülete <http://mfbosze.hu/a-fegyveres-biztonsagi-or-munkakor-mint-szakkepites-2> Letöltés ideje: 2014-12-28

- 197.Szabó László, Szigeti Lajos: Magánbiztonság, rendészet, rendvédelem. <http://mfbosze.hu/wp-content/uploads/2014/04/szabszig.pdf>. Letöltés ideje: 2014-12-28
- 198.Suard, L.M., Lebeer, G.: Veszélyek és ártalmak megelőzése a magánbiztonsági iparágban. Európai Képzési Kézikönyv. Centre for Health Sociology, Université Libre de Bruxelles, Európai Közösség, 2004. [http://www.coess.org/Uploads/dbsAttachedFiles/Preventing\\_occupational\\_hazards\\_manual\\_HU.pdf](http://www.coess.org/Uploads/dbsAttachedFiles/Preventing_occupational_hazards_manual_HU.pdf) Letöltés ideje: 2015-03-01
- 199.Imre Zoltán, Harsányi István, Giczi István: A fegyveres biztonsági őrség, mint a kritikus infrastruktúrák védelmét ellátó szervezet, havarria helyzetben. Előadás, 2014. [http://mfbosze.hu/wp-content/uploads/2014/04/FVZRT\\_Velence.pdf](http://mfbosze.hu/wp-content/uploads/2014/04/FVZRT_Velence.pdf) Letöltés ideje: 2015-03-01
- 200.Blake, D.D., Weathers, E. W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., et al.: The development of a Clinician Administered PTSD Scale. Journal of Traumatic Stress. 1995; 8, pp. 75 - 90.
- 201.Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., Lombardo, T.W.: Psychometric properties of the life events checklist. Assessment. 2004; 11(4), pp. 330 - 341.
- 202.Davidson, J. R.,Book, S. W., Colket, J. T., et al (1997): Assessment of a new swlf-rating scale for posttraumatic stress disorder. Psychol. Med. 1997; 27, pp. 153 - 160.
- 203.Unoka Zsolt és mtsai.: A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. Psychiatria Hungarica. 2004; 19(3), pp. 235 - 243.
- 204.Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., Erbaugh, J.: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4, pp. 561 - 571.
- 205.Kopp Mária, Fóris Nóra: A szorongás kognitív viselkedésterápája. Budapest, Végeken Kiadó, 1993.
- 206.Sipos, K., Sipos, M.: The development and validation of the hungarian form of the STAI. In: Spielberger, C., D., DiazGuerrero (szerk.): Cross-Cultural Anxiety, 2, Washington-London, Hemisphere Publishing Corporation, 1978, pp. 51 - 61.
- 207.Oláh Attila: A pszichológiai immunkompetencia kérdőív. Kézirat. Budapest, ELTE, 1996. pp. 1 - 18.

208. Oláh Attila: Megküzdés és pszichológiai immunitás. In: Pléh Csaba, Boross Ottilia (szerk): Bevezetés a pszichológiába. Budapest, Osiris Kiadó, 2004. pp. 631 - 634.
209. Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen R. J.: Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50(5), pp. 992 - 1003.
210. Kopp Mária, Skrabski Árpád: Magyar lelkiállapot. Budapest, Végeken Kiadó, 1992.
211. Kopp Mária, Skrabski Árpád: Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái. Budapest, Corvinus Kiadó, 1995.
212. Lazarus, R. S., Folkman, S.: *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer, 1984.
213. Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., Sharpley, J., Hughes, J. H.: Does Psychoeducation Help Prevent Post Traumatic Psychological Distress? *Psychiatry*. 2008; 71( 4), pp. 287 - 302.
214. Jeffrey, T., Adrian, A.: Current psychological Health and resilience studies in the US Army. U.S. Army Medical Research Unit-Europe, Walter Reed Army Institute of Research, U.S. Army Medical Research and Materiel Command, NATO Mental Health and MTBI Workshop, Ramstein, Germany, 2015.
215. Jenkins, C.: Organizational hardiness in the US Army Recruiting Command. NATO Mental Health and TBI Workshop, Ramstein, Germany, 2015.
216. Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., et al.: *Psychological First Aid: Field operations Guide*, 2nd Edition. National Child Traumatic Stress Network. National Center for PTSD, 2006. Letöltés helye: [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org) és [www.ncptsd.va.gov](http://www.ncptsd.va.gov) Letöltés ideje: 2015-03-20
217. Friedman, M.: Every crisis is an opportunity. *CNS Spectrums*. 2005; 10(2), pp. 96 - 98.

## PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

### PUBLIKÁCIÓK

1. Urbán Nóra, Kovács Gábor: *Pszichológiai folyamatok szerepe a poszttraumás stresszbetegség kialakulásában*. Honvédorvos. 2007; 59(1-2), pp. 36 - 50.
2. Urbán Nóra: *A poszttraumás stresszbetegség kezelésében alkalmazható pszichoterápiás intervenciók*. Honvédorvos. 2008; 60(3-4), pp. 124 - 131.
3. Urbán Nóra: *Fokozott pszichés veszéllyel járó missziós szolgálatok. Az elsődleges prevenció szerepe a traumatizálódás kivédésében*. Honvédségi Szemle. 2009; 63(5), pp. 25 - 27.
4. Urbán Nóra: *Pszichológiai elsősegély*. Honvédorvos. 2009; 61(3-4), pp. 182 - 192.
5. Péter László, Urbán Nóra: *A katonák korán halnak? A hivatásos szolgálat, mint a korai mortalitás rizikófaktora*. Honvédségi Szemle. 2010; 64(4), pp. 56 - 57.
6. Urbán, N.: *About Agression in a Nutshell*. Tradecraft Review Special Issue. 2010; 2, pp. 134 - 144.
7. Urbán Nóra: *A szorongásos betegségek pszichológiai megközelítése*. Honvédorvos. 2010. 62(3-4), pp. 151 - 163.
8. Péter László, Urbán Nóra: *Katonai viselkedés interkulturális környezetben*. Felderítő Szemle. 2011; 10(1-2), pp. 216 - 226.
9. Urbán Nóra: *A fizikai teljesítőképesség szerepe a traumát követő patológiás állapotok kialakulási valószínűségének csökkentésében*. Hadtudományi szemle. 2012; 5(1-2), pp. 280 - 287.
10. Urbán, N.: *The concept of psychological resiliency or danger flexibility in the military*. AARMS. 2012; 11(1), pp. 125 - 133.
11. Urbán Nóra: *Szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás (EMDR) pszichoterápiás módszer jelentősége a PTSD kezelésében*. Honvédorvos. 2012; 64(1-2), pp. 96 - 107.
12. Péter, L., Urbán, N.: *The psychological approach of suicide bombing: are there any specific psychological and personality characteristics of the motivation?* Hadtudományi Szemle. 2013; 6(3), pp. 138 - 144.

13. Urbán Nóra: *A pszichológiai reziliencia jelentősége a vészhelyzetek következtében kialakuló lehetséges traumatizálódás vonatkozásában*. In. Kritikus infrastruktúra védelmi kutatások. Viselkedés vészhelyzetben kiemelt kutatási terület. Viselkedés vészhelyzetben konferenciakiadvány. Budapest, NKE, 2013. pp. 52 - 63.
14. Urbán Nóra: *Pszichológiai elsősegély alkalmazása katasztrófahelyzetekben*. In. Önkéntesek a katasztrófavédelemben. Konferenciakötet. Budapest, NKE szolgáltató Kft. 2014. pp. 141 - 158.

## ELŐADÁSOK

1. 2002. Pszichológiai elsősegély / Pszichiátriai Kongresszus
2. 2003. Pszichológiai intervenciók a stressz kezelésében / A segítő kapcsolatok szerepe testületek szervezeteiben c. konferencia
3. 2003. A pszichoterápiák hatékonysága / MH KHK főszakorvosi összevonas
4. 2005. A szorongás, szorongásos betegségek és a PTSD kölcsönhatása / „A poszttraumás stresszbetegség felismerése a gyakorlatban” c. továbbképző tanfolyam, SE-HKOT
5. 2005. A trauma korai és késői pszichés hatásainak csökkentése pszichoterápiás intervenciókkal / „Sürgősség a pszichiátriában és a neurológiában” főszakorvosi összevonas, SE-HKOT
6. 2006. Gyermekkorai trauma, felnőttkori PTSD / „A poszttraumás stresszbetegség társadalmi vonatkozásai” c. továbbképző tanfolyam, SE-HKOT
7. 2006. Pszichológiai folyamatok, pszichológiai intervenciók / „A poszttraumás stresszbetegség felismerésének és kezelésének alapjai” c. továbbképző tanfolyam, SE-HKOT
8. 2006. Természeti katasztrófák / Katasztrófa Kongresszus, szatellita szimpózium
9. 2008. Pszichoterápiás lehetőségek a depresszió kezelésében / Depresszió c. továbbképző tanfolyam, SE-HKOT
10. 2009. Pszichológus szerepe a klinikai gyakorlatban / Főszakorvosi Összevonas, Budapest, HM ÁEK



11. 2010. A klinikai pszichológus szerepe az egészségügyi ellátásban / Főpszichológusi Összevonás, Balatonkenese, MH HEK Preventív Igazgatóság
12. 2011. Szorongásos betegségek pszichológiai megközelítése, Főszakorvosi Összevonás
13. 2011. Pszichológiai elsősegély Főpszichológusi Összevonás, Mályi
14. 2011. Szenvedélybetegségek pszichológiai vonatkozásai. Főszakorvosi Összevonás
15. 2012. A szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás (EMDR) pszichoterápiás módszer jelentősége a PTSD kezelésében. Katasztrófa Kongresszus, Budapest
16. 2012. Agresszió kiélése a védelmi szektorban. Főszakorvosi Összevonás
17. 2013. Kiegésző okai. Burn-out konferencia, Honvédkórház
18. 2013. A pszichológus szerepe a klinikai gyakorlatban. Főszakorvosi Összevonás
19. 2013. A kezeléssel történő együttműködés javításának pszichológiai lehetőségei. Főszakorvosi Összevonás
20. 2013. A pszichológiai reziliencia jelentősége a vészhelyzetek következtében kialakuló lehetséges traumatizálódás vonatkozásában. Kritikus infrastruktúra védelmi kutatások. Viselkedés vészhelyzetben kiemelt kutatási terület. Konferencia, NKE
21. 2014. Az agresszió megnyilvánulási formái a pszichiátriai betegek körében. Mosonmagyaróvár
22. 2014. Adekvát kommunikáció. Aktualitások a boncmesteri gyakorlatban. Továbbképzés.
23. 2014. Főszakorvosi összevonás
24. 2014. Pszichológiai elsősegély alkalmazása katasztrófavédelemben. Önkéntesek a katasztrófavédelemben. Konferencia.
25. 2015. Adekvát kommunikáció. Aktualitások a boncmesteri gyakorlatban. Továbbképzés.

# SZAKMAI ÖNÉLETRAJZ

## ADATOK

Név: Urbán Nóra

Születési idő: 1975. 03. 20.

## MUNKAHELY/BEOSZTÁS

2014 - MH Egészségügyi Központ (Honvédkórház) Klinikai Szakpszichológusi Szolgálat: osztályvezető szakpszichológus

2001-2014. MH Központi Honvédkórház / MH HEK / HM Állami Egészségügyi Központ / MH Egészségügyi Központ (Honvédkórház) Pszichiátriai Osztály: szakpszichológus

1998-2001. MH Központi Honvédkórház, Mentálhigiénés Osztály: pszichológus

## ISKOLAI VÉGZETTSÉG

2000-2004. SE ÁOK Klinikai Pszichológiai Tanszék / Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus

1993-1998. ELTE Pszichológia MA / Pszichológus és pszichológia szakos középiskolai tanár

1989-1993. Kanizsai Dorottya Gimnázium, Szombathely

## NYELVISMERET

2000. NATO STANAG 6001 Angol 3. 3. 3. 3. (felsőfok)

1993. Angol középfok 'C'

1992. Német középfok 'A' és 'B'

## OKTATÁS

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar – Klinikai szakpszichológus képzés (gyakorlatvezető)

Nemzeti Közzolgálati Egyetem

## EGYÉB SZAKMAI VÉGZETTSÉGEK

2013. EMDR Level I.

2001- Pszichoanalízis és pszichoanalitikusan orientált pszichoterapeuta képzés (sajátélmény és módszerspecifikus fázis)

1999-2002 Tündérhegyi Pszichoterapeuta Képzés (propedeutikai és klinikai fázis)

1999. Autogén tréning/relaxációs terapeuta (Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület)

1997. Dr. Szondi Lipót Emlékalapítvány – 10 profilos Szondi tanfolyam

1995-1998. Pszichodráma – 274 óra sajátélmény

## **TÁRSASÁGI TAGSÁGOK**

Magyar Pszichológiai Társaság

Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete

Magyar Orvosi Kamara

Magyar Pszichodráma Egyesület

Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület

## **KATONAI ELŐMENETEL**

2014. alezredes

2007. őrnagy

2002. százados

1998. főhadnagy

1996-1998. Bólyai J. Katonai Műszaki Főiskola / alapkiképzés / törzszászlós

1993-1996. Bólyai J. Katonai Műszaki Főiskola / FOTAG ösztöndíjas