

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

TÉZISFÜZET

Témavezető:

Prof. Dr. Bolgár Judit

egyetemi tanár

Budapest, 2015

A TUDOMÁNYOS PROBLÉMA MEGFOGALMAZÁSA

A Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állománya az Alaptörvény és Magyarország NATO-ban vállalt kötelezettségéből eredően gyakran kerül 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 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 „diplomáták” 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 esztendőinkben 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”. 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 foglalkozási 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 vannak, 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 katasztrófa-szindróma 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. Kutatásom során különösen nagy hangsúly 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 hivatás gyakorlása során 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 stresszorai által kiváltott stresszállapotokkal is. 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.

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.

Egyes hivatások, így a katonák, rendőrök, tűzoltók, mentőszolgálatok esetében többszörösen is fennáll a veszélye a traumatizálódásnak. A normál stresszreakciókon kívül gyakran alakulhatnak ki patológiás válaszok és állapotok, így az akut stresszbetegség és a poszttraumás stresszbetegség.

Napjainkban egyre nagyobb figyelmet kap mind a civil, mind a védelmi szektorban az extrém stresszhelyzetek hatékony kezelése, a traumatizálódás, a poszttraumás 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 sérülékenységet, azaz

vulnerabilitásért, valamint a rugalmas ellenállóképességért, azaz a rezilienciáért lehetnek felelősek. A rizikófaktorok feltárása és szűrése szintén folyamatos a prevenció valamennyi szintjén. Az 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.

KUTATÁSI CÉLOK ÉS HIPOTÉZISEK MEGFOGALMAZÁSA

Kutatási célkitűzések

A hazai és a nemzetközi szakirodalom valamint az eddigi kutatási eredmények alapján feltételezzük, hogy a sérülékenységért (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 ellenállóképességért 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).

- Céloom 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
- Kutatásom során vizsgálni kívánom, hogy az egészség és patológia szempontjából van-e különbség a rezilienciát meghatározó tényezők alakulásában a fokozott veszélyhelyzeteknek kitett állománynál. (A szakirodalmi adatok alapján a bb, 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 homeosztatiszikus egyensúly helyreállításának, esetlegesen poszttraumatikus fejlődés irányába való elmozdulásnak az esélye.)
- Kutatásom során meg kívánom 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.)
- Kutatásom során céloom vizsgálni a védelmi szektor területén működő különböző foglalkozási csoportokat, illetve összehasonlítom őket a rizikó- és protektív tényezők, valamint a pszichés állapot szempontjából. Céloom ezzel egy 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 vulnerabilitás 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 szakirodalm-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.

AZ ELVÉGZETT VIZSGÁLAT TÖMÖR LEÍRÁSA FEJEZETENKÉNT

Doktori értekezésem Bevezetésében megfogalmaztam a 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 összegeztem 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.

A pszichológiai reziliencia jelenségével foglalkozó fejezetben a releváns szakirodalmak ismertetésén keresztül mutattam be a konstruktum kutatásával kapcsolatos eredményeket. 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 reziliencia modellek bemutatására, valamint a katonai területtel összefüggő reziliencia – kutatásokra. Egy rövid fejezet erejéig összefoglaltam a magyarországi kutatásokat is, amelyek eddig kevésbé foglalkoztak a felnőttkori traumatizálódással összefüggő reziliencia vizsgálatával. Bár a pszichológiai reziliencia fogalma áll a középpontban, de nem hagyhattam figyelmen kívül a háttérben álló 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 munkájukat, 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 a pszichotraumák lehetőségeit. Mindegyik esetben bemutattam a pszichológiai alkalmasság kritériumait és vizsgálati lehetőségeit is.

A negyedik fejezetben került sor az empirikus vizsgálat bemutatására, amellyel a hazai és nemzetközi szakirodalom tanulmányozása alapján felállított kutatási célkitűzéseket figyelembe véve a hipotézisek mentén válaszoltam. A vizsgálati személyek kiválasztásának alapvető feltétele, hogy szakmájukból, hivatásukból eredően extrém stresszhelyzetek kezelésében vesznek részt, és szerepet kaphatnak a kritikus infrastruktúrával kapcsolatos védelmi feladatok ellátásában. Ennek megfelelően a vizsgálati személyek a katasztrófa elhárítás 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 volt.

A vizsgálat során az adatgyűjtéshez kérdőíves eljárást alkalmaztam. A felvett kérdőívek a következők voltak:

- Anemnesztikus adatokat és rizikó-, illetve protektív faktorokat mérő Anamnézis lap
- A traumák előfordulását mérő skála: Életesemények Tünetlistája
- A poszttraumás stresszbetegség tünetegyütteseinek 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 Módk Kérdőív

Az adatgyűjtés több fázisban történt. Az instrukciók ismertetésére, a tesztbattériához mellékelt instrukciós lapon kívül, személyes találkozás keretében került sor. A vizsgálat anonim 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-négyzet próba eljárásokkal dolgoztam fel az adatokat.

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

ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK

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 vizsgálat állományánál 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 visszahúzóds 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 visszahúzóds 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 lehet lényeges.

ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

1. A hivatásos állomány tekintetében Magyarországon elsőként foglalkoztam a védelmi szektor területén 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 őrség) esetében meghatároztam:
 - a traumatizáció és a PTSD prevalenciáját,
 - PTSD kialakulása szempontjából a vulnerabilitásért (sérülékenységért) 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 FELHASZNÁLHATÓSÁGA ÉS AJÁNLÁSOK MEGFOGALMAZÁSA

Az alkalmasságvizsgálatok mind a honvédség, a rendvédelmi szervek és a katasztrófavédelem, de a fegyveres biztonsági szolgálat területén is viszonylag jól kidolgozott és bizonyos mértékig bevált vizsgálómódszereket, 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) felmérésével.

1. Javasolnám Magyarországon, és elsősorban a védelmi szektor területén Friborg és munkatársai által kifejlesztett Adult Resilience Scale standardizálását kezdeményezni, amely az egyik legösszetettebb rezilienciát mérő eljárás.

2. Mindenképpen fontos lehet a szűrések során a poszttraumás stresszbetegség tüneteire figyelmet fordítani. Nem minden esetben diagnosztizálható a PTSD, de ha a jellegzetes klaszterekből (ha nem is mindből) egy-egy tünet jelen van, az már jelzésértékű lehet.

3. A reziliencia fejlesztése lehet az egyik legfontosabb célja a felkészítő és tréning programoknak. A trauma - helyzetekre 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.

4. Bizonyos foglalkozások esetében, így a katonáknál, rendőröknél vagy a katasztrófavédelemben résztvevő hivatásos személyek, tűzoltóknál különösen fontos a megfelelő felkészítés, így élethű gyakorlatokkal, de problémamegoldó és stresszkezelő technikák (pl. relaxáció) alkalmazásával. 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 (csoporthézió, azaz a közösségi egység növelése)
- pozitív hiedelmek, elvárások fejlesztésével és erősítésével
- a munkahely és szakma-specifikus stresszkezelő programok beépítésével.

5. 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 prevenció, intervenció tevékenységek során ezt fokozottabban figyelembe venni.

6. A másodlagos prevenció területén ismételten a reziliencia jelentőségével kell foglalkoznunk, különösen a pszichotrauma átélése, a traumatizálódás és a PTSD kialakulása szempontjából. 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, áldozatok számára minél hamarabb biztosítsák a szükségleteket, és képesek legyenek rugalmas módon támogatást nyújtani számukra.

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 vizsgálo eljárás bevezetése.

A reziliencia figyelembevétele a prevenció valamennyi területén. Ennek megfelelően az alkalmasság és szűrések esetében megfelelő vizsgálo eszköz 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 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.

További kutatásra ajánlott:

- A foglalkozási csoportok összehasonlítása teljeskörű állomány esetében.
- 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, jólléte 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.

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(1-2), 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 patológias 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 Kiegészítők. 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 katasztrófahelyzetekben. 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 Közszolgálati 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