

Rendkívüli események krízislélektana

A traumatudatos szemlélet fontossága a rendkívüli események utókezelésében

Crisis Psychology of Extraordinary Events

The Importance of a Trauma-informed Approach in the Psychological Follow-up of Extraordinary Events

NAGY János,¹ ERDÉLYI Ákos²

Cél: Jelen írásunkban arra igyekszünk rámutatni, hogy a rendészeti szervek személyi állományát érintő és veszélyeztető rendkívüli események milyen hosszútávú, negatív pszichés hatásokat, diszfunkciókat eredményezhetnek. A rendkívüli események magukban hordozzák a kiszámíthatatlanságot és a csökkent bejósolhatóságot, és olyan traumát és abból eredő krízist eredményezhetnek, amelyekkel előfordulhat, hogy csak a rendkívüli eseményt követő néhány héttel vagy hónappal később szembesülnek a kollégák. A krízislélektani kutatásokban már régóta foglalkoznak olyan pszichopatológiákkal, mint a PTSD vagy a disszociáció, és olyan közvetlen veszélyeztető magatartásokkal, mint az öngyilkosság, amelyek kiemelt figyelmet érdemelnek a rendészettudomány részéről is. Célunk jelen írásban az is, hogy átfogó képet adjunk a traumákból származó lehetséges pszichopatológiákról annak érdekében, hogy a rendészeti dolgozók képet kapjanak a lehetséges veszélyekről, és önmonitorozással, önreflexióval képessé váljanak saját mentális egészségük megőrzése érdekében adaptív megküzdési stratégiák kidolgozására.

Módszer: Esetismertetésen és szakirodalmi áttekintésen keresztül mutatjuk be a rendkívüli események dinamikáját és az esetlegesen felmerülő pszichopatológiai kórképek aspektusait.

¹ R. főhadnagy, Budapesti Rendőr-főkapitányság XV. kerületi Rendőrkapitányság.

² Krízisintervenció szakpszichológus-jelölt, kriminológus, egyetemi tanársegéd, Nemzeti Közsolgálati Egyetem Rendészettudományi Kar Rendészeti Magatartástudományi és Kriminálpszichológia Tanszék; doktori hallgató, Nemzeti Közsolgálati Egyetem Rendészettudományi Doktori Iskola, e-mail: erdelyi.akos@uni-nke.hu

Eredmény: A rendkívüli események kezelése és az azokkal szembeni intézkedések végrehajtása megterhelő mind fizikailag, mind pszichésen, ugyanakkor ezek az események kevésbé jól meghatározottak a tudományos közegekben, és kevésbé jól konceptualizáltak. Az ilyen események utáni időszak egyes pszichopatológiák kialakulásában különösen kritikus lehet, főként akkor, ha a rendkívüli eseményben részt vevők szupportálása alacsony intenzitású. Látjuk azt is, hogy a pszichotraumákból fakadó patológiák kialakulása a hivatásos állomány vonatkozásában is kiemelt figyelmet igénylő terület, amelyre mind a pszichológia-, mind a rendészettudománynak figyelmet kell fordítania.

Következtetés: Szükséges lehet a rendkívüli események konceptualizálása és keretbe helyezése. Részben annak tudományos vizsgálata okán, részben pedig annak érdekében, hogy sikeres prevenció és intervenció eljárásokat lehessen kidolgozni, amely eljárások a hivatásos állomány mentális támogatására specifikáltak. Továbbá szükséges lehet a hivatásos állomány edukációja, amelynek központi elemei a közvetlen veszélyeztető magatartásokra, a traumára, a krízislélektanra és a megküzdésre kellene hogy fókuszáljanak.

Kulcsszavak: rendkívüli esemény, közvetlen veszélyeztető magatartás, trauma, krízislélektan, PTSD, megküzdés, reziliencia

Aim: In this article, we aim to highlight the long-term negative psychological effects and dysfunctions of extraordinary events that affect and endanger law enforcement officers. Extraordinary events are unpredictable and difficult to foresee, and can manifest in trauma and crisis situations that colleagues may only encounter a few weeks or months after the extraordinary event. Crisis psychological researches have long dealt with psychopathologies such as PTSD or dissociation, and directly threatening behaviours such as suicide, which deserve special attention from law enforcement. Our aim in this article is to provide a comprehensive summary of the possible psychopathologies resulting from trauma to give law enforcement officers an understanding of the potential dangers and enable them to develop active coping strategies to maintain their own mental health through self-monitoring and self-reflection.

Methodology: Through a case report and literature review, we present the dynamics of extraordinary events and aspects of possible psychopathologies.

Value: The management of extraordinary events and the implementation of measures against them are stressful, both physically and mentally, at the same time, these events are poorly defined and conceptualised in the scientific thinking. The period after extraordinary events can be particularly critical in the development of certain psychopathologies, especially if the support of those involved in the extraordinary event is low. We also see that the development of pathologies arising from psychological trauma is an area that requires special attention in relation to the law enforcement officers, and one that both psychology and law enforcement science should pay attention.

Conclusion: It may be necessary to conceptualise and frame extraordinary events. This is partly for the sake of scientific investigation, and partly to develop successful prevention and intervention procedures specifically tailored to the mental support of law enforcement officers. Furthermore, it may be necessary to educate law enforcement personnel, focusing on behaviours that pose and immediate threat, trauma, crisis psychology, and coping strategies.

Keywords: extraordinary event, direct threatening behaviour, trauma, crisis psychology, PTSD, coping mechanism, resilience

Bevezetés

Napjainkban egyre több, világszerte elkövetett erőszakos cselekményről kapunk tudósítást, rendvédelmi személyek elleni támadásokról, valamint a rendvédelmi személyek által realizált rendkívüli (traumatikus) eseményekről olvashatunk. Azonban ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy ezen események prevalenciája exponenciálisan nő, inkább vélhetően arról lehet szó, hogy az erőszakos cselekmények dinamikája olyan magas fokú, intenzív, impulzív és agresszív, ami a közvélemény számára megrettentő és meglepő lehet. Ezekkel a helyzetekkel azonban a hivatásos állományú tagoknak, legyen szó akár a rendőrségről, akár a büntetés-végrehajtásról, szembe kell nézniük, és a fokozottan erőszakos cselekmény felszámolása érdekében intézkedniük kell – ezzel sok esetben saját testi épségüket kockáztatva. Hazai viszonylatban is egyre gyakrabban találkozunk olyan eseményekkel, amelyek során az intézkedő hivatásos állományú személy megsérül, sőt, sajnos olyannal is, amely során életét veszti. A rendkívüli eseményekről és az azokat megalapozó közvetlen veszélyeztető magatartásokról, valamint ezek kezeléséről és következményeiről kevés szó esik – jelen írásunkkal ezt a hiányt szeretnénk az olvasó elé tárni, és összefoglalni, hogy egy-egy rendkívüli esemény a végrehajtói állomány számára milyen pszichés következménnyel járhat.

Esetismertetés igaz történet alapján

„Csend udvarán már nem remegek, minden könnyemet eltemettem. Felemelem magam a világ elé, lebontott falak mögül mosolyogva visszatekintek. Reménytelen, üres csendből erős lettem, már kedvelem a csendet. Szenvedett lelkem erőse vált, most figyelem a remegő csendet, már sóvárog, keresi a csend az üres nesztelenséget.” Szerző: Nagy János rendőr főtörzssászlós.

Budapest, 2020. december 24-e. 05 óra 30 perckor két járőr szolgálatra jelentkezett a szolgálatparancsnoknál, majd 06 órakor megkezdődött az eligazítás. 06 óra 45 perc körüli időpontban bejelentés érkezett a Budapesti Rendőr-főkapitányság Tevékenység Irányító Központjába (BRFK TIK), hogy Budapest IV. kerületében, a Kassa utcában, egy lépcsőházban egy férfi zavartan viselkedik. A két járőrt a bejelentésben megadott címre

küldték, majd kis idővel a helyszínre érkezést követően csak annyi hallatszott a szolgálati rádióban, hogy „Megszúrtak! Megszúrtak, segítség!”.

A szolgálatparancsnok rögtön felkapta az első szolgálati gépkocsi indítókulcsot, ami a kezébe került, már futott is a kocsihoz, és indult a bejelentésben szereplő címre, a bajba jutott kollégáihoz. Az odáig vezető úton folyamatosan kapcsolatban volt a BRFK TIK-kel, és kérte, hogy az Országos Mentőszolgálat azonnal indítson mentőegységet a helyszínre. Arra, hogy a helyszínre érkezés milyen útvonalon, milyen sebességgel történt, és kivel érkezett meg, a mai napig nem emlékszik.

A szolgálatirányító parancsnok a helyszínre érkezve a szolgálati személygépkocsiból szinte kiugorva futni kezdett a bejárat kapuhoz, és ahogy közeledett, látta, hogy L. P. rendőr őrmester a szolgálati jelleggel ellátott személygépkocsi bal hátsó kerekének háttal támaszkodik, és a bőre hófehér. A szolgálatparancsnok szavaival élve:

„az extrém látvány nagyon belevésődött az emlékembe [...]. Ahogy L. P.-hez közelebb értem, ott abban a pillanatban olyan érzelmi állapotba kerültem, amikor szembesültem azzal, hogy L. P. fején egy nagyobb darab bőr lógott le az arca irányába, mivel olyan vágás volt rajta, hogy szinte meg volt skalpolva. Életem során még olyan kegyetlenül durva sérülést nem láttam, de azonnal próbáltam nyugtatni L. P.-t azzal, hogy minden rendben lesz, és már úton van az erősítés és a mentő, de ekkor feltűnt, hogy a testén több késszúrás és vágás nyoma is van, és a sebekből erősen vérzett.”

Rádióan ismételten mentőt kért, és ekkor ébredt rá arra, hogy a rendőr őrmester nem egyedül érkezett ki a helyszínre, hanem járőrtársával együtt, így ő is a helyszínen tartózkodik valahol, azonban ekkor nem volt arra vonatkozó információ, hogy pontosan merre. Emellett az elkövetőről sem állt rendelkezésre semmilyen információ, azt sem lehetett tudni, hogy milyen fegyverrel rendelkezik, hogy fel van-e fegyverkezve, esetleg hol van megbújva, a lakók közül sérült-e meg valaki, esetleg túsul ejtett-e valakit. Mindennek ellenére a szolgálatparancsnok azonnal megindult az épületbe. Mint fogalmaz,

„úgy gondoltam, minden perc, minden másodperc számított, ezért, ahogy közeledtem a bejárat kapu irányába, úgy éreztem, mintha egy lassított felvételen lennék, és olyan érzés fogott el, hogy nem is fogom soha elérni a lépcsőház bejárat kapuját. A futás közben elővettem szolgálati lőfegyveremet a tokból, és csőre húztam tűzkész állapotba. A szolgálati fegyveremet a jobb kezemben tartottam, akkor úgy éreztem, mintha egy 50 kilogrammos cementes zsákot tartanék, ami borzasztóan nehéz volt.”

A lépcsőházba érve a szolgálatparancsnok követte a vércseppeket, és a lépcsőház hatodik emeletére felérve megtalálta a rendőr őrmester járőrtársát, aki ekkorra már egy ott lakó bejárat ajtajába, annak küszöbére ült le, sokkos állapotban, kezében tartva a szolgálati fegyverét. A gyors kontaktusfelvételt követően a szolgálatparancsnok továbbment a támadás helyszínére, ahol addigra már felfedezték a támadó holttestét. Ezt követően a lépcsőházban tartózkodó járőrt ketten kikísérték, majd az épület előtt a szolgálatparancsnok igyekezett mindkét járőrt támogatni, fizikai és mentális támogatást nyújtani nekik, miközben ő maga is súlyos traumát élt meg.

Elmondta, hogy pszichés stabilitásának sokat segítettek az időközben a helyszínrre érkező vezetők elismerő szavai, a támogató jelenlét, amelynek köszönhetően fókuszálni tudta gondolatait. Ugyanakkor

„a helyszínen ezután roppant nehéz volt lelkiileg tovább vinni a munkafolyamat szálait, mert ahogy a helyszínen tartózkodtam, azt vettem észre, elkezdenek a kezeim remegni, és hirtelen szomjazni kezdtem. A beszédem elkezdett akadozni, dadogtam, és mivel korábban nem voltak ilyen testi tünetek, nem tudtam abba a helyzetbe a megjelenő jelenségeket hová tenni.”

Hazaérve a felesége várta, aki már tudta, mi történt vele aznap. Megölelte, és a szolgálatparancsnok abban a pillanatban sírni kezdett, közben – elmondása szerint – úgy érezte magát, mint egy gyerek, és szégyellte is magát.

A következő szolgálat megkezdése előtt negatív érzéseket élt meg: félelmet, aggodást, érzelmi hullámokat.

„Ezt követően rendszeresen az éjszakai alvások olyan rémálomszerűek voltak, hogy esténként álmomban beszéltem, kiáltoztam, árnyékűtések voltak, forgolódtam az ágyban. Aztán idővel tudtam aludni, de voltak nehézségek. A trauma fizikai tüneteinek a hozománya az időközben kialakult ekcéma, amely mindkét könyökömnél és az ujjaimon is megjelent, és amit azóta egy intenzívebb stressz is képes kiváltani. A házasságom ebben a szakaszában elért egy kritikus pontra is. Egyedülínek, magányosnak éreztem magam, és abban a helyzetben csak a feleségem támogattott.”

A gyógyulási folyamat részeként áthelyezését kérte a BRFK XII. kerületi Rendőrkapitányságra, azonban ez a gyógyulási folyamat nem volt könnyű. Mint mondja, többször szüksége lett volna mentális támogatásra, ám ezt nem kapta meg maradéktalanul. „A XII. kerületben dőbbsentem rá, hogy a trauma elől nem elmenekülni kell, mert csak rosszabb lehet a kialakult helyzet.” Az újpesti események pszichés következményeire akkor derült fény és lehetett szavakban is megfogalmazni, amikor az éves pszichológiai alkalmassági vizsgára kellett mennie. Mint mondja, ekkor érezte először azt a biztonságot, hogy mentálisan bele tudott kapaszkodni egy segítő, mentő kézbe, és valaki ott volt mellette, aki megértette, pontosan min is megy keresztül.

„Nehéz volt a felismerés és a szembesülés, hogy mentálisan sérült vagyok, mert nem tudtam, mi az a harctéri poszttraumás stressz, és annak mik a negatív hozamai. Ezután pszichológiai kezelésekre jártam, valamint öngyógyításba kezdtem. Elkezdtem utánaolvasni, milyen betegség is a PTSD, kiknél és hogyan alakul ki, milyen jelei, tünetei vannak, gyógyítható-e, ezért nagyon mélyre mentem annak érdekében, hogy kimásszak abból a PTSD-örvényből.”

Mint mondja, az átélt trauma, a kialakult PTSD és az azzal való megküzdés gyökeres változásokat hozott az életébe, mind a magánéletben, mind szakmai pályájában. Beiratkozott egyetemi képzésre, hogy képezze magát, ezzel részben folytatva a gyógyulás folyamatát, részben pedig azért, hogy olyan tudást szerezzen, amellyel bajtársain tud segíteni. Igyekszik a legtöbb platformon megosztani saját tapasztalatait, ezzel is segítve másokat a felismerésben és a gyógyulásban.

Ez a rövid esetismertetés szépen megmutatja a traumák dinamikai lefolyását: az észlelt és átélt rendkívüli esemény a későbbiekben komoly mentális diszfunkciót eredményez – jelen esetben PTSD-t –, amelynek adaptív megküzdése a traumát átélt személy kapcsán egy integráltabb, magasabban funkcionáló személyiséget eredményez, amelyet a pszichotraumatológiával kapcsolatos szakirodalom poszttraumatikus növekedésnek nevez (TANYI 2015; TEDESCHI–CALHOUN 2004, 1996; McMILLEN 2004).

A rendkívüli események meghatározásának problematikája

Annak ellenére, hogy a *Rendészettudományi szaklexikon* (BODA 2019) igyekszik jól meghatározott keretbe helyezni a rendkívüli eseményeket, elmondható, hogy azoknak nincs egy átfogó, konszenzuson alapuló, mindenki által elfogadott meghatározása.

A *Rendészettudományi szaklexikon* vonatkozó szócikke alatt az alábbi meghatározást találjuk: a rendőrség szervezete vonatkozásában rendkívüli eseménynek tekinthető

„(1) a rendőri intézkedés során bekövetkező minden olyan esemény, tevékenység vagy mulasztás, amely az intézkedés alá vont, az intézkedést végrehajtó vagy más személy életét, testi épségét, egészségét, anyagi javait, a személyi szabadság korlátozása helyének rendjét vagy az őrzésbiztonságot sérti, illetve veszélyezteti. (2) A rendvédelmi szerv tagjával kapcsolatos minden olyan esemény, tevékenység vagy mulasztás, amely az adott rendvédelmi szerv személyi állományának helyzetét, a rendvédelmi szerv tekintélyét, illetve a közbiztonságot hátrányosan befolyásolja” (BODA 2019: 484).

A büntetés-végrehajtásban rendkívüli eseményként értékelendő a

„fogva tartás biztonságát súlyosan sértő vagy veszélyeztető, speciális intézkedések bevezetését szükségessé tevő történés. Különösen a terrorcselekmény, a fogolyzandulás, a bv. szerv létesítményét, eszközeit, járműveit, valamint a személyi állomány tagját vagy az elítéltet ért támadás, a bv. szerv létesítményéből vagy járművéből való erőszakos kitörés, a fogolyszökés, az elítélt öngyilkossága, az elítélt halála, a bv. szerv létesítményét vagy járművét veszélyeztető elemi csapás, jelentős tüzeset” (BODA 2019: 484).

A rendészeti kontextus meghatározása alapján elmondhatjuk tehát, hogy rendkívülinek tekinthető minden olyan nem várt esemény, amely az életet és testi épséget jelentős mértékben veszélyezteti.

A rendészeti kontextus mellett fontos említést tenni a medikális – pszichológiai/pszichiátriai megközelítésről is, amely a rendkívüli eseményeket veszélyeztető és/vagy közvetlen veszélyeztető magatartásokként határozza meg. Ezek rendszerint olyan állapotok, amelyek sürgősségi pszichiátriai beavatkozást igényelnek (VÖRÖS–OSVÁTH–TÉNYI 2021), közülük is kiemelt figyelmet érdemel az öngyilkosság és az azzal kapcsolatos valamennyi magatartásforma (RIHMER–FEKETE–GONDA 2021; OSVÁTH–VÖRÖS–FEKETE 2017), a pszichotikus dekompenzációval járó állapotok (HEROLD et al. 2021), valamint a violens, agresszív magatartás (CASPAR–SRÁDI–GASZNER 2024; GASZNER 2021),

amelyekkel a rendészeti szakemberek egyre gyakrabban találkoznak szolgálatuk során. Ez utóbbi magatartásokat egyébként az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény is definiálja a 188. § c) pontban: közvetlen veszélyeztető magatartás közé sorolandó minden olyan magatartás-komplexum, amely „a beteg – akut mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § b) pontja szerinti azonnali intézeti gyógykezeléssel hárítható el”.

A fenti esetismertetésben leírt esemény is ilyen közvetlen veszélyeztető magatartás: a híradások szerint egy drogindukálta pszichotikus állapotban lévő beteggel szemben kellett intézkedniük az eljáró járőröknek annak érdekében, hogy a beteg agresszivitását megfékezzék és kordában tartsák – sajnos drámai végkimenetellel.

Noha a rendkívüli események tudományos – és valamelyest gyakorlati – konceptualizálása még további pontosításokat igényel, a rendészeti szervek, különösképpen a büntetés-végrehajtás ennek ellenére is rendelkezik olyan belső szabályzókkal, amelyek ezen események kezelésére és megelőzésére fókuszálnak. A fogvatartotti krízisek, öngyilkossági kísérletek és önártalmak megelőzéséről szóló 18/2020. (V. 29.) BVOP utasítás rendelkezik a bv. intézetben megkísérelt és befejezett öngyilkosságok kezelését illetően, valamint megfogalmazza azokat az alapelveket, amelyeket a bv. intézeteknek célszerű követniük a szuicidprevenció során; a büntetés-végrehajtási szervezetben szolgálatot teljesítő pszichológusok szervezeti jogállásáról és a fogvatartottakkal végzett tevékenységéről szóló 50/2020. (X. 16.) BVOP utasítás pedig taxatív nevesíti azokat a pszichológusi kompetenciába tartozó feladatellátásokat, amelyek a fogvatartottak öngyilkossági és krízisprevenciójában mérvadók.

A rendőri feladatellátás vonatkozásában kiemelendő a terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól szóló 295/2010. (XII. 22.) Korm. rendelet 3. § (2) bekezdés c) pontja, amely rögzíti, hogy a

„TEK az Rtv. 7/E. § (1) bekezdés b) pont bb) alpontja alapján a rendvédelmi szervek és a polgári nemzetbiztonsági szolgálatok részére kizárólagos hatáskörrel, míg a Nemzeti Adó- és Vámhivatal, valamint az ügyészség tekintetében felkérésre végzi az ön- vagy közveszélyes állapotban lévő személy megfékezését és előállítását, amennyiben a személy a vele szemben foganatosított intézkedés során fegyveresen vagy felfegyverkezve áll ellen”.

Az ebben a kontextusban tárgyalt *ön- vagy közveszélyes állapot* az Eütv.-ben meghatározott *közvetlen veszélyeztető magatartás* kriminológiai megfelelőjeként értelmezendő.

Nem kérdés, hogy a (közvetlen) veszélyeztető magatartások tárgyalása multidiszciplináris megközelítést igényel, ahol szükséges figyelembe venni a pszichológia és a pszichiátria mellett a kriminológia, a kriminalisztika, a rendészettudomány, a jog és a szociológia vélekedéseit is. Mindemellett pedig a pszichológiatudományon belül is nagy fokú interdiszciplinaritást követel meg: nemcsak az alappszichológiai területek, hanem az alkalmazott pszichológiai területek tudására is szükségünk van, különösen a pszichotraumatológia és a krízisélektan ismeretanyagára.

Pszichotraumatológiai és krízislélektani alapok

A trauma kifejezés eredendően valamilyen fizikai-organikus sérülést jelentett (BÁNFALVI 2015; POHÁRNOK–LÉNÁRD 2015), de napjaink hétköznapi szóhasználatába beépülve jelentősen átalakult, és funkciója is megváltozott.

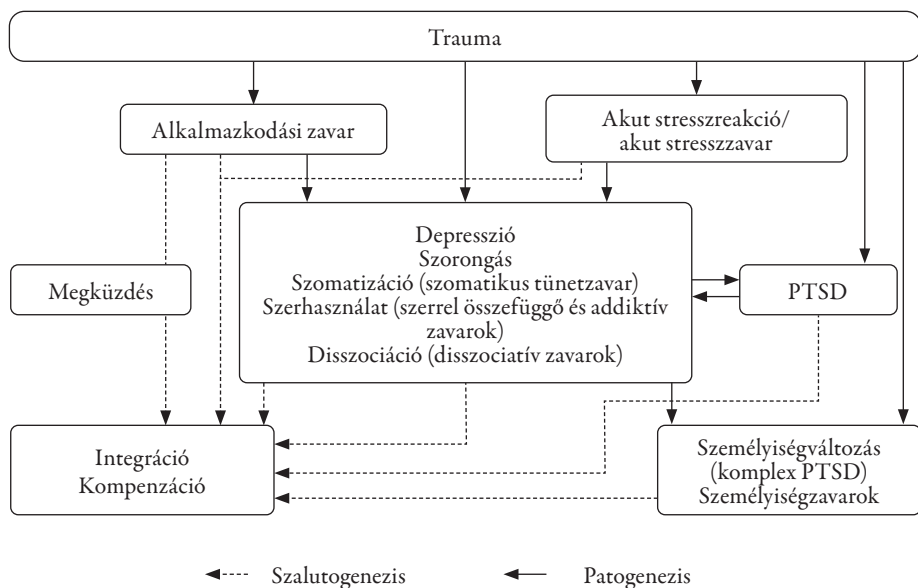
Moretti (2021) úgy fogalmaz, hogy a *trauma* szó hallatán leggyakrabban valamilyen *fizikai* történéstre asszociálunk elsőként, mint például háborúra, balesetre vagy szexuális abúzusra, azonban a traumatikus helyzetek ettől jóval szélesebb palettán fordulhatnak elő. A traumáról Pohárnok és Lénárd azt írják, hogy

„a trauma szó eredeti jelentése a szomatikus orvosláshoz kötött. Eredetileg külső behatásokra keletkező testi sérülést értettek rajta, s az orvostudományban ma is gyakran ebben az értelemben használják (pl. traumatológia, sebészet). A pszichológia, pszichiátria az orvostudomány ezen területéről vette át e fogalmat, és olyan szempontokat tart a trauma fogalmával kapcsolatban fontosnak, mint a pszichés traumát okozó esemény hevessége, a szervezet egészét érintő mivolta, illetve az a jellegzetessége, hogy az egyén megküzdési kapacitásán túlmutató helyzetről, eseményről van-e szó” (POHÁRNOK–LÉNÁRD 2015: 221).

Andreasen (1985) a pszichés traumák kapcsán azt írja, hogy azok közös jellemzői között jelenik meg az intenzív félelem, a kiszolgáltatott és kontrollvesztett állapot, valamint a megsemmisüléstől való félelem érzése.

A pszichoanalitikus Mitchell szerint (1999) a trauma olyan eseményt követően kialakuló állapot, amely az egyén láthatatlan védőrétegét megsebzí, és amely nem gyógyítható a jól bevált és addig jól működő megküzdési stratégiákkal. Amiben azonban a legtöbb szakember egyetért, hogy a trauma, traumatikus helyzetek legfontosabb pszichés következményei között a kiszolgáltatottság és tehetetlenség érzését, az extrém fokú (pszichés) megterhelést, a világba és annak igazságosságába vetett hit összeomlását és a kapcsolatok szétesését tarthatjuk számon (POHÁRNOK–LÉNÁRD 2015).

A traumatikus események sokféleképpen klasszifikálhatók, amelyek közül talán a legtöbbet idézett klasszifikáció a trauma időszakossága alapján differenciál, megkülönböztetve akcidentális, eseti krízisekből fakadó traumákat (például munkahely elvesztése) és időben tartós, hosszan fennálló krízisekből eredő traumákat (például tartós családon belüli erőszak, szexuális erőszak) (POHÁRNOK–LÉNÁRD 2015). Az akcidentális krízisekből eredő traumákkal az egyén jellemzően gyorsabban meg tud küzdeni, míg a hosszan fennálló krízis okozta traumák komoly pszichopatológiai és pszichés funkcióvesztésekkel járhatnak. Ezeket a hosszú távú negatív következményeket, valamint a trauma komplex hatásmechanizmusát hivatott megjeleníteni az 1. ábra.



1. ábra: A traumatikus események lehetséges kimenetelei

Forrás: FLATTEN 2005: 302

Az 1. ábra jól mutatja, hogy a különböző traumatikus események miként képesek átformálni a traumát átélt személy személyiségét, mentális állapotát. Amint látjuk, a feldolgozatlan trauma mentén számos pszichés diszfunkció, szélsőséges esetben mentális zavarok alakulhatnak ki, amelyek közül kiemelt figyelmet érdemel a poszttraumatikus stressz-zavar (PTSD), ami jelen írásunk egyik központi eleme is.

A traumát átélt személynél – az ábra magyarázatát követve –, amennyiben az azt kiváltó eseménnyel valamilyen okból kifolyólag nem tud eredményesen megküzdzeni, akut stressz-zavar vagy hangulatzavarok (depresszió, szorongás) kialakulása valószínűsíthető, illetve ennél komolyabb és komplexebb következményként akár PTSD, illetve a személyiség visszafordíthatatlan torzulása és bizonyos személyiségzavarok kialakulása is felfedezhető. Kutatók többek között azt találták, hogy például a *borderline* személyiségzavar kialakulása mögött egy, a múltban történt, kezeletlen traumatikus esemény húzódik meg, amely az esetek túlnyomó részében szexuális erőszakos cselekmény volt (KURITÁRNÉ SZABÓ – MERZA 2017; MERZA – PAPP – KURITÁRNÉ SZABÓ 2017; ZHANG et al. 2013; BANDELOW et al. 2005; HELGELAND–TORGESEN 2004).

A *borderline* személyiségzavar mellett, a traumatikus eseményeket követően gyakori a PTSD kialakulása is, így fontosnak érezzük – többek között személyes érintettség okán is –, hogy erről a pszichés jó- és jóllétet és stabilitást veszélyeztető zavarról egy külön fejezetben, részletesebben is szót ejtsünk.

A poszttraumatikus stressz-zavar (PTSD)

A PTSD, amely értelmezhető patológiás félelmi reakcióként (HÁRDI–KROÓ–KÉRI 2021), a traumával összefüggő zavarok egyike, amelyet a DSM³ (American Psychiatric Association 2022) és a BNO⁴ (WHO 2022), a mentális zavarok két nozológiai és klaszszifikációs rendszere, mentális zavarként értékeli. Kialakulása mögött valamilyen súlyos traumatikus esemény húzódik meg, amely lehet egy közúti baleset, szexuális bántalmazás, elutasítás, vagy csak a későbbi beteg szemtanúja lesz valaki megsérülésének vagy halálának (HÁRDI–KROÓ–KÉRI 2021).

A PTSD tünettartalmát mind a DSM (American Psychiatric Association 2022), mind a BNO (WHO 2022) pontosan és részletgazdagon írja le, amely komplex leírás nagyban megkönnyíti a klinikai pszichodiagnosztikát – szükség is van rá, mivel a PTSD diagnosztizálása a komplex tünetegyüttes miatt nem egyszerű feladat. A vezető tüneteket a klinikai pszichológia négy tünetcsoportba sorolja, nevezetesen: 1. intruzív, betolakodó, *flashbackszerű* élmények; 2. elkerülésre irányuló viselkedés; 3. a kognitív funkciók és az érzelmi élet negatív irányú változása; 4. fokozott arousalszint, megemelkedett éberségi állapot és reaktivitás. Egyes esetekben a PTSD disszociatív tünetekkel is járhat, mint a derealizáció vagy deperszonalizáció: „ilyenkor azt mondják a betegek, hogy olyan, »*mintha nem a saját testében lenne*«, vagy »*mintha kívülről nézné önmagát*«. Különösen gyakran a megkínzott, bántalmazott áldozatok számolnak be deperszonalizációs, derealizációs tünetekről” (HÁRDI–KROÓ–KÉRI 2021: 308). Kerekes (2015) kiemeli, hogy a PTSD kialakulásában nem csupán maga a traumatikus esemény játszik fontos szerepet, hanem a pre-, peri- és poszttraumás rizikófaktorok. A peritraumatikus rizikófaktorok állandó jelleggel vannak jelen a személy életében, és működésük független a traumatikus eseménytől – ilyen pretraumatikus rizikótényezők lehetnek a genetikai és demográfiai tényezők, a személyiségvonások és a szociális közeg. A peritraumatikus rizikótényezők – mint az anatómiai-neurológiai stressz-szabályozó folyamatok milyensége – állapota és működése közvetlenül a trauma időpontjában játszik fontos szerepet:

„a traumatikus esemény alatt a szervezet védelméhez szükséges a katekolaminok, illetve glükokortikoidok jelenléte, de ha akár a traumatikus esemény ismétlődő volta, akár más (pl. korábbi pszichés zavarok) miatt jelenlétük érzékenyíti a személyt vagy a hormonszabályozás zavart szenved, akkor a PTSD kialakulásának valószínűsége megnövekszik” (KEREKES 2015: 260).

A poszttraumatikus rizikótényezők közé a trauma következményeként létrejövő – biológiai – változások tartoznak, például neuroendokrin- és EEG-vel is jól mérhető potenciálváltozások.

A PTSD pszichoterápiás kezelése során a legnépszerűbb eljárás kétségtelenül a kognitív viselkedésterápia (CBT), valamint az EMDR-terápia. Előbbi a traumatizáltságra, trauma-pszichoedukációra fókuszál, valamint a trauma hatásainak le- és felülírására, míg utóbbi terápiás eljárás alapja a szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve.

⁴ Betegségek Nemzetközi Osztályozása.

(HÁRDI–KROÓ–KÉRI 2021; MORETTI 2021). Ez esetben „a stimuláció célja, hogy a traumatikus emlék erős érzelmi töltetétől megváljon, és a személy képessé váljon a traumatikus élményre való visszaemlékezésre. A terápia hatására a traumatikus emlék újraintegrálódik a személyes élettörténetbe” (HÁRDI–KROÓ–KÉRI 2021: 311).

A PTSD-vel kapcsolatos kutatások az esetek többségében a polgári, civil környezetre fókuszálnak (KURITÁRNÉ SZABÓ – MERZA 2017; MERZA – PAPP – KURITÁRNÉ SZABÓ 2017; ZHANG et al. 2013; BANDELOW et al. 2005; HELGELAND–TORGESEN 2004), ugyanakkor nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a PTSD kialakulásával veszélyeztetett populáció közé tartozik többek között a katonai populáció – különösen azok, akik missziókban vesznek részt (SZTANKAI 2014; SCHILD 2014), valamint a rendészeti állomány tagjai is (KLIMLEY – VAN HASSELT – STRIPLING 2018; KOVÁTS, 2015; ELMQVIST et al. 2009).

Hartman (2011) szerint a PTSD kialakulása tizenkét lépcsőben megy végbe. Az első lépés a stresszor, vagyis az aktiváló esemény, amely a distresszhelyzetet kiváltja. Ezt követi előbb az érzelmi, fizikai és spirituális „fájdalom”, amikor a beteget előntik a traumatikus eseménnyel kapcsolatos élmények, majd harmadik lépésként megjelenik az összezavarodottság élménye, amikor a beteg kezd elbizonytalanodni saját emlékeiben. Negyedik lépésként megjelenik a büntudat érzése, majd a szégyenérzet és az önértékelés csökkenése érzékelhető. A hetedik lépéstől jelennek meg a patológiai jegyek: előbb a szorongás, majd a kóros félelem. A kilencedik lépésnél megjelenik a harag és az indulatosság, amely sok esetben támadó magatartást alakít ki a betegnél. Ezt követően állandósul a depresszív hangulat, majd utolsó lépésként kialakul az akut szorongás.

A tizenkét lépés az esetbemutatásban közölt eseményfolyamban is azonosítható: az aktiváló rendőri intézkedés során megjelenő élet és testi épség elleni támadás komoly distresszforrásként volt jelen a szolgálatirányító parancsnok életében, majd megjelent a büntudat és a felelősség érzése, végül kialakult az akut szorongás. Szerencsére a deprimált hangulat és a szorongásos állapot ma már a múlt része, és a hivatásos kolléga ma már gyógyultan, a PTSD-ből felépülve, ismét adaptívan éli mindennapjait – ehhez azonban az időn kívül még olyan tényezők is szükségesek voltak, mint a reziliencia és a poszttraumás növekedés.

Adaptív megküzdés: poszttraumatikus növekedés, reziliencia és társas támogatás

Adaptív megküzdésről abban az esetben beszélünk, ha a kialakult krízishelyzettel és traumatikus eseménnyel az egyén sikeresen meg tudott küzdeni, az abból fakadó változásokat sikeresen tudta integrálni mindennapi életvitelébe és személyiségműködésébe, és megszűnt a pszichés instabilitás, azaz az egyén minden tekintetben eredményesen meg tudott küzdeni a kritikus helyzettel és az abból származó diszfunkciókkal. A sikeres megküzdés több mindentől is függ, többek között az egyénre jellemző megküzdési stratégiáktól vagy más megnevezéssel, *coping* technikától, valamint függ az egyén rezilienciájától és a poszttraumatikus növekedésre való képességétől is. Az alábbiakban ezekről ejtünk néhány szót.

Poszttraumás növekedés

A múlt század pszichotraumatológia-kutatásai még a traumákból következő patológiás személyiségváltozásokra fókuszáltak, azonban a pozitív pszichológia megjelenése után, az 1990-es éveket követően fokozatosan előtérbe került a pozitív lélektani következmények feltérképezése (TANYI 2015), amelyeket empirikusan igazolt eredményekkel igyekeztek alátámasztani. Ezeknek az eredményeknek köszönhetően ma már a trauma hatásai spektrumszemléletben értelmezendők: a spektrum egyik végén a negatív, patológiás következmények, míg a másik végén a pozitív, személyes növekedést elősegítő következmények helyezhetők el.

A poszttraumatikus növekedés (PTN) terminológia kidolgozása és konceptualizálása Tedeschi és Calhoun (1996) nevéhez fűződik. „A jelenség elnevezése a traumatikus életeseményeket átélő egyénben lezajló olyanfajta személyiségfejlődésre utal, amely felülmúlja a trauma előtti fejlettségi állapotot” (TANYI 2015: 273).

A Tedeschi és Calhoun által megalkotott PTN úgynevezett többdimenziós funkcionális-leíró modell, amelynek öt különböző dimenzióját különíthetjük el (TANYI 2015; TEDESCHI–CALHOUN 2004):

- *az élet megbecsülésének felértékelődése, az egyéni prioritásokban bekövetkező változások*: megváltozik a dolgok fontossági sorrendje az egyén számára, jobban megbecsüli az életet és annak fontosságát – a múlt történeteiről az itt és mostra helyeződik át a fókusz;
- *igény az érzelmileg támogatóbb társas kapcsolatokra*: a traumát követően a társas kapcsolatok fontossága felértékelődik, az egyén jóval több időt és energiát szentel szeretteinek, az egyénben nő az empátiára és az együttérzésre való képesség;
- *új lehetőségek, új életpályák az egyén életében*: az egyén felismeri, hogy addigi céljai közül melyek azok, amelyekért érdemes tovább küzdenie, és melyek azok, amelyek elengedése és lezárása szükséges – a felismerések új lehetőségeket nyitnak meg az egyén számára, újra megtalálhatja az élet értelmét, új utakra léphet, és akár pályát is módosíthat;
- *spiritualitás*: megjelennek az egzisztenciával kapcsolatos foglalkozások – például *Mi az élet értelme?*;
- *az egészség értékelése, az egészségmagatartás pozitív irányú változása*: ez a dimenzió különösen azoknál hangsúlyos, akik valamilyen komoly organikus megbetegedést győznek le – könnyebben hagynak fel korábbi egészségkárosító magatartásukkal vagy kezdenek tudatos életmódváltásba.

A PTN a pszichoterápiás folyamatban is fontos szerephez jut: míg a terápiás ülések döntő többsége az averzív ingerek és tünetegyüttesek redukálására fókuszál, addig a PTN – egyelőre – viszonylag kevés fókuszot kap (TANYI 2015). Ugyanakkor léteznek olyan, a pszichoterápiában alkalmazott technikák, amelyek nagyban hozzásegítik a kliens a PTN megéléséhez. Ilyen technika például a konstruktív megküzdés és a kognitív feldolgozás támogatása, valamint a személyes motívumok, az énkép, a nagyobb életcélok feltárása és elemzése (TANYI 2015).

Reziliencia, a mentális ellenálló képesség

A rezilienciakutatások már az 1970-es években megjelentek, ennek ellenére a mai napig nem született konszenzuson alapuló definíciója (KNAPEK – KURITÁRNÉ SZABÓ 2015), ahogyan az sem egyértelmű, hogy a reziliencia személyiségvonásként vagy dinamikus folyamatként van-e jelen életünkben (BENSIMON 2012; RUTTER 2006; CONNOR–DAVIDSON 2003). Hjemdal és munkatársai (2006) például úgy határozzák meg a rezilienciát, mint protektív tényezők és folyamatok összessége, amelyek hozzájárulnak az adaptív működéshez annak ellenére, hogy az egyén jelentős rizikótényezőnek és traumának van kitéve.

A reziliencia ökológiai elmélete szerint (BRONFENBRENNER 1995) a kora gyermekkori tapasztalatok, különösen az egyéni jellemzők, mint a nyitottság, a barátságosság, az extroverzió, spiritualitás, optimizmus; a közvetlen környezet, mint a családi státusz és a nem bántalmazó szülői háttér; valamint a szociális kontextus jelentős hatást gyakorolnak a reziliencia kialakulására és fejlődésére. Bronfenbrenner (1995) kiemeli, hogy a szociális kontextus mind a mikrorendszereket (például család), mind az azokon kívüli, rendszerszintű elemeket magába foglalja – azokat, amelyekkel a gyermek csak közvetve kerül kapcsolatba (például szülők munkahelye).

Más megközelítés szerint megkülönböztetünk externális és internális rezilienciát (WEKERLE–WAECHTER–CHUNG 2012). *Externális reziliencia* a külső forrásokból származó stabilitás és ellenálló képesség – ilyen külső forrás lehet a család vagy a közvetlen baráti kapcsolatok, valamint az ezek által nyújtott biztonságérzet, a megbecsültség érzése és a stabilitás. Az *internális reziliencia* ezzel szemben neurokognitív működésből eredő rugalmas ellenálló képességet jelent, amely két összetevőből, az úgynevezett proximális és disztális megismerő folyamatokból áll. Előbbihez tartoznak a traumával kapcsolatos emlékek, míg utóbbi a szociális kogníciókat tartalmazza, például a magunkról való tudásunkat, vagy az optimális párkapcsolatról kialakított képünket. Az adaptív megküzdés optimális esetben mindkét reziliencia aktiválásával megy végbe: az externális reziliencia segít az érzelmek stabilitásában és a társas támasz kialakításában, míg az internális reziliencia a saját magunkra vonatkozó negatív sémák és vélekedések felülírásában segítkezik (például, hogy a szexuális erőszak áldozataként, annak megtörténteért nem mi vagyunk a felelősek).

A társas támogatás

Tanulmányunk írásakor úgy gondoltuk, hogy fontos megemlíteni a téma kapcsán egy olyan szegmenst, amelyről ritkán olvashatunk a hasonló tematikájú cikkekben – ez pedig a hozzátartozók, a család és a barátok köre, akik ugyanúgy ki vannak téve a PTSD következményeinek, igaz, teljesen más aspektusból. Ugyanis a PTSD-ben szenvedő, a rendvédelemben szolgálatot teljesítő személy a beosztási helyén a szükséges intézkedéseket követően a hozzátartozók körébe, otthonába fog megérkezni. Egy, a traumatikus esemény hatására felfokozott érzelmi állapotban lévő, szolgálatot teljesítő személy egy rendkívüli, meg nem szokott szituációból hirtelen, rövid időn belül egy stabil, biztonságos, nyugodt milióbe kerül, amelyhez gyorsan adaptálnia kell. A hozzátartozókkal a normális kontextust

rutinból is véghez tudja vinni, de itt lenne az a momentum, amikor a hozzátartozó szerepe hangsúlyossá válik.

Az esettanulmányból is látszik, hogy egy nem hétköznapi esemény mennyire komoly hatással van a tágabb közeg, így a család életére is. A szolgálatirányító parancsnok elmondása alapján láttuk, hogy a PTSD-t követően a hozzátartozók a kialakult szituációt nem tudták kezelni, mivel nem ismerték sem a PTSD-t, sem pedig a PTSD viselkedéses és egyéb jeleit, segítséget pedig nem mertek kérni.

Az ember azonban társas lény – szoktuk mondani, ami evolúciós pszichológiai kutatások alapján alá is támasztott kijelentés (BERECZKEI 2002, 2005). A társas kapcsolatok, az interperszonális kötődések támogató szerepe a PTSD-ben megkérdőjelezhetetlen, ugyanis a büntudat, a szégyenérzet enyhítésének legerőteljesebb forrása lehet (KEREKES 2015). A társas támogatás mindkét félnek, a traumát átélőnek és a hozzátartozóinak is komoly feladat lehet: míg előbbinek felül kell kerekednie az általános bizalmatlanságon és bizalomvesztésen, addig „a támogató személynek is meg kell találnia az egyensúlyt abban, hogy mely pontokon érdemes toleránsnak és türelmesnek lennie, és melyek azok a pontok, ahol hosszú távon pont a toleráns viselkedés növelheti a személy szégyenérzetét” (KEREKES 2015: 264).

Összegzés és javaslatok

Jelen tanulmányunkban arra kíséreltük meg felhívni a figyelmet, hogy a rendkívüli események kezelése nem csupán intézkedéstaktikai szempontból hangsúlyos, hanem kríziskezelési és krízislélektani aspektusai is jelentősek. Célunk volt rámutatni arra, hogy egy rendkívüli esemény milyen pszichés funkcióvesztéssel járhat, és hogy súlyos kimenetelként akár olyan mentális zavarok is kialakulhatnak, mint a PTSD, amelynek kezelése komplex, holisztikus megközelítést kíván meg.

Ugyanakkor számos kiaknázatlan lehetőséggel és megválaszolandó kérdéssel találkozunk a téma mélyebb vizsgálata során.

Először is említést kell tenni az ön- és közveszélyes állapotok intézkedéslélektani kutatásainak hiányáról. Napjainkban egyre gyakrabban találkozunk a hivatásos kollégák olyan helyzetekkel, amelyek során közvetlen veszélyeztető magatartással kell szembenéznünk (legyen akár rendészeti, akár büntetés-végrehajtási terület), ugyanakkor ezekről a helyzetekről keveset tudunk. Célszerű lehet az ilyen helyzeteket dinamikai szempontból elemezni, továbbá érdemes lenne annak vizsgálata is, hogy a végrehajtó állomány milyen kríziskommunikációs ismeretekkel és gyakorlati tudással bír.

Célszerű lehet annak vizsgálata is, hogy a végrehajtói állomány mennyire dolgozik és gondolkodik traumatudatosan – sok esetben a sértetti oldal traumatizáltságával találkozunk, ugyanakkor kérdés, hogy a végrehajtói állományt veszélyeztető vikariáló traumatizációról, vagy akár a PTSD-ről, annak veszélyéről és tüneteiről rendelkeznek-e ismerettel, ha pedig igen, milyen mélységben.

Fontosnak látjuk annak megemlítését is, hogy az esetleíráshoz hasonló esetek során mennyire fontos lenne a hozzátartozók edukálása. Az esettanulmányban is láttuk, hogy a PTSD-t átélt hivatásos személy közeli hozzátartozói, családtagjai nem rendelkeztek

ismerettel a PTSD-t illetően, ezért annak jeleit sem tudták felismerni, ahogyan a gyógyulás mikéntjéről sem volt ismeretük. Prioritás lenne egy rendkívüli eseményt átélő rendvédelmi személy hozzátartozóit kellő információval ellátni, mind a tágabb értelmezésben kezelt krízisélektanról, mind a szűkebb értelemben vett, krízisek következtében kialakuló mentális diszfunkciókról és a krízisintervenciók lehetőségekről.

A szolgálatirányító parancsnok elmondása alapján a PTSD-vel kapcsolatos platformján sokszor privátban is megkeresik és tanácsokat kérnek tőle, ezért fontos lenne ennek a területnek az újragondolása, mivel a megváltozott világban és társadalomban egyre több alkalommal szembesülnek traumatikus eseményekkel munkájuk során.

Felhasznált irodalom

- American Psychiatric Association (2022): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition, Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- ANDREASEN, N. C. (1985): Posttraumatic Stress Disorder. In KAPLAN, Harold I. – SADOCK, Benjamin J. (szerk.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Fourth Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 918–924.
- BANDELOW, Borwin et al. (2005): Early Traumatic Life Events, Parental Attitudes, Family History, and Birth Risk Factors in Patients With Borderline Personality Disorder and Healthy Controls. *Psychiatry Research*, 134(2), 169–179. Online: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008>
- BÁNFALVI Attila (2015): Abúzus, trauma, értelem. In KURITÁRNÉ SZABÓ Ildikó – TISLJÁR-SZABÓ Eszter (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna... A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*. Budapest: Oriold és Társai, 75–88.
- BENSIMON, Moshe (2012): Elaboration on the Association Between Trauma, PTSD and Posttraumatic Growth: The Role of Trait Resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782–787. Online: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>
- BERECZKEI Tamás (2002): Evolúciós pszichológia: Új szemlélet a viselkedéstudományokban. *Magyar Tudomány*, 47(1), 8–19. Online: https://epa.oszk.hu/00600/00691/00256/pdf/EPA00691_mtud_2002_01_008-019.pdf
- BERECZKEI Tamás (2005): Az evolúciósan értelmezett ember. *Magyar Tudomány*, 166(11), 1355–1365. Online: <https://epa.oszk.hu/00600/00691/00023/07.html>
- BODA József szerk. (2019): *Rendészettudományi szakszlexikon*. Budapest: Dialóg Campus. Online: https://real.mtak.hu/153920/1/743_Rendeszettudomanyai_Szakszlexikon_e_2020_04_28_.pdf
- BRONFENBRENNER, Urie (1995): Developmental Ecology Through Space and Time: A Future Perspective. In MOEN, Phyllis – ELDER, Glen H. – LÜSCHER, Kurt (szerk.): *Examining Lives in Context: Perspectives on the Ecology of Human Development*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 619–647. Online: <https://doi.org/10.1037/10176-018>
- CASPAR Luca – SRÁDI Péter – GASZNER GÁBOR (2024): A Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Emelt Biztonságú Pszichiátriai Osztály bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 39(3), 242–253. Online: https://doki.net/tarsasag/upload/pszichiatria/magazine/ph_2024_3_gaszner.pdf
- CONNOR, Kathryn M. – DAVIDSON, Jonathan R. T. (2003): Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. Online: <https://doi.org/10.1002/da.10113>

- ELMQVIST, Carina et al. (2009): Being First on the Scene of an Accident – Experiences of ‘Doing’ Prehospital Emergency Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 266–273. Online: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00716.x>
- FLATTEN, Guido (2005): Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD). In EGLE, Ulrich Tiber – HOFFMANN, Sven O. – JORASCHKY, Peter (szerk.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Stuttgart: Schattauer, 297–315.
- GASZNER Gábor (2021): Agresszivitás. A violens beteg multidiszciplináris kezelése. In NÉMETH Attila (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina, 803–807.
- HARTMAN, Randy J. (2011): *The Twelve Steps to the Formation of PTSD*. American Association of Professional Hypnotherapists.
- HÁRDI Lilla – KROÓ Adrienn – KÉRI Szabolcs (2021): Traumával és stresszszorral összefüggő zavarok. In NÉMETH Attila et al. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina, 307–312.
- HELGELAND, Margareth I. – TORGESSEN, Sverre (2004): Developmental Antecedents of Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 138–147. Online: <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2003.09.001>
- HEROLD Róbert et al. (2021): Szkizofréniáspektrum és más pszichotikus zavarok. In NÉMETH Attila et al. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina, 237–259.
- HJEMDAL, Odin et al. (2006): A New Scale for Adolescent Resilience: Grasping the Central Protective Resources Behind Healthy Development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39(2), 84–96. Online: <http://dx.doi.org/10.1080/07481756.2006.11909791>
- KEREKES Zsuzsanna (2015): A poszttraumás stressz. In KISS Enikő Csilla – SZ. MAKÓ Hajnalka (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pannonia Könyvek, 248–275. Online: <https://bit.ly/4iKwPxR>
- KLIMLEY, Kristin E. – VAN HASSELT, Vincent B. – STRIPLING, Ashley (2018): Posttraumatic Stress Disorder in Police, Firefighters, and Emergency Dispatchers. *Aggression and Violent Behavior*, 43, 33–44. Online: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.08.005>
- KNAPEK Éva – KURITÁRNÉ SZABÓ Ildikó (2015): Reziliencia: rugalmas ellenálló képesség a gyermekkori bántalmazással szemben. In KURITÁRNÉ SZABÓ Ildikó – TISLJÁR-SZABÓ Eszter (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna... A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*. Budapest: Oriold és Társai, 251–268.
- KOVÁTS Daniella (2015): A rendészeti munka mentálhigiénés kérdései. *Magyar Rendészet*, 15(1), 21–38. Online: <https://real.mtak.hu/216575/1/nemesanita.pdf>
- KURITÁRNÉ SZABÓ Ildikó – MERZA Katalin (2017): A szexuális bántalmazás és a borderline tünetprofil összefüggései. In PARTI Katalin (szerk.): *Szexuális erőszak: mítosz és valóság. Kutatások a szexuális erőszakról*. Budapest: Országos Kriminológiai Intézet, 89–127. Online: <https://ebib.lib.unideb.hu/ebib/CorvinaWeb?action=cclfind&resultview=longlong&ccltext=idno+BIBFORM071482>
- McMILLEN, Curtis J. (2004): Posttraumatic Growth: What’s It All About? *Psychological Inquiry*, 15(1), 48–52.
- MERZA Katalin – PAPP Gábor – KURITÁRNÉ SZABÓ Ildikó (2017): Borderline személyiségzavar és gyermekkori traumatizáció. In KURITÁRNÉ SZABÓ Ildikó – TISLJÁR-SZABÓ Eszter (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna... A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*. Budapest: Oriold és Társai, 167–184.
- MITCHELL, Juliet (1999): Trauma, felismerés és a nyelv helye. *Thalassa*, 10(2–3), 61–82. Online: [http://imago.mtapi.hu/a_folyoirat/e_szovegek/pdf/\(10\)1999_2-3/061-81_J-Mitchell.pdf](http://imago.mtapi.hu/a_folyoirat/e_szovegek/pdf/(10)1999_2-3/061-81_J-Mitchell.pdf)

- MORETTI Magdolna (2021): EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) terápia. In NÉMETH Attila et al. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina, 675–687.
- OSVÁTH Péter – VÖRÖS Viktor – FEKETE Sándor (2017): Öngyilkos magatartás és személyiségzavarok. In TÉNYI Tamás (szerk.): *Személyiségzavarok – klinikum és kutatás*. Budapest: Medicina, 247–266.
- POHÁRNOK Melinda – LÉNÁRD Kata (2015): A trauma lélektana. In KISS Enikő Csilla – SZ. MAKÓ Hajnalka (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pannónia Könyvek, 221–234. Online: <https://bit.ly/3KCjXgK>
- RIHMER Zoltán – FEKETE Sándor – GONDA Xénia (2021): Öngyilkosság. In NÉMETH Attila et al. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina, 792–802.
- RUTTER, Michael (2006): Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1–12. Online: <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- SCHILD Marianna (2014): A katonai létből adódó krízishelyzetek pszichológiai hátterei. *Műszaki Katonai Közlöny*, 24(1), 259–274. Online: https://mkk.uni-nke.hu/document/mkk-uni-nke-hu/2014_1_21%20Schild.pdf
- SZTANKAI Krisztián (2014): A külföldi missziók pszichés kockázatai. *Hadtudományi Szemle*, 7(1), 289–295. Online: http://epa.oszk.hu/02400/02463/00022/pdf/EPA02463_hadtudomanyi_szemle_2014_01_289-295.pdf
- TANYI Zsuzsanna (2015): A trauma pozitív hozadéka: a poszttraumás növekedés. In KURITÁRNÉ SZABÓ Ildikó – TISLJÁR-SZABÓ Eszter (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció elmélete és terápiája*. Budapest: Oriold és Társai, 269–290.
- TEDESCHI, Richard G. – CALHOUN, Lawrence G. (1996): The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. Online: <https://doi.org/10.1007/bf02103658>
- TEDESCHI, Richard G. – CALHOUN, Lawrence G. (2004): Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. Online: http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- VÖRÖS Viktor – OSVÁTH Péter – TÉNYI Tamás (2021): Pszichiátriai sürgősség – pszichiátriai sürgősségi állapotok. In NÉMETH Attila et al. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina, 769–791.
- WEKERLE, Christine – WAECHTER, Randall – CHUNG, Ronald (2012): Contexts of Vulnerability and Resilience: Childhood Maltreatment, Cognitive Functioning and Close Relationships. In UNGAR, Michael (szerk.): *The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice*. New York: Springer, 187–198. Online: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3_16
- World Health Organisation (2022): *The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11)*. Genf: WHO.
- ZHANG, Tian Hong et al. (2013): Childhood Maltreatment Profile in a Clinical Population in China: A Further Analysis With Existing Data of an Epidemiologic Survey. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 856–864. Online: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.014>

Jogi források

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

295/2010. (XII. 22.) Korm. rendelet a terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól

18/2020. (V. 29.) BVOP utasítás a fogvatartotti krízisek, öngyilkossági kísérletek és önártalmak megelőzéséről

50/2020. (X. 16.) BVOP utasítás a büntetés-végrehajtási szervezetben szolgálatot teljesítő pszichológusok szervezeti jogállásáról és a fogvatartottakkal végzett tevékenységéről