

LXII. ÉVFOLYAM 2010/1-2 szám/SUPPLEMENTUM

HONVÉDORVOS

A MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATA, A NATO KATONA-EGÉSZSÉGÜGYI KIVÁLÓSÁGI KÖZPONT
ÉS A MAGYAR KATONAI KATASZTRÓFAORVOSTANI TÁRSASÁG LAPJA



SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Elnök: Dr. Németh András Elnökhelyettes: Dr. Orgován György

Főszerkesztő: Dr. Hideg János Főszerkesztő helyettes: Dr. Grósz Andor

Tagok: Dr. Bakity Boldizsár, Dr. Faludi Gábor, Dr. Gachályi András, Dr. Kopcsó István,
Dr. Kovács László, Dr. Radnóti Gábor, Dr. Rókusz László, Dr. Schandl László, Dr. Svéd László,
Dr. Szilágyi Zsuzsanna, Dr. Zsíros Lajos

HONVÉDORVOS

A MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATA,
A NATO KATONA-EGÉSZSÉGÜGYI KIVÁLÓSÁGI KÖZPONT
ÉS A MAGYAR KATONAI-KATASZTRÓFAORVOSTANI
TÁRSASÁG LAPJA

LXII. ÉVFOLYAM
2010/1-2. szám/supplementum

HONVÉDORVOS SZERKESZTŐSÉGE
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. vagy 1555 Budapest Pf.: 68.
Telefon: 4651-800/713-12

Kiadja: MOHA Nyomdaipari és Kiadó Kft., 1047 Budapest, Tinódi u. 22. Tel.: 390-1029
Kiadásért felelős: Harkai István, e-mail: honvedorvos@mohakft.hu
Index: 25376 HU ISSN 0133-879X

TARTALOM

Előszó (Dr. Tarnóczi Richárd ezds., Ph.D.)	5
Nagyné Bereczki Szilvia őrgy., Ph.D., Tóth Zsuzsa fhdgy. A játékszenvedély vizsgálata a Magyar Honvédségnél	10
Nyerges Csaba szds. A diszpozicionális optimizmus és a külszolgálati missziók kapcsolata a Magyar Honvédség állományában	18
Kovács Péter alez. Egy szervezeti diagnózis tapasztalatai	24
Katona Tímea fhdgy. Misszió és motiváció: Munkaérték preferenciák és a külszolgálatra motiváló tényezők kapcsolata a Magyar Honvédség állományában	32
Györffy Ágnes szds. A katonanők férfiakétól eltérő pszichológiai jellemzői a katonai alapkiképzés során, kutatási eredmények fontos vonatkozásai az MH katonanői állományában	39
Szomolai Dóra, Kiss József A MH dohányzás leszokást támogató programjának további lehetőségei	50
Nagy Ildikó alez. A misszióból visszaérkezők reintegrációs programja és a PTSD kezelésének tapasztalatai a Magyar Honvédségben	59
Kósáné Koppányi Éva Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenációs Modellprogram keretében zajló mentálhigiénés és pszichoedukációs tevékenység tematikája	67
Hortobágyi Miklós Virtuális kiképzőrendszerek katonapszichológiai vonatkozásai	78
Markolt Norbert fhdgy. A debriefing: Egy krízisintervenciós módszer bemutatása és alkalmazásának lehetőségei a Magyar Honvédségben	85

CONTENTS

Foreword (Col. R. Tarnóczy)	5
Maj. Szilvia Bereczki, 1stLt. Zsuzsa Tóth The research of gambling in HDF	10
Capt. Cs. Nyerges Connection of dispositional optimism and deployment in the strength of HDF	18
Lt.Col. P. Kovács Experiences of an organization diagnosis	24
1st.Lt. Tímea Katona Deployment and motivation: workvalue preferences and factors of motivation within the peacekeeping operations at Hungarian Defense Forces . . .	32
Ágnes Györffy Woman soldiers' psychological features different from man soldiers during boot training. Significant relations of research results to woman soldiers strength of HDF	39
Dóra Szomolai, J. Kiss Possibilities of tobacco cessation support programmes in HDF	50
Lt.Col. Ildikó Nagy The reintegration program of soldiers returning from missions and the experiences of treatment of PTSD in the Hungarian Defence Forces	59
Éva Koppányi Syllabus of mentalhealth and psychoeducation activity in the scope of Complex Preventive Modell-program aiming the promotion of changing of lifestyle	67
M. Hortobágyi Virtual training systems, applications in military psychology	78
1st.Lt. N. Markolt Debriefing: Introducing a crisis intervention method and it's possible applications in Hungarian Defence Forces	85

**A 2009. április 16 - 17-én tartott
MH Főpszichológusi összevonás előadásai**

Előszó

A történelem során meghatározó módon járult hozzá a harci mozzanatok sikeréhez a haditechnika színvonala, azonban a legmagasabb szintű technikai eszközök önmagukban mit sem érnek a jól kiképzett katonák nélkül. Napjaink hadviselése a gép és az ember együttes tevékenységén alapszik, de egy tényező egyre inkább prioritást élvez, **az ember**. A MH Humánstratégia vonatkozó részei, valamint a NATO egészségügyi biztosítási elvei, illetve az AJP 4.10 (A) egészségügyi doktrína deklarált értékei méltóan fejezik ki ennek fontosságát. Mindezek alapján elengedhetetlen a megfelelő emberek kiválasztása és magas szintű kiképzése, a jól szocializált katonák megtartása, a moráljuk, motivációjuk és hatékonyságuk fenntartása. Ebben a katonapszichológia szerepe és felelőssége kiemelkedő mind belföldön, mind pedig műveleti területen.

Napjaink piacvezető szervezeteiben az erőforrások, idő és pénz közel 20%-át költik fejlesztésekre és kutatásokra, tekintettel arra, hogy két út létezik: vagy versenyképes marad a szervezet a folyamatos fejlesztések révén, vagy rövidesen nem tud sikereket elérni, így a kudarc és megszűnés borítékolható. Nincs más út a katonapszichológia előtt sem, a kutatások folytatása a katonapszichológiai létkérdése és nincs miért szégyenkezünk e területen sem. Katonapszichológiai kutatásaink, alkalmazott pszichológiai biztosítási rendszerünk hazai és szakmai körökben ismertek és elismertek, továbbá szoros együttműködés jellemző más NATO tagállamok szakembereivel. Ennek hátterében katonapszichológusaink magas szintű szakmai motivációja és a szervezet iránti lojalitása húzódik, amely a honvéd egészségügy elkötelezett támogatása mellett a jövőben garanciát jelent a további eredmények elérésére.

2008 óta minden évben egyszer alkalma nyílik a Magyar Honvédségnél szolgáló pszichológusoknak kutatási eredményeik bemutatására, tapasztalatuk és tudásuk megosztására a kongresszusként akkreditált MH főpszichológusi összevonásokon. Az előadások és poszterek színes, de egységes képet mutatnak a Magyar Honvédség pszichológiai, szakmai munkájáról. A szekciók összeállítása során vezérelyként szolgált minden szakterület eredményének bemutatása, amely témáit tekintve a műveleti területen történő alkalmazástól a prevenció és gondozás, felkészítés és kiképzés területén keresztül a kiválasztás aktuális kérdéseiig átfogó ismeretek átadását és megosztását célozta.

Jelen kötet bemutatja a 2009-ben végrehajtott összevonás tematikáját, továbbá az elhangzott előadásokból 10 cikket tartalmaz, amely aktualitását és tartalmát tekintve a magas szintű előadások közül is kiemelkedik. Történt mindez azzal a nem titkolt céllal, hogy az olvasó bepillantást nyerhessen az aktuális katonapszichológiai kutatásokba, továbbá részletes eredményeket mutasson be cikk formájában a releváns szakterületeket illetően további együttes gondolkodást generálva.

*Dr. Tarnóczy Richárd ezredes, Ph.D.
Intézetvezető főpszichológus,
MH főpszichológus*

**A 2009-ben végrehajtott MH főpszichológusi összevonás
részletes szakmai programja**
(2009. április 16.-17., Mályi)

2009. április 16.

MH Főpszichológusi összevonás megnyitása

Dr. Németh András o.ddtbk.

MH HEK

A műveleti alkalmazás pszichológiai aspektusai

Szekcióelnök: **Dr. Tarnóczy Richárd ezds.**

Dr. Tarnóczy Richárd ezds., Ph.D. (MH HEK)

A szervezeti kultúra – vezetési stílus: korrelátumok és konzekvenciák a HUN PRT vonatkozásában

Katona Tímea (MH HEK)

Misszió és motiváció: Munkaérték preferenciák és a külszolgálatra motiváló tényezők kapcsolata a Magyar Honvédség állományában

Limpár Imre (MH HEK)

A magyar katona halálfélelme és a halálhoz való viszonya a PTR-4 missziós állomány visszaillesztési tréningjének tükrében

Nyerges Csaba szds. (MH HEK)

A diszpozicionális optimizmus és a külszolgálati missziók kapcsolata a Magyar Honvédség állományában

Nagy Ildikó alez. (MH HEK)

A misszióból visszaérkező állomány reintegrációs programja és a PTSD kezelésének tapasztalatai a Magyar Honvédségben

Kerekesné Benedek Mária őrgy. (MH 1. HTHZ)

A tűzszerész balesetekről

Humánnum és hatékonyság

Szekcióelnök: **Molnár László alez.**

Kovács Péter alez. (MH HEK)

Dr. Tarnóczy Richárd ezds. (MH HEK)

A kompetenciaalapú kiválasztás metodikája a büntetés-végrehajtás szervezetében

Kovács Péter alez. (MH HEK)

Egy szervezeti diagnózis tapasztalatai

Markolt Norbert fhdgy. (MH HEK)

A debriefing: Egy krízisintervenció módszer bemutatása és alkalmazásának lehetőségei a Magyar Honvédségben

Hortobágyi Miklós (MH HEK)

Virtuális kiképzőrendszerek katonapszichológiai vonatkozásai

Molnár László alez. (MH HEK)

Azt mérjük, ami kell? A külszolgálatok alkalmasság vizsgálatának validitása

Serfőző Györgyi (MH HEK)

Pszichológiai vizsgálatok a II. fokú felülvizsgáló osztályon

Kovács Gabriella alez. (MH HEK)

Torzítások megjelenítése és kezelése a pszichikai alkalmasságvizsgálat során

Dr. Juhász Márta (BME Ergonómia és Pszichológiai Intézet)**Soós Juliánna (BME Ergonómia és Pszichológiai Intézet)**

A stressz hatása a team kommunikáció mintázatára

Tóth Eszter fhdgy. (MH HEK)**Nagyné Dr. Bereczki Szilvia őrgy. (MH HEK)****Tóth Zsuzsanna fhdgy. (MH HEK)**

Az MH HEK AVI-ban használt személyiségvizsgálati rendszer bemutatása

Tóth Zsuzsanna fhdgy. (MH HEK)

A PIK használata missziós katonák kiegészének vizsgálatában

Tóth Eszter fhdgy. (MH HEK)**Nagyné Dr. Bereczki Szilvia őrgy., Ph.D. (MH HEK)****Tóth Zsuzsanna fhdgy. (MH HEK)**

A pszichológiai immunrendszer bemutatása a Magyar Honvédségnél

2009. április 17.

A pszichológiai készenlét – helyzetkép és lehetőségek

Szekcióelnök: **Nagy Ildikó alez.**

Kósáné Koppányi Éva (MH HEK)

A „Komplex életmódváltást megcélzó prevenció modellprogram” keretében zajló pszchoeducációs és mentálhigiénés tevékenység tematikája

Szomolai Dóra (MH HEK)

A MH Dohányzás leszokást elősegítő programjának új lehetőségei

Bukta Tünde (MH HEK)

Megküzdési mód preferencia kérdőív eredményei a szűrővizsgálatok tükrében az MH LEK állományában

Túri Viktória fhdgy.,

Dr. Major Gyöngyi o.fhdgy.

Az MH HEK éves szűrésének eredményei a pszichoszomatika tükrében

Nagyné Dr. Bereczki Szilvia őrgy.

Tóth Zsuzsanna fhdgy.

A játékszenvedély vizsgálata a Magyar Honvédségnél

Hornyik József őrgy.

Szondiról másként. Régi módszerek új lehetőségek

Identitás és kommunikáció

Szekcióelnök: **Nagyné Dr. Berecki Szilvia őrgy.**

Györffy Ágnes fhdgy. (MH HEK)

A katonanők férfiakétól eltérő pszichológiai jellemzői a katonai alapkiképzés során, kutatási eredmények fontos vonatkozásai az MH katonanői állományában

Holló Gabriella fhdgy. (MH CKELMK)

A gender megjelenése a Magyar Honvédségben

Bada Olívia (MH HEK)

A rendvédelmi szervekhez jelentkezők kommunikációs stílusának összehasonlító vizsgálata

Tóth Eszter fhdgy. (MH HEK)

A Honvédség és reklám. A Magyar Honvéd c. magazin plakátjának hatásvizsgálata

Pszichológia a gyakorlatban

Szekcióelnök: **Kovács Gabriella alez.**

Choma Krisztina fhdgy. (MH 5. BI KL LD)

Humán szolgáltató iroda bemutatása

Andó Sándor alez. (HM TKF)

A csapatpszichológusi hálózat intézményrendszerének kialakításához kapcsolódó kérdések és válaszok

Szekeres György őrgy. (ZMNE)

A parancsnoki (vezetői) szemléletformálás a lélektan eszközeivel

Fekete Melina alez. (MK KFH)

Bepillantás a pszichológus szemével a Katonai Felderítő Hivatal történetébe és életébe

A MH főpszichológusi összevonas lezárása

*MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság,
Alkalmasságvizsgáló Intézet*

A játékszenvedély vizsgálata a Magyar Honvédségnél

**Nagyné Bereczki Szilvia szakpszichológus őrnagy, Ph.D.,
Tóth Zsuzsa pszichológus főhadnagy**

Kulcsszavak: játékszenvedély, diagnózis, differenciáldiagnózis, pszichoterápia, mérés

A játék, amennyiben túlzásba viszi valaki, legalább olyan súlyos következményekkel járhat, mint az alkohol- vagy droghasználat, ha nem súlyosabbakkal. A játékszenvedélyt (gambling) szer nélküli függőségnek is nevezik. Egészségromboló hatása nem olyan elsődleges, mint más addikcióknak, a magas öngyilkossági arány azonban azt jelzi, hogy gyakran végzetes kimenetelű az egyénre nézve, nem beszélve az egzisztenciális következményeiről, hiszen a játékszenvedélynek elkerülhetetlen velejárója az anyagi csőd.

A kóros játékszenvedély elsősorban a férfiakat érinti, témája ezért is különösen fontos Magyar Honvédségnél dolgozó pszichológusok, orvosok számára. A hazai és külföldi katonai feladatok sikeres teljesítéséhez elengedhetetlen az állomány testi és lelki egészségének megőrzése. Ezt szolgálja a rendszeres alkalmasság-vizsgálat, a missziót megelőző pszichológiai felkészítő, a hazaérkezést követő, a visszailleszkedést segítő tréning, valamint az itthoni állománnyal foglalkozó csapatpszichológusok munkája, illetve a mindenki számára elérhető mentálhigiénés gondozás.

Cikkünk célja a játékszenvedély bemutatása, a betegséggel, annak mérésével, felismerésével és terápiájával kapcsolatos alapvető tudnivalók összefoglalása, ezzel segítve a katonákkal foglalkozó orvosokat és pszichológusokat a betegség időben történő felismerésében és kezelésében.

I. A játékról – szenvedély nélkül

A játék mint örömforrás mindannyiunk életében jelen van gyermekkorunktól kezdve. Mindenki másféle játékot játszik szívesen, van, aki a műveltségi, esetleg logikai feladványokat szereti, mások inkább az ügyességi játékokat kedvelik. Bármilyen játékról van is szó, mindegyikben szükség

van ügyességre, leleményességre, kreativitásra. Emellett a játékok különböző szellemi és/vagy fizikai képességeket, készségeket igényelnek. És persze minden játékban fontos szerephez jut a szerencse, hiszen nem az nyer, aki a legügyesebb, hanem az, akinek a szerencse is kedvez.

A játékok megmérettetést is jelentenek,

ezáltal megtanítanak nyerni és veszíteni egyaránt. Sok játék társas élményt is nyújt egyben, elég, ha a társasjátékokra vagy a csapatsportokra gondolunk. A játék fejleszt, tanít, ugyanakkor kikapcsolódás, elszakadás a hétköznapiaktól. A játéknak nincsen célja, igazán akkor jó, ha maga a tevékenység önmagában örömet jelent a játékos számára. Vannak persze, akiknek hivatása a játék, gondoljunk az élsportolókra, vagy a hivatásos pókerjátékosokra, akiknek a megélhetését biztosítja a játék.

A szerencsejátékok egy részét egészen széles társadalmi körben játsszák, ilyen a lottó, a totó, a különféle kaparós sorsjegyek. Ezeknek a játékoknak közös jellemzője, hogy a végeredmény nem függ a játékos ügyességétől, pusztán a vakszerencse dönti el, hogy ki mikor, mennyit nyer. A játék fontos és elsődleges célja a pénzszerezés. A szerencsejátékok tehát alapvetően az emberek nyerési, nyerésszédési vágyára épülnek, valós teljesítmény nélküli, könnyen megszerezhető sikert ígérnek. Az emberek egy részét olyannyira rabul ejti a gyors meggazdagodás ígérete, hogy semmivel sem törődve, mindenüket (családjukat, vagyonukat) feláldozzák érte.

II. A kóros játékszenvedély

Nincs éles határ az egészséges és kóros játékszenvedély között. A szerencsejátékhoz fűződő viszonyunk három szintjét különböztetjük el a szakirodalomban [6]. Az első szint az úgynevezett szociális szint (ide tartozik az emberek többsége), amikor a játék kizárólag örömforrást jelent a játékos számára, nem befolyásolja az életvitelét, mindennapjait. A második szint a veszélyeztetett szint, amikor az illető a gondjai elől menekül a játékba, a mindennapi problémák okozta feszültségtől próbál megszabadulni. A szerencsejátékban azonban kódolva van a veszteség, így minél

többet játszik valaki, szükségszerűen annál többet veszít, annál több kudarc- és veszteségélmény éri, amelyekről újabb játékkal próbál megfélekedezni. Ebben az ördögi körbe belekerülve jutnak el a szerencsejátékosok a harmadik szintre, amely már a függőséget jelenti. A szerencsejáték-függők életét és gondolkodását teljesen kitölti a játék, illetve az ehhez szükséges pénz előteremtése. Az ilyen emberek családi, baráti kapcsolatai felbomlanak, munkájukat elhanyagolják, eladósodnak, gyakran követnek el illegális cselekedeteket (sikkasztás, lopás stb.), nem ritka az öngyilkosság sem.

Túlzásba vitt, kóros játékszenvedélyről a népességnek csak egy viszonylag kis hányadánál beszélhetünk (1-3%). A szerencsejáték-függők többsége férfi. Egy 2007-es magyarországi felmérés szerint [1] a játékszenvedély hazai elterjedtsége az európai adatokkal összehasonlításban nem mutat jelentős eltérést. A valaha bármilyen szerencsejátékot kipróbálók vagy pénzben fogadók aránya Magyarországon 42,2%, amely három csoportból tevődik össze: problémamentes személyek (38,9%), problémás szerencsejátékkal (1,9%), illetve kóros játékszenvedéllyel (1,4%) jellemezhető személyek (*I. táblázat*).

III. Kiváltó okok, pszichológiai jellemzők

A kóros játékszenvedély kialakulásában – más szenvedélybetegségekhez hasonlóan – szerepe van a genetikai hajlamnak (az agyi jutalmazó pályarendszer sérül a függőségben szenvedő egyéneknél). Az öröklődő hajlam nem vezet feltétlenül megbetegedéshez, ehhez más tényezők jelenlétére is szükség van. A játékszenvedély-függőknél gyakran fordul elő a kórelőzményben diszharmonikus családi helyzet (hiányzó vagy durva szülő, válás, szeparáció, jelentős személy elvesztése stb.) [6].

A kóros játékszenvedély diagnosztikus kritériumai (DSM-IV, 2001)

Tartós és ismétlődő kóros viselkedés a szerencsejátékokat illetően, legalább öt az alábbiakból:

1. a szerencsejátékkal való intenzív foglalkozás,
2. a kívánt izgalom eléréséhez egyre nagyobb összegű tételek megjátszása,
3. ismételt sikertelen erőfeszítések a játék feletti kontroll megtartása, a játék csökkentése vagy abbahagyása érdekében,
4. nyugtalanság, irritabilitás, ha megpróbálja abbahagyni vagy csökkenteni a játékot,
5. a szerencsejáték folytatása a problémáitól vagy rossz hangulattól való megszabadulás módja (pl. segítség nélkülség, bűnösség érzése, szorongás, depresszív hangulat),
6. miután pénzt veszít, gyakran másnap visszatér, hogy veszteségét kiegyenlítse (veszteség utáni vádászati),
7. hazudik a családtagjainak, a terapeutának és másoknak, hogy eltitkolja a játékszenvedélybe való bevonódás mértékét,
8. illegális cselekményeket (hamisítást, sikkasztást, csalást, lopást) követ el, hogy finanszírozza szerencsejátékát,
9. a játékszenvedély miatt veszélyeztet vagy elveszít fontos kapcsolatot, állást, továbbtanulási vagy karrier lehetőséget,
10. másokra támaszkodva gondoskodik pénzről, hogy a játékszenvedély okozta reménytelen anyagi helyzetén könnyítsen.

I. táblázat: A kóros játékszenvedély diagnosztikus kritériumai

A játékszenvedély-függők nem jellemezhetők egy bizonyos, tipikus személyiségstruktúrával vagy pszichodinamikával, vannak viszont jellegzetes pszichológiai sajátosságai. Ezek közé tartozik a mély kétely és az extrém önbizalom váltakozása, az intim kapcsolatok kialakításának és fenntartásának képtelensége, a csökkent szexuális aktivitás, a valósággal való szembenézés képtelensége, a játék nyújtotta álomvilágba menekülés a realitás problémái elől, az érzelmi biztonság hiánya, a felelőtlen, éretlen, nagyobb erőfeszítéseket nem vállaló viselkedés. A beteg számára az egyedüli örömforrást a játék jelenti, amikor éppen nem játszik, rendszerint ideges, feszült, határozatlan, gondolkodása, érzelmi állapota ezekben az időszakokban sem tekinthető normálisnak.

Valamennyi kóros játékszenvedélyben szen-

vedőre jellemző a gondolkodási folyamatok torzulása. Biztosak abban, hogy képesek befolyásolni a játék kimenetelét, rendszerint rendelkeznek valamilyen „biztos, nyerro szisztémával”, amellyel garantáltan sikert érnek el, vagy ha mégsem, mindig találnak magyarázatot rá („majdnem nyertem, legközelebb biztosan sikerül”). Más kutatók (Coventry, Brown 1993, [3]) az izgalmat kereső késztetést tartják a kóros játékszenvedély központi vonásának, vagy a játék során kialakuló módosult identitásállapot szerepét hangsúlyozzák (Jacobs, 1986, idézi [3]). Ez utóbbi, azaz a játék közben fellépő identitás általában megfelel a beteg idealizált énképének, aki így a játék során a valóságtól elszakadva az egyébként gyenge önbizalmának növekedését és az énképének javulását élheti át.

A játékszenvedély pszichoanalitikus felfo-

gása szerint [3] a betegség fő motívuma a tudattalan veszteségi vágy, az önmaga ellen fordított agresszió. Ennek magyarázata, hogy a megalomán törekvéseiben akadályozott gyermek szülők elleni agressziója tiltva volt, amely előbb büntudathoz, majd az agresszió elfojtásához, önmaga ellen fordításához vezet. Így felnőttként a fájdalom, az elutasítás, a vereség, az alulmaradás jelent örömet számára tudattalanul, ezért ezt igyekszik kiváltani a környezetéből. Ennek a mazochisztikus örömszerzésnek válhat eszközévé a szerencsejáték, amelyben – mint korábban már szó volt róla – kódolva van a veszteség.

IV. A játékszenvedély differenciáldiagnóza

A játékszenvedélyhez leggyakrabban kémiai addikciók, szorongásos zavarok, impulzuskontroll-zavarok és személyiségzavarok társulnak. Ha ez fennáll, akkor általában rosszabb prognózissal kell számolnunk a kezelés során.

A hangulatzavar lehet oka vagy következménye is a játékszenvedélynek. A hangulatzavarok gyakorisága a kóros játékszenvedélyben 33-76% között mozog. Az újabb kutatások, bebizonyították, hogy genetikailag is szoros kapcsolat van a major depresszió és a kóros játékszenvedély között férfiak esetében. A szorongásos zavarok közül a pánikbetegség és a kényszerbetegség a leggyakoribb a kóros játékszenvedélyben szenvedők körében.

A kóros játékszenvedély olyan addikció, amely a szerfüggőség minden jellegzetességével rendelkezik, kivéve a kémiai szer használatát, azért nevezik szermentes addikciónak, vagy viselkedési addikciónak. A szerfüggőség és a játékszenvedély között szoros 33-73 % kapcsolat van [4] 351p.

Nagyobb az arány a játékszenvedélyben érintettek között a kémiai addikcióra, mint a játékszenvedély mentesek körében.

A játékszenvedéllyel küzdők sokkal nehezebben tudják leküzdeni a játék iránti késztetésüket, mint a szerfüggők és éppúgy kialakulhatnak megvonásos tünetek: legtöbbször izzadás és remegés.

A játékszenvedéllyel társult impulzuskontroll-zavarok esetén a játékosok játék iránti vágya, késztetése sokkal erősebb, ami utal a közös neurobiológiai gyökerekre. A leggyakrabban társuló kórkép, a kényszeres vásárlás.

Az eddigi legnagyobb felmérés szerint a kóros játékszenvedélyben szenvedők kétharmadánál diagnosztizálható valamilyen személyiségzavar, a leggyakoribb a kényszeres, az antiszociális és a paranoid típus, illetve kimutatták azt is, hogy a játékszenvedély korrelál a kockázattvállalással és az impulzivitással.

V. Játékszenvedély terápiája

A kóros játékszenvedély gyógyszeres és pszichológiai kezelése együttesen érheti el célját. A gyógyszeres kezelésben az antidepresszívumok közül a szerotonin rendszerre ható szerek (úgynevezett SSRI-ok) csökkentik a késztetést, míg a játék iránti sóvárgást a dopamin rendszert befolyásoló készítmények (bupropionok) mérséklék.

A kóros játékszenvedély – más addikciókhoz hasonlóan – nagyon nehezen kezelhető betegség. Alapvető feltétele a motivált beteg és a betegségtudat kialakítása. A terápia során nagyon fontos az együttműködés (compliance), hiszen a betegséget a folyamatos hazudozás jellemzi. A terápia során a szenvedélybeteget csak tünetmentessé „absztinens”- lehet tenni.

A pszichoterápiában a gondolkodásra, a viselkedés kognitív terápiájára építve lehet célt elérni. A betegeket a mágikus-intuitív gondolkodásmód jellemzi. A kognitív pszichoterápia segítségével ki kell alakítani a racionális gondolkodási módot a szenvedély leküzdése érdekében. A betegek alacsony színvonalú érzelmi kifejezőképességgel és szűk konfliktuskezelő megoldásokkal rendelkeznek. A terápia során javítani kell a személy konfliktusmegoldó képességét, hogy szélesebb spektrumú magatartásmódot tudjon alkalmazni.

A terápia során a szenvedély kialakulásnak gyökeréig kell eljutni, hiszen a beteg értékrendszere torzulhatott a játékszenvedély ideje alatt. Ha a személy a szocializáció során bizonytalan, hideg családi légkörben nőtt fel, ahol hiányzott a legtermészetesebb örömforrás, a szeretet. Ahol az anyagi értékek voltak középpontban, akkor felnőttként a beteg is hamis örömforrások után kutat.

A helyes valóságlátás kialakítása nagyon fontos az egészséges döntések meghozatalához. Ehhez arra van szükség, hogy a személy képes legyen valódi életcélokat kialakítani. Mint általában a szenvedélybetegségeknel, itt is nagyon fontos, hogy a beteg képes legyen megfogalmazni, hogy a tünete helyett mit tud elképzelni az életében, mint örömforrást. Fontos megértenünk, hogy ez valóban betegség, tehát a racionális érvek és magyarázatok nem találnak megértésre. A vágy sokkal erősebb, mint a külső nyomás súlya.

A terápia minden fázisához feladatok tartoznak, amelyek a játékkal, az életproblémákkal és az attitűdváltozással kapcsolatosak. A felépülésben a játék abbahagyása jelenti a határkövet. Ekkor igényli a legnagyobb gondoskodást a beteg. Intenzív külső támasz nélkül nem képes önmegtartóztatásra. Ekkor általában intézményi elhelyezés

szükséges, ahol meg van az a szakmai háttér, amely után az önsegítő közösség ereje is segítséget tud nyújtani.

A játék abbahagyásának időszakában nagyon fontos a biztonságos, szigorú kereteket szabó vezetés, ami elejét veszi a beteg manipulációinak. Ekkor a legfőbb változás az attitűd terén indul el. Be kell ismernie a betegnek, hogy elvesztette a kontrollt a játék felett, ami a játékszenvedély folyamatát támogatta. Az új attitűdbe be kell építenie szenvedélybeteg identitásának elfogadását is.

A szerencsejáték függő, miközben kontrollálni akarta a kontrollálhatatlan szerencsét, nemcsak a játék, de élete felett is elveszti kontrollját. A terápia során újra kell építeni a saját életének minden területén a felelősség vállalását.

Itt az első lépés a pénzzel való bánásmód megtanulása. Ehhez hozzátartozik a pénzzel összefüggő célok felállítása, amelyek reálisak, specifikusak, elérhetőek, sajátnak tekinthetők és motiváló erejűek. Fontos a célok elérésének időpontjának meghatározása is. A felelősségvállalás során olyan célokat kell meghatározni, amellyel nem árt másoknak, hiszen eddig erre nem volt tekintettel, mikor a pénzét, idejét a játékra pazarolta. Meg kell tanulni prioritást adni a rövid és hosszú távú céloknak. Nagy feladat megtanítani a beteget a szükségletek és vágyak közötti differenciálásra.

Második lépés a játékra felszólító ingerek (helyek, személyek) szándékos kerülése, az asszertív „nem”-et mondás gyakorlása.

A játékszenvedély dinamikus felépülési modellje szerint a talpra állás az átmenet kritikus fázisával kezdődik, amit a korai újraépítés szakasza követ, majd később a növekedés fázisa zárja a sort.

Terápiás lehetőségek a játékszenvedélyben

Individuál pszichoterápia: Támaszt nyújtó és tanító eljárás segít a páciensnek használni a saját erőforrásokat, súlyozni és megnevezni a problémákat. Sok páciens számára a kapcsolat a terapeutával a legfontosabb a kezelésben. Gyakran mondják, hogy az első alkalom az életükben, hogy valaki az ő oldalukon áll. A szenvedélybeteg az egymást követő ülések során a terapeutával megvitatja a problémát és tervet készítenek. A terapeuta segítséget nyújt a személynek és a családtagoknak a saját erőforrásuk felhasználásával a hatékony probléma megoldáshoz. Az első terápiás segítség a remény felébresztése a jobb élet lehetőségére. A terápia egy éve alatt megtanulják a betegek, hogy a páciens minden problémája jól kezelhető.

Csoportterápia: A csoportülések mind páciensek, mind a családtagok részére lehetőséget teremtenek a kölcsönös támaszra és problémák megoldására.

Pár- és családterápia: Hatékony kommunikációval és támogató, elfogadó környezettel elősegíti újraépíteni a kapcsolatot és javítja a család működését.

Gazdasági tanácsadás: Segít a betegnek és családjának csökkenteni a gazdasági nyomást, menedzseli az adósságokat és költségvetést készít a jövőre.

Pszichiátriai konzultáció és kezelés: Gyógyszeres kezelés mellett lehetőség nyújt megállapítani és kezelni a pszichológiai akadályokat, beleértve a nyomasztó szorongást és depressziót.

Önsegítő csoportok: A páciens megismerheti a csoporttagjainak tapasztalataiból azokat a támogató és gyógyító módokat, amelyek hasonló problémában sikeresek

voltak. Sok páciens úgy érzi, hogy az önsegítő csoport nagyon fontos a nehéz érzelmek és problémák korai gyógyításában, kezelésében.

A kezelés sikeressége a páciens és a terapeuta kapcsolatának minőségétől függ. A terapeuta feladata biztonságos környezet megteremtése és objektív meghallgatás a páciens számára: megérteni a problémákat, erőforrásokat és változtatási lehetőségeket biztosítani a jobbítás érdekében.

Terápiás lépések

Meghatározni a jövő célokat és irányokat:

A kezelés előtt a szerencsejátékosok a jövőről általában nagyon rövidtávban gondolkodnak. „Mikor tudok újra játszani?” vagy „Hogy szerezek pénzt hozzá?” A házastárs és a családtagok krízisről, krízisre élnek és képtelenek jövőt tervezni és figyelembe venni saját szükségletüket. A felépüléshez el kell érni az attitűd és magatartásváltozást. Segítséget kell adni a tervek kidolgozásában, a játékról való lemondásban és a saját élet kontrollálásában.

A játék megtagadása: A legfontosabb szakasz a játékszenvedély kezelésében a segítség adás és eszköz adás a játékról való lemondás első időszakában. A leálláshoz komplex segítségnyújtásra van szükség.

Gazdasági tanácsadás családtagok részére:

A házastárs és családtagok megtanulhatják, hogy menedzseljék jelenlegi gazdasági helyzetüket, hogyan előzhetik meg az adósság felhalmozódását és hogyan valósíthatják meg a gazdasági stabilitást.

Stressz menedzselés: A játékfüggők és sok más személy, akiket sok stresszhatás ér, szorongóak, szomorúak, gyámoltalanok és reményvesztettek lesznek. A kezelés segít felismerni a stressz okait, és segítséget nyújt a megküzdésben.

Játékszenvedély-mentes élet fenntartása:

Új és régi ismeretek átadása a betegeknek és családjuknak, hogy még egészségesebb és kiegyensúlyozottabb életet tudjanak élni.

Új gondolkodásmód kiépítése: A betegek között gyakori a hibás gondolkodásmód. A kezelés segíti a beteget és családját, hogy végig gondolja és megfontolja, hogy mit, hogyan csinálnak. A terápia egy lehetőség arra, hogy figyelmesen gondolkodjon a cselekményeiről, választásairól és lehetőségeiről.

Egészséges kapcsolatrendszer kiépítése: A betegek alapvető problémákkal küzdenek a szociális és családi kapcsolatrendszerek terén. A szenvedély során egyre kevesebb pozitív emberi kapcsolat alakul ki. Csalás, hazudozás és gazdasági problémák okozzák a kapcsolatok megromlását. Ha a személy abbahagyja a játékot, lehetőség van újra építeni a kapcsolatokat.

Az érzelmek felismerése és kifejezése: A terápia segíti a játékszenvedélyben szenvedőt az érzelmek felismerésében, különösen a kezdeti szakaszban, amikor a negatív érzelmek elborítják. Megtanítja a páciensnek az érzelmek felismerését: hogy érzi, miért érzi, mit tud tenni az érzelmekkel. Ha megtanul az érzelmekkel bánni, akkor konstruktívan használja fel. Segítségével kontrollálni tudja a játék utáni sóvárgást, de segíti a saját életének megváltoztatásában és a kapcsolataiban is.

Önbizalom fejlesztés: Többéves játékszenvedély következtében a páciens bűnösnek, alkalmatlannak érzi magát. Alacsony önértékelésben gyakran az ok és következmény is a játékszenvedély. A terápiában segít a páciens önmaga objektív szemléletében és a problémák sikeresebb megoldásában, önbizalma visszanyerésében.

VI. A játékfüggőség mérése

A játékszenvedély méréséhez önbecslő skálát alkottak meg, amely teljes öszinteséget követelnek a kitöltőtől.

GA önbecslő kérdőív

Az alábbi kérdőív alapján az tekinthető kompulzív szerencsejátékosnak, aki a 20 kérdésből legalább hétre igennel felel (What is GA?, 1991, [4])

- 1.) Játsoztál-e már a munkaidőd rovására?
- 2.) Előfordult-e valaha, hogy a játék miatt vált gondterheltté az otthoni életed?
- 3.) Érintette-e már a jó híredet a játék?
- 4.) Éreztél-e valamikor lelkipurdalást a játék után?
- 5.) Játsoztál-e valaha is azért, hogy fizethesd az adósságaidat, illetve így oldd meg az anyagi nehézségeidet?
- 6.) Gátolt-e a játék a törekvéseidben és abban, hogy hatékony legyél?
- 7.) Vesztés után éreztél-e azt, hogy minél előbb vissza kell menned, és visszanyerned, amit vesztettél?
- 8.) A nyeresedet követően éreztél-e erős késztetést arra, hogy minél előbb visszatérj, s még többet nyerj?
- 9.) Gyakran előfordul-e az, hogy eljárszod azutolsó filléredet is?
- 10.) Kértél-e valaha kölcsön azért, hogy játszhasz?
- 11.) Adtál-e már el bármit is azért, hogy legyen pénzed játszani?
- 12.) Előfordult-e, hogy a mindennapi kiadások rovására szerettél volna „félretenni a játékra”?

13.) Megtörtént-e, hogy a játék miatt nem törődött megfelelően önmagaddal vagy a családdal?

14.) Játszottál-e valaha hosszabb ideig annál, mint ameddig tervezted?

15.) Játszottál-e valaha azért, hogy így menekülj el az aggodalmaid és a gondjaid elől?

16.) Szerezted-e már pénzt a játékra, téttel-e már valami törvénysértőt vagy fontolgattad-e, hogy teszel?

17.) Zavarta-e a játék az alvásodat?

18.) A veszekedések, csatározások vagy feszültségek arra készítetnek-e téged, hogy játssz?

19.) Érezted-e már azt, hogy bármi jót, ami csak ért, játékkal kellene megünnepelned?

20.) Gondoltál-e arra, hogy tönkremehetsz a játék következtében?

IRODALOM

- [1] *Demetrovics Zs., Paksi B., Kun B., Rózsa S., Arnold P.*: A kóros játékszenvedély elterjedtsége Magyarországon: az első normál populációs adatok. *Psychiatria Hungarica* 2008, Suppl.
- [2] *DSM-IV-R*. 2001, Animula Kiadó, (APA WASHINGTON, 2000).
- [3] *Kelemen G.*: A kóros játékszenvedély pszichológiája és kezelése. *Addictologia Hungarica* 1994, 6: 378-381.
- [4] *Németh A., Csorba Cs., Tóth A.*: A kóros játékszenvedélyhez leggyakrabban társuló pszichiátriai kórképek. *Addiktológia*, 2005. IV.3, 349-356.
- [5] *Németh A.*: A kóros játékszenvedély. <https://bet.szerencsejatek.hu/Info/html/kj.pdf> Letöltés időpontja: 2009. 12. 10.
- [6] *Németh A.*: A kóros játékszenvedély terápiás lehetőségei. Forrás: <https://bet.szerencsejatek.hu/Info/html/kjtl.pdf> Letöltés időpontja: 2009. 12. 10.

Maj. Szilvia Bereczki,
clinical psychologist,
1stLt. Zsuzsa Tóth psychologist

The research of gambling in HDF

Gambling, if you take too much, has at least as serious consequences, as alcohol or drug use – or maybe more serious. The pathological gambling (ludomania, compulsive gambling) is also called gambling addiction, an addiction without a product. Despite its effect on impairing health is not primary as in other addictions, the high suicide rate of among gamblers indicates, it is often fatal for the individual, not to mention the existential implications as an inevitable result of financial insolvency.

The pathological gambling affects mainly men, it is particularly important for the psychologists, doctors working for the Hungarian Defense Forces. The successful accomplishment of domestic and foreign missions is essential to preserve the physical and mental health of the military personnel. All the protocols of regular fitness tests, psychological preparations before the deployment, reintegration trainings after mission, the stock of psychologist deployed at domestic troops and the publicly available mental health care are serving this purpose.

This article about gambling addiction is intended to present the summary of the essential information about the disease, its measurement, detection and treatment to help the soldiers, doctors and psychologists in the early detection and treatment of the disease.

Key-words: gambling, diagnosis, differential-diagnosis, therapy, measurement

Nagyné Bereczki Szilvia örgy.
1553 Budapest, Pf.: 1.

*MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság,
Egészségpszichológiai Osztály*

A diszpozicionális optimizmus és a külszolgálati missziók kapcsolata a Magyar Honvédség állományában

Nyerges Csaba pszichológus százados

Kulcsszavak: Optimizmus, külszolgálat, lelki egészség, megküzdés, pszichikai készenlét, motiváció

A különböző külszolgálati helyekre vonatkozó, LOT-tal mért optimizmus mértéke varianciaanalízissel mérve eltérő mértéket mutat. Ez azt jelenti, hogy a katonák optimizmusát befolyásolja a külszolgálati helyük, és hogy másfajta motiváltsággal, pszichés készenléttel rendelkeznek a külszolgálat előtt, és eltérő megküzdési képességet mutatnak a külszolgálat alatt és után. Ennek tudása a misszió előtti pszichológiai felkészítő munkának külszolgálati helyre történő specifikussá tételéhez ad információkat.

A külszolgálati szerepvállalás elsődleges prioritást élvez a Magyar Honvédség műveletei között. Ezekhez felkészült, motivált, testileg és lelkileg állóképes személyi állományra van szükség. A felkészítésük sok szakember összehangolt munkáját követeli meg. A felkészítés egyik formája a pszichológiai felkészítés, amely az állomány lelki állóképességét hivatott fejleszteni. A felkészítés során olyan képességek, készségek és ismeretek kerülnek megvitatásra és begyakorlásra, amelyek a külszolgálat alatt a katonák feladatteljesítését és mindennapi életét teszik hatékonyabbá és könnyebbé.

A felkészítéseken tapasztalt hangulat, a külszolgálatra való ráhangolódás milyensége gyakori velejárója a tréningnek. Megfigyelhető, hogy személyenként is más-más hangulattal készülnek fel a külszolgálatra. Ezen hangulat megragadásának, mérhetővé té-

telének egyik eszköze az optimista hozzáállás felmérése. Mivel az egyes személyek optimizmusának mértéke nem mindig fejeződik ki (és nincs is rá lehetőség), ezért célszerű lehet a csoport, vagy az egész állomány optimizmusának a megismerésével foglalkozni. Ehhez persze az egyes egyének megismerésére van szükség, akiknek az összesített eredménye adja a csoport eredményét.

Az optimizmus felmérése a tréning előtt lehetőséget teremt a felkészítés végrehajtása során a várható nehézségek megbeszéléséhez, a motiváltság beazonosításához és az általános hangulat megismeréséhez. Az így nyert információk hasznosak a parancsnoki állománynak, mert előre vetítheti, hogy milyen „hozzaállásra” számíthatnak odakint. A csapat egészéről nyernek ezáltal információt.

Mi az optimizmus? Az optimizmus a lehető legjobb végkifejlet elvárását jelenti. Az optimista életszemléletnek figyelem terelő hatása van, vagyis a figyelmet a pozitív végkifejlet felé tereli. A személy gondolataival, érzelmeivel és viselkedésével a pozitív végkifejlethez igyekszik közelíteni. A cél a valami elérése, és nem a valamitől való távolodás. Ez egy pozitív motivált viselkedést jelent, amire az aktivitás és az önindított cselekvés jellemző. Az aktivitás és az, hogy célokat követ – a személy megvédi őt a misszióban bekövetkező nehézségektől, illetve ezek hatásait a saját hasznára tudja fordítani.

Mitől függ az optimizmus? Elsősorban személyiség függő, de nagyban meghatározza a kultúra, amiben az egyén felnő, a neveltetés, a siker-kudarck tapasztalatok, az aktuális élethelyzet az előre látható nehézségek, és feladat esetén a feladat átláthatósága is. Ezek kombinációja adja a személy aktuális optimista hozzáállásának mértékét.

Fejleszthető-e az optimizmus?

Egy felnőtt embernél a fent felsorolt befolyásoló tényezők jó részén nem lehet változtatni. Megvan a kialakult személyiség, adott a kultúra, a neveltetés is a megváltoztathatatlan múlt eseménye. Az aktuális élethelyzet már inkább a személy befolyása alatt lehet, bár inkább az események értelmezésében van különbség emberek között. A feladat nehézsége is egyéni értelmezés kérdése, ugyanaz a nehézség valakinek kihívás, valakinek pedig átugorhatatlan akadály. Viszont abban sokat tehet a személy, hogy a lehető legtöbb információt gyűjti, ezáltal közelebb jut a feladat megértéséhez. Az információk legfontosabbika a feladat céljának ismerete. Az optimista életirányultság úgy hívható tehát elő a legegyszerűbben, ha az élet eseményeinek értékelését pozitívabb irányba mozdítjuk elő, törekszünk a törté-

nések minél pontosabb megismerésére és kontrollálására.

Az optimizmus, mint megküzdési faktor

Cronio (1996) a pesszimizmus-optimizmus dimenziót kultúrközi összehasonlításban vizsgálta. Kolumbiai és magyar egyetemisták összehasonlításakor arra a következtetésre jutott, hogy a magyar egyetemisták a pesszimizmus-optimizmus dimenzióban pesszimistábbak, mint a kolumbiai társaik. Ez azt a tapasztalatot látszik alátámasztani, ami szerint a magyarok különösen pesszimisták. *Cronio* (1996) idéz adatokat az optimizmus-pesszimizmus és az egészség kapcsolatáról. *Reker és Wong* (1983) azt találta, hogy azok a személyek, akiket korábban (a pesszimistákhoz képest) optimistának találtak, kevesebb tünetről és jobb testi, pszichikai állapotról számoltak be. *Peterson, Seligman és Vaillant* (1988) szerint a pesszimista magyarázó 'stílus' hajlamosít a gyenge egészségi állapotra.

Ebből kiindulva és azt elfogadva, hogy az optimisztikus életszemlélet segít átvészelni a nehézségeket mindenképpen hasznos ismereteket, és felhasználható tapasztalatot jelent a MH-nél történő ez irányú kutatás. A külszolgálat fokozott megterhelést jelent, mind testi, mind lelki szinten, amely elviselhetőbb az optimista hozzáállással.

A katonák részéről reális veszély a tanult tehetetlenség kialakulása. Ez a kontrollálhatatlanság, az események mások általi irányításának sorozatos megtapasztalásával kialakuló reagálási mód passzivitással, a kezdeményező készség hiányával jár együtt. Összefügg a pesszimizmussal is. Másik oldala, hogy könnyebb optimistának lenni, ha úgy érezzük, mi irányítjuk az életünket. Azonban fontos lehet, hogy a katonák meg-

tartsák kezdeményező készségüket, hiszen kerülhetnek olyan helyzetbe, amikor önállóan kell döntést hozniuk, és olyan is lehet, hogy nem csak magukról kell dönteniük. Például megszakadó kommunikációs kapcsolat, parancsnokok elvesztése, váratlan, gyors reagálást igénylő helyzetek.

A motiváltság és az optimizmus kapcsolata

Az optimista személy azzal, hogy a lehető legjobb végkifejletet várja el, a relatív sikert vetíti előre. Ennek az elérése energiákat mozgósít benne, ami cselekvésre készíteti. A folyamatos, célra irányuló cselekvés, mint kitartás jelenik meg az egyénnél. Ezt észleli a külvilág (parancsnok, társak) motivált cselekvésnek. Ha a személy kedvező változásokat észlel, akkor ez további cselekvésre serkenti. Ezért fontos az állandó és lehetőleg objektív, és jobbító szándékú visszajelzés adása az arra illetékesek részéről. Ezzel fenntartjuk, vagy serkentjük a cél elérése érdekében tett cselekvést.

A megküzdés

A megküzdés olyan folyamat, amely során a személy megpróbál a stresszel megbirkózni. Az újabb felfogások szerint a megküzdés alkalmazkodást jelent. Az a Nietzsche-től származó mondás, hogy „Ami nem öl meg, az erősebbé tesz”, nyer értelmet az újabb megküzdés felfogásokban. Minden nehézség pontenciálisan magában hordozza a fejlesztés lehetőségét, kérdés, hogy túléli-e a személy. Az, hogy fejleszt vagy betegít attól függ, hogy milyennek értékelem a helyzetet. Ahogy a baktériumok esetén is igaz, hogy ellenállóvá tesz egy kórokozóval való találkozás, úgy a lelki megterhelés hatására létrejövő változások felkészítenek egy következő, hasonló stressz helyzetre.

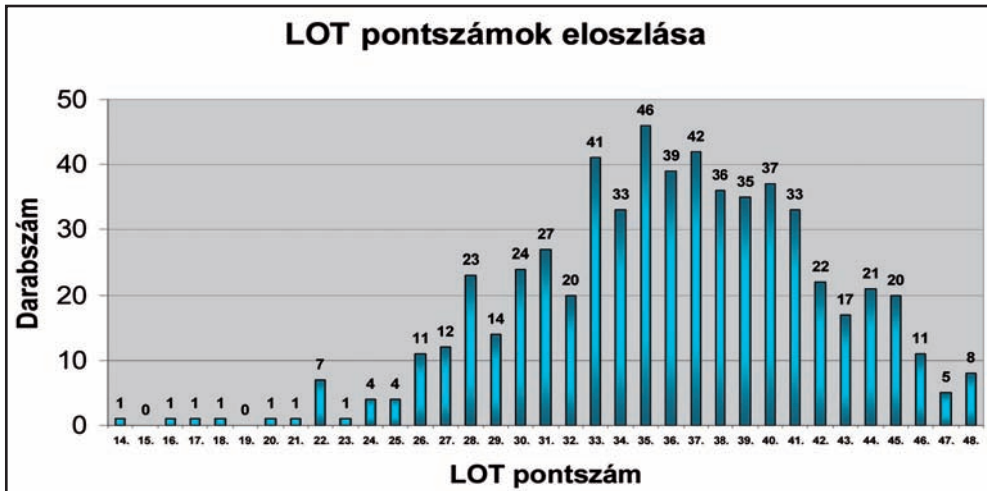
A kutatások szerint az optimista emberek

a megküzdésben az ún. problémaközpontú megküzdést preferálják (Szabó, 2005.). Ez Lazarus és Folkman megküzdési teóriájának részét képező megküzdési mód. Ennek során a személyek az adott problémára vagy helyzetre fókuszálnak, azt próbálják megoldani vagy megváltoztatni, vagy ha ez nem sikerül, akkor igyekeznek a jövőben elkerülni. E mellett Lazarus és Folkman másik megküzdési stratégiája az érzelmközpontú, ami a helyzettel együtt járó kellemetlen érzelmek redukálására összpontosít. (Lazarus és Folkman, 1984. id.: Attkinson és mtsai. 1995.)

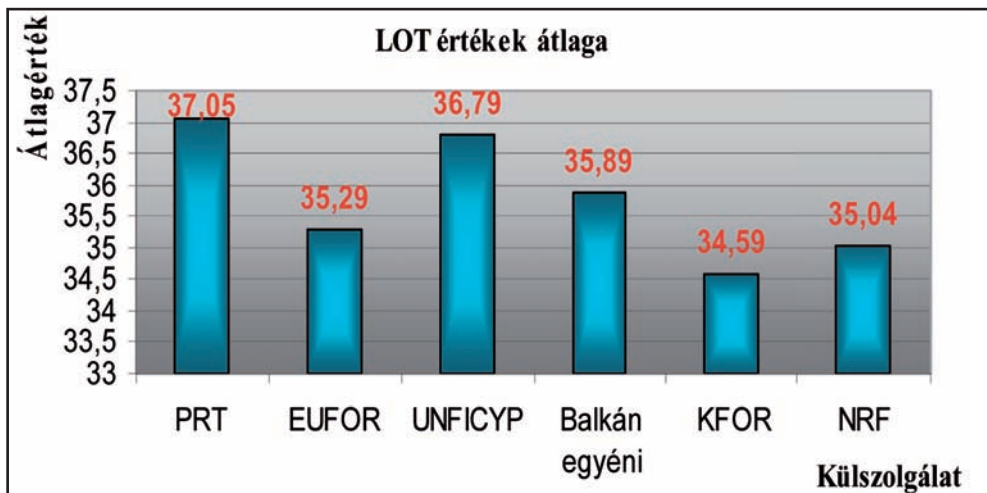
A problémaközpontú megküzdési módot a személyek akkor használják, ha úgy érzik, hogy kontrollt gyakorolnak a helyzet felett. A katonai közegben a kontroll érzés gyakran alacsony mértékű. A beosztott katonák felett a parancsnok gyakorolja a kontrollt, övé a felelősség is. Ez a helyzet nem segíti elő a megküzdés fejlődését, főleg a problémaközpontú megküzdését. Kialakulhat a tanult tehetetlenségnek nevezett állapot,

Külszolgálat előtt:	437 fő
1. Külszolgálatba kimenő:	324 fő
• PRT (3, 4, 5, 6):	94 fő
• EUFOR (2, 4):	61 fő
• KFOR (2):	59 fő
• Balkán egyéni:	47 fő
2. NRF:	113 fő
• NRF 12:	80 fő
• NRF 14 víztisztító szakasz:	33 fő
Külszolgálat után:	162 fő
Külszolgálatból visszajövő:	162 fő
• PRT (3):	109 fő
• EUFOR (2):	53 fő

I. táblázat: A vizsgált állomány megoszlása



1. ábra: LOT pontszámok eloszlása a teljes vizsgálati populációban



2. ábra: LOT átlagok külszolgálati hely szerint

amikor már nem is akarnak kontrollt gyakorolni, azokban a helyzetekben sem, amikor pedig megtehetnék. Az optimisztikus szemlélet azonban segít szem előtt tartani a pozitív végkifejleteket, ami a problémafókuszot erősítheti.

A vizsgálat

Arra voltam kíváncsi, hogy a külszolgálati hely befolyással van-e az optimizmus

mértékére, és ha igen, akkor milyen ez a befolyás.

A vizsgálati személyek misszióba készülők, vagy onnan visszajött katonák száma összesen 599 fő. A vizsgálat 2008. márciustól 2009. márciusáig tartott. A vizsgálatban részt vett állomány megoszlása az I. táblázatban látható.

Az NRF különválasztására azért van szükség,

ség, mert ott tényleges kiutazás nincs, készenléti állományról van szó.

A vizsgálati eszköz a LOT (Life Orientation Test), amely 12 itemből áll, és *Cronio* kultúrközi összehasonlításra használta. A 12 itemből négy pozitív, négy negatív és négy kiegyesztő. Megbízhatósága: Cronbach-alfa 0,758, tesztfelezéssel 0,753.

A vizsgálati személyek csoportos helyzetben, önállóan, név nélkül töltik ki a tesztet.

Az 1. ábra mutatja a LOT pontszámok megoszlását a teljes vizsgálati populációban.

Ebből látható, hogy az eloszlás közel haranggörbe alakú.

Az összes vizsgálati személyből hat csoportot képeztem úgy, hogy az azonos helyre, de más váltásban kimenők alkottak egy csoportot (PRT, EUFOR, KFOR stb.). Hat csoport variancia-analízissel történő vizsgálata után azt az eredményt kaptam, hogy a hat csoport LOT-al mért optimizmus tekintetében külön populációból származó mintát jelent (sig. 0,007) vagyis nem a véletlen az, amely a csoportok közötti különbséget okozza. A 2. ábráról leolvashatók a csoportokhoz tartozó LOT átlagok.

A PRT és az UNFICYP kiugró értékei mellett a KFOR alacsony átlagértéke érdemel említést.

Páros összehasonlításban a II. táblázatban bemutatott minták között találtam szignifikáns különbséget (a kimenők és visszajövők külön vizsgálva, 0,5 szignifikancia szint):

Ezen állományok tehát a LOT-al mért optimizmus egymástól eltérő mértékével rendelkeznek. Vagyis különböznek abban, hogy mennyire optimisták a LOT teszttel mérve.

Állomány	Sig.
• PRT (kimenő)-EUFOR (kimenő):	0,010
• PRT (visszajövő)-EUFOR (visszajövő):	0,034
• PRT (összes)-KFOR:	0,005
• PRT (kimenő)-KFOR:	0,019
• PRT (összes)-NRF:	0,003
• PRT (kimenő)-NRF:	0,024
• PRT (kimenő)-Többi (kimenő):	0,041
• UNFICYP-KFOR:	0,037
• PRT-Többi:	0,001
• Többi (visszajövő)-NRF:	0,040

II. táblázat: Szignifikáns különbségek

A III. táblázatban látható esetekben nincs szignifikáns különbség.

Ez mutatja, hogy a visszajövő és kimenő állomány optimizmusa között nincs szignifikáns különbség, akár NRF-el, akár anélkül vizsgáljuk.

Az eredmények értelmezése

A LOT-al kapott eredmények egyik értelmezési lehetősége a külszolgálatra való pszichikai készenlét egyik mutatója. Az optimizmus kitartást, lelki erőt ad a nehéz helyzetekben való cselekvésre. A vizsgálat személyenként is adhat információt az egyén optimizmusáról, a jelen értelmezésben azonban a csoport egészének hangulata, készenléte az elsődleges fontosságú. Ez előrevetíti a csoport külszolgálatra való motivációját és a külszolgálatban megjelenő pszichés problémák gyakoriságát és erősségét. Ez az információ a parancsnok számára egy a sok jelből, amivel a külszolgálati parancsnoki munkára felkészül. Azt tudhatja meg, hogy az állomány mennyire lesz kitartó és motivált a feladat-végrehajtásra, valamint milyen mértékű pszichés megterhelésből adódó viselkedési problémákra számíthat.

Állomány	Sig.
• Visszajövő-Kimenő (NRF-el):	0,173
• Visszajövő-Kimenő (NRF nélkül):	0,397
• UNFICYP-NRF:	0,055
• Többi-NRF:	0,059
• Többi-KFOR:	0,057

III. táblázat: Nem szignifikáns különbségek

A legfőbb tanulság, hogy a külszolgálati hely befolyásolja a személyek, és az egész csoport lelki állapotát. Ebből az következik, hogy a pszichológiai felkészítési protokoll betartása mellett differenciált felkészítést célszerű végezni az állománnyal a kiutazás helyszínének megfelelően. Más, és eltérő erősségű motivátorok szükségesek ahhoz, hogy a csoport a lehető legegységesebb közösségként működjön, és hajtsa végre a feladatát. Más részről a magasabb optimizmus kevesebb egészségügyi problémát vetít előre, mint az alacsonyabb. A lelki eredetű okok testi tüneteket okoznak, amelyeket az egészségügyi személyzet kezel. Ez pedig a misszió egészségügyi személyzete számára jelent felhasználható információt a lelki háttérű szomatikus problémák lehetséges gyakoriságáról.

IRODALOM

- [1] Perez, C.: Optimizmus-pesszimizmus és a munkanélküliség hatása a pszichikai állapotra, Bölcsészdoktori disszertáció, Budapest, 1996.
- [2] Oláh A.: Érzelmek, megküzdés és optimális élmény: belső világunk megismerésének módszerei, Budapest, 2005., Trefort.
- [3] Oláh A.: Szorongás, megküzdés és megküzdési potenciál, 1993. Kandidátusi értekezés.
- [4] Perez, C.: Optimizmus-pesszimizmus kultúrközi összehasonlító vizsgálat magyar és kolumbiai

egyetemisták körében. Pszichológia, 2004, 1: 3-35.

- [5] Perez, C.: Optimizmus-pesszimizmus kultúrközi összehasonlító vizsgálat magyar és kolumbiai egyetemisták körében. Eötvös Lóránt Tudományegyetem Szemináriumi dolgozat 1990.
- [6] Perez, C.: Optimizmus-pesszimizmus kultúrális összehasonlítás. Eötvös Lóránt Tudományegyetem, Szakdolgozat, 1992.
- [7] Lazarus, R.S., Folkmann, S.: Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.
- [8] Peterson, C., Seligman, M. E. P., Vaillant, G.: Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 1988, 55: 23-27.
- [9] Szabó G.: Bevezetés az epidemiológia kutatások módszertanába Eötvös Lóránt Tudományegyetem, előadás, 2005.

Capt. Cs. Nyerges

Connection of dispositional optimism and deployment in the strength of HDF

There is a connection between the optimistic attitude of soldiers and the foreign country which they are deployed for peace keeping operations. As the LOT test shows, pre-mission motivation, psychological resilience, coping capabilities, and the after-mission ability to reintegrate partially depends on and shows a connection to the place of deployment. This information is used to develop mission specific pre-deployment psychological trainings.

Key-words: optimism, deployment, mental health, psychological readiness, motivation

*Nyerges Csaba szds.
1553 Budapest, Pf.: 1.*

*MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság,
Egészségpszichológiai Osztály*

Egy szervezeti diagnózis tapasztalatai

Kovács Péter szakpszichológus alezredes

Kulcsszavak: Szervezet, szervezetfejlesztés

A Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ (továbbiakban ÁEK) főigazgatójának felkérésére a Magyar Honvédség Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság Pszichológiai Intézet Egészségpszichológiai Osztálya az ÁEK egyik osztályának szervezeti diagnózisát végezte el. Az alábbiakban betekintést nyújtok a szervezetek munkáját segítő, támogató szervezet diagnosztikai tevékenységbe, megismerhetjük formai kereteit és jelentőségét a szervezetek működésében. A szervezeti diagnózis lépéseit végigvéve rövid módszertani áttekintést kívánok nyújtani a folyamattervezésről és szervezésről. Valamint a diagnózis eredményei közül néhányat kiemelve, azok gyakorlati hasznára hívom fel a figyelmet.

Szervezeti diagnózis

A szervezeti diagnózis során irányított, strukturált adatgyűjtésről beszélünk, amely a szervezet, illetve a szervezeti egységek jelenlegi állapotának, feltérképezését jelenti. A szervezeti diagnózis két fő területre terjed ki:

- a szervezet alegységei és ezek kapcsolata (részlegek, osztályok, vezetési szintek),
- szervezeti folyamatok (kommunikáció, csoportmunka, döntés, vezetési stílus, tervezés, a konfliktusok és a versengés kezelése).

A fenti munkafolyamat során ok-okozati kapcsolatok feltérképezése és azonosítása történik meg.

Első lépésben a különböző szervezeti egységek, területek és folyamatok feltérképezése, valamint a tünetek és probléma-területek

azonosítása történik meg. A következő lépésben erre alapozott adatgyűjtés történik. Az adatgyűjtés több módszer külön-külön, vagy ötvöztet alkalmazásával valósulhat meg. A leggyakrabban használt módszerek a következők:

- dokumentum-elemzés,
- megfigyelés,
- strukturált, félig strukturált interjúk,
- szociometria,
- egyéb kérdőíves módszerek.

Az adatok gyűjtését minden esetben körültekintő és átgondolt szakmai munka előzi meg, hiszen a keletkezett adatahalmaz két egymásnak ellentétes kitételnek kell, hogy megfeleljen:

- a lehető legtöbb érdemleges adatot kell összegyűjteni,

– a felesleges adatok számát minimalizálni kell, hiszen a feldolgozási folyamatban rengeteg felesleges munkát okozhatnak a nem releváns információk.

Az adatok gyűjtését követő lépés a feldolgozási folyamat, amely elemző, értékelő munkát foglal magába. Az adatok elemzése statisztikai módszerekkel történik. A szervezetdiagnosztikai eljárások esetében kimondottan tendenciák és kimutatható folyamatok adják az értékelés alapját. A szervezetdiagnosztikai eljárás célja a szervezet mélyebb szintű megismerése, a szervezetfejlesztés szempontjából szükséges következtetések levonása, a változást igénylő területek megjelölése, esetleg javaslatok nyújtása. Fontos megemlíteni azt a tényt, hogy tökéletesen működő szervezet nem létezik. Minden szervezetben vannak olyan sajátosságok, amelyek megszüntetése, vagy csökkentése a hatékonyságot és az eredményességet növeli.

A szervezeti diagnózis lépései

a. Kapcsolatfelvétel, a szervezeti egység megismerése

- Szervezeti felépítés, munkaköri jegyzék megismerése,
- Munkaköri leírások vizsgálata,
- Szervezeti működési szabályzat megismerése,
- „Szerződéskötés”
- Tájékoztatás az ÁEK vezetésének képviselőjétől,
- Interjú a szervezeti egység vezetőjével

b. Diagnosztikai munka

- Strukturált interjúk összeállítása,
- Interjúk felvétele, azok kiértékelés,

a.) Első körben az osztály valamennyi or-

vosával, vezető ápolójával készült interjú

b.) Második körben véletlenszerűen kiválasztott szakdolgozói állománnyal készült interjúk

- A kérdőívek kidolgozása, felvétele.

c. Értékelő munka

- A kapott adatok elemzése, vizsgálata,
- Jelentés elkészítése,
- Visszajelzés a vezetőknek,
- Beavatkozási javaslatok megbeszélése.

d. Beavatkozási, fejlesztési terv kidolgozása, nyomon követés

Eredmények

I. Interjúk eredményei (részlet)

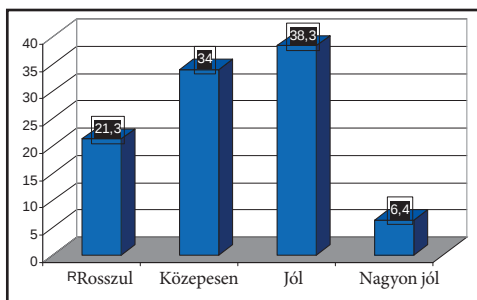
Az interjúk felvétele során az alábbi tapasztalatok születtek:

Az osztály dolgozói a szakmában *átlag 19 éve dolgoznak*, valamennyien hivatásuknak tekintik az egészségügyi munkát, a munkakörük betöltéséhez szükséges szakképessítéssel rendelkeznek.

A személyzet *44,7 %-a nagyon jól vagy jól, 34 %-a közepesen* érzi magát jelenleg a munkahelyén. A problémákat érzik, de tapasztaltak javulást is az elmúlt egy év alatt. Természetesen nem elhanyagolható szám, hogy *21,3 %* azoknak az aránya, akik rosszul érzik magukat (*1. ábra*).

A napi munkavégzést az állomány *leterhelőnek* tartja. Amit szinte mindenki nehezményez: a töménytelen adminisztráció, amely a szakfeladatoktól veszi el az idejüket.

Szinte minden dolgozó arról számolt be, hogy a feladatai elvégzéséhez szükséges, *kellő mértékű szakmai autonómia* rendelkezésére áll. Időnként ez gondok forrása,

1. ábra: *Hogy érzi magát?*

mivel néhányan úgy érzik, főként a szakdolgozói állományból, hogy magukra vannak hagyva, több visszajelzést várnának el a vezetőiktől. Szakmailag mindenkinek nagyon komoly felelőssége van a saját szervezetszerű vezetője felé.

A munka elvégzésének minőségéről történő visszajelzés tekintetében domináns a betegekétől, illetve a munkatársaktól származó visszajelzés. Ez is alátámasztja a d. pontban említett vezetői visszajelzés és kontroll hiányát (2. ábra).

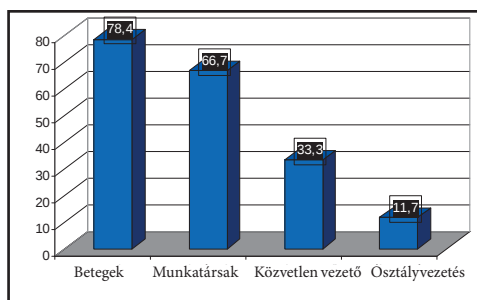
A munkakör ellátásához adott feltételekkel való elégedettség során külön bontottuk a tárgyi és személyi feltételekkel való elégedettséget, amely érdekes eredményt hozott.

Tárgyi feltételekkel való elégedettség tekintetében a dolgozók kétharmada nem vagy csak részben elégedett (3. ábra).

II. A kérdőívek eredményei (részlet)

Kérdőíves vizsgálatunk alapjául McClelland szervezeti motivációs elméletét vettük alapul. Az elmélet alapfeltevése, hogy a szervezeti környezetben a motivációt három szükséglet határozza meg alapvetően, amelyek a következők:

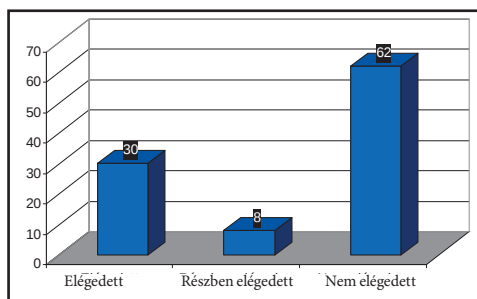
Teljesítménymotiváció, amely egyénenként igen eltérő lehet, mivel nagymértékben függ a korábbi szocializációs folyamatoktól,

2. ábra: *Kitől kap visszajelzést?*

hogymire és milyen mértékben irányulnak. Egyénileg változó, hogy a státusznövekedés, esetleg a felelősségi kör és a döntési szabadság növekedése, vagy az érdekesebb, nagyobb szellemi elmélyülést igénylő munka jelenti a sikert.

A hatalmi motiváció belső hajtóerő arra, hogy az egyén hatással, befolyással legyen másokra, kontrollt gyakorolhasson. Az erős hatalmi motivációval rendelkező emberek kedvelik a versengő, konfrontáló helyzeteket, jellemző rájuk az élelmesség, rámenősség, határozottság, hajlamosak az agresszív megnyilvánulásokra, hangoskodásra, erőszakos jellegű cselekvésekre. Akiben erős a hatalmi motiváció, annak fontos az elismerés, a státusz, a presztízs, a tisztelet, nagyobb jelentőséggel bír a mások feletti befolyás, mint maga a teljesítmény.

A kapcsolatmotiváció az elfogadottság, szeretettség iránti vágy. Akinek erősek a

3. ábra: *Tárgyi feltételekkel való elégedettség*

kapcsolati motívumai, azok könnyen barátkoznak, kapcsolataikban egyetértésre és egy húron pendülésre, nem a konfrontációra, versengésre törekszenek. Figyelmüket a társas kapcsolatok kialakítására és fenntartására, ápolására fordítják.

Ezek a motivációk valamilyen mértékben mindenkit jellemeznek, de egyénileg nagyon eltérő arányban. Az elmélet lényeges következménye, hogy a tanult szükségletek fejleszthetők, alakíthatók: képzéssel, tréningekkel befolyásolható és növelhető erősségük. Tehát a három motiváció egymáshoz való viszonyának ismeretében a folyamatokat úgy lehet alakítani, hogy azok hatásai a szervezeti célokat szolgálják.

A fenti három szükséglet alapján az alábbi hat motivációs területet vizsgáltunk 12 dimenzió mentén.

A hat motivációs terület: Teljesítmény (TE); Társas (TÁ); Függőség (F); Segítség (S); Kontroll (K); Szakértelem (Sz).

A 12 dimenzió:

Orientáció; Személyközi kapcsolatok; Ellenőrzés, felügyelet; Kommunikáció; Döntéshozatal; Bizalom; Problémák kezelése; Hibák kezelése; Konfliktusok kezelése; Jutalmazás; Kockázatvállalás; Változtatás és újítás.

Orientáció

Talán nem meglepő, hogy első helyen a Teljesítmény szerepel, azaz a legfőbb törekvés a feladatok végrehajtása, a kitűzött célok elérése. A dolgozók azzal törődnek a legtöbbet, hogy feladataikat, munkájukat rendben elvégezzék. A második helyen szereplő Függőség pedig jelzi, hogy a kötelező érvényű szabályok betartása is nagy igényeket vált ki. Ugyanakkor a harma-

dik helyre került Szakértelem mutatja, hogy munkavégzésük során fontos a szakmai tudás és hozzáértés fejlesztése.

Az utolsó helyre került Társas motivációs terület figyelemre méltó és azt jelzi, hogy a célok közt legkevésbé fontos terület a társas kapcsolatok ápolása. Vagyis nem a társaság miatt járnak be dolgozni az emberek (4. ábra).

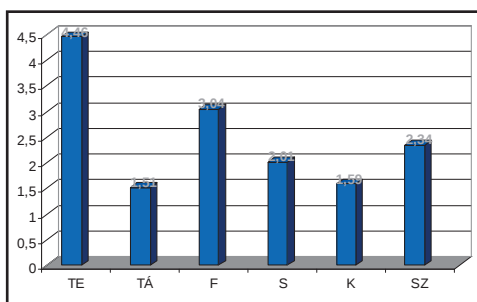
Bizalom

Az egymás közti bizalom legfontosabb komponense a Szakértelem. A jó szakemberként tisztelt dolgozóknak megbíznak. Ugyanannyi pontszámot kapott a Segítség és a Teljesítmény. Általánosságban elmondható tehát, hogy a bizalom alapjául a kölcsönös segítségnyújtás szolgál, valamint a magas teljesítményt nyújtó emberekben jobban megbíznak a dolgozók. A függelmi viszonyok nem játszanak szerepet a bizalom kialakításában. Az eredmények szerint a szakmaiság a bizalom alapja, emiatt a baráti kapcsolatok nem játszanak szerepet a szakmai bizalom kialakulásában (5. ábra).

Konfliktusok kezelése

Konfliktusok (személyessé vált problémák) kezelésekor erőteljes az a mechanizmus, hogy a megoldás során egy nagyobb szakértelemmel rendelkező harmadik fél (kolléga) beavatkozását várják el (6. ábra).

Az interjúk felvételének legfontosabb kérdése volt az, amelyben arra kértük a vizsgálati személyeket, hogy soroljanak fel öt olyan dolgot, amelyben sürgősen változtatnának a jobb működés érdekében, ezt követően rangsorolják azokat fontosságuk szerint. A kapott válaszok alapján a következő fontossági sorrendet lehet felállítani:



4. ábra: Az orientációban megjelenő motivációs tényezők

1. A létszámok változtatása

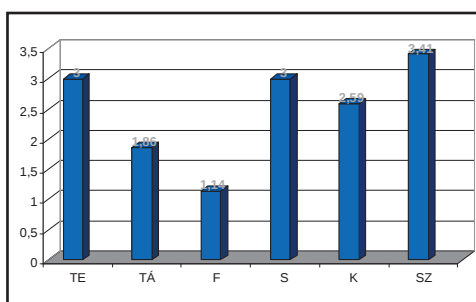
- a. a szakdolgozói létszám bővítése,
- b. a kiszolgáló személyzet bővítése,
- c. az orvosi létszám kisebb mértékű növekedése a PIC-en,

2. Tárgyi feltételek javítása

- a. orvosi pihenő megfelelő kialakítása és berendezése,
- b. öltözők, zuhanyzók kialakítása a dolgozók számára,
- c. tárgyalóhelyiség kialakítása szakmai megbeszélésekre, referálásokra,
- d. fogyóeszközök gördülékenyebb pótlása,
- e. munkaruha biztosítása (névtáblával), és mosatása,
- f. ambulancia kiépítése az ígéretek szerint,
- g. a műtői kihasználtság ártértekelése, optimalizálása,
- h. az informatikai hálózat optimalizálása, a géppark bővítése,
- i. az orvosi műszerpark korszerűsítése.

3. Munkaszervezés

- a. az adminisztrációs tevékenység átgondolása,
- b. kompetenciák tisztázása,
- c. protokollok elkészítése,



5. ábra: A bizalom alakulásában szerepet játszó motivációk

- d. az előjegyzési rendszer fejlesztése,
- e. a felvételi rendszer fejlesztése,
- f. az ambuláns és osztályos feladatok elkülönítése.

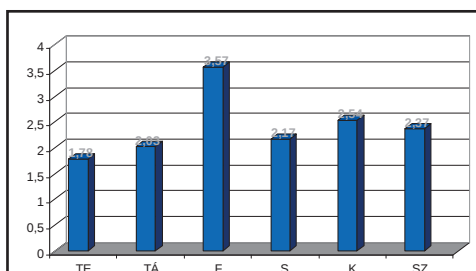
4. Béremelés, juttatások

- a. differenciált, a munkakörhöz és a feladatokhoz igazított bérezési rendszer,
- b. továbbképzések, konferenciák támogatása,
- c. szakmai lapok, folyóiratok biztosítása.

5. Információáramlás javítása

- a. az értekezleteken elhangzottak gyorsabban és pontosabban jussanak el a dolgozókhoz,
- b. legyenek belső továbbképzések, megbeszélések.

III. A vizsgálat alapján javasolt intézkedések



6. ábra: A konfliktusok kezelésben megjelenő motivációk

Probléma	Probléma oka	Megoldási javaslat
Ellentét két részleg között	Protokoll hiánya, Szakmai hiányosságok okozta irigység, Kommunikációs zavar.	Protokoll összeállítása, Kommunikáció egyértelműsítése, Kommunikációs tréning.
Az osztályon nincs megfelelő összetartás	Túl mesze vannak egymástól térben az egymásra épülő folyamatokat végrehajtó szervezeti egységek, Az öszszevonás gyorsan és nem megfelelő átgondoltsággal történt, Más-más elődintézményből érkezők klikkesedési folyamata, Túlzottan demokratikus szellemű osztályvezetés.	Csapatépítés, Vezetői tréning.
Nagy a bizonytalanság a jövő tekintetében	Érzékelhető konfliktusok az ÁEK és az Osztály vezetése között, Sok a pontatlan, esetleg késve érkező információ, A vezetőség nem minden esetben hallgatja meg a dolgozók álláspontját az őket érintő kérdésekben, A dolgozók sok esetben úgy érzik, szakmailag megalapozatlan döntéseket kényszerítenek rájuk, A dolgozók magárahagyatottságának érzése.	Megfelelő, pontos tájékoztatás, Tervezhető életpálya kialakítása

1. táblázat: Problémák, javaslatok

A vizsgálat során a problémák, valamint az azokat kiváltó okok (I. táblázat) azonosítása után lehetett megoldási javaslatokat kidolgozni, amelyeket az alábbi négy pont foglal össze:

I. Elsődleges fontosságú, költségkímélő, ugyanakkor viszonylag gyors javulást eredményező intézkedések

1. Tárgyi feltételek javítása terén

- a) tárgyalóhelyiség kialakítása szakmai megbeszélésekre, referálásokra,
- b) a fogyóeszközök gördülékenyebb pótlására történő intézkedés,
- c) a műtői kihasználtság átértékelése, optimalizálása.

2. Munkaszervezés terén

- a) a még hiányzó protokollok elkészítése,

- b) kompetenciák tisztázása,
- c) az adminisztrációs tevékenység átgondolása,
- d) a felvételi rendszer fejlesztése,
- e) az előjegyzési rendszer fejlesztése,
- f) az ambuláns és osztályos feladatok elkülönítése,
- g) a betegutak logikájának átgondolása.

3. Információáramlás javítása során

- a) az értekezleteken elhangzottak gyorsabban és pontosabban jussanak el a dolgozókhoz,
- b) belső továbbképzések, megbeszélések szervezése.

II. Kisebb anyagi ráfordítást igénylő intézkedések

1. Tárgyi feltételek javítása terén

- a) öltözők, zuhanyzók kialakítása a dolgozók számára,
- b) munkaruha biztosítása (névtáblával, logóval), és mosatása, amely elősegíti az osztály kohézióját, identitásfejlődését, az osztály céljaival való azonosulást,
- c) orvosi pihenő megfelelő kialakítása és berendezése – a higiénias feltételek biztosítása, amely protektív tényező az elégedetlenség kiküszöbölésében.

2. Béremelés, juttatások terén

- a) szakmai folyóiratok biztosítása, amely elősegíti az önképzést,
- b) továbbképzések, konferenciák támogatása.

III. Nagyobb anyagi ráfordítást igénylő intézkedések

1. Tárgyi feltételek javítása terén

- a) ambulancia kiépítése az ígéretek szerint,
- b) az orvosi műszerpark korszerűsítése,
- c) az informatikai hálózat optimalizálása, a géppark bővítése.

2. Béremelés, juttatások terén

- a) differenciált, a munkakörhöz és a feladatokhoz igazított bérezési rendszer

3. A létszámok változtatása

- a) a szakdolgozói létszám bővítése,
- b) a kiszolgáló személyzet bővítése,
- c) az orvosi létszám kisebb mértékű növekedése a PIC-en.

IV. Külső szervezetfejlesztési szakembert igénylő, hosszútávon megtérülő ráfordítások

- a) vezetői tréning, amely elősegíti az adott szituációnak megfelelő vezetési stílus alkalmazását, és hozzásegíti a vezetőt a beosztottakkal való hatékonyabb kommunikációhoz,

- b) csapatépítés, amely segíti a csoport összetartó erejének növelését, a más-más intézményekből érkezők összekovácsolását felgyorsítja, és előmozdítja az osztály céljaival való azonosulást,

- c) kommunikációs tréning, amely előmozdítja a nyílt és hatékony kommunikáció megjelenését és fenntartását.

A szervezeti diagnózis a megrendelő megelégedését szolgálta, annak tapasztalatait és javaslatait a szervezeti egység további fejlesztése során messzemenőkéig figyelembe vette.

IRODALOM

- [1] Goethals, G. R., Sorenson, G. J., Burns, J. MacGregor: Encyclopedia of Leadership, 2004, (Berkshire Publishing Group LLC., USA).
- [2] Vágvölgyi G.: Szervezeti diagnózis, 2005, (Inspiráció Egyesület, <http://www.inspiracio.hu/insdocs/200607/18szervezetidiagnozis.pdf>).
- [3] Gazdag M.: Vezetéslélektan, 1994, Budapesti Műszaki Egyetem, Bp.
- [4] Bakacsi Gy.: Szervezeti magatartás és vezetés, 1996, KJK.Bp.

Lt.Col. P. Kovács psychologist

Experiences of an organization diagnosis

Dr. Radó György Military Medical Centre HDF, Preventive Directorate, Institute of Psychology, Heath Psychological Department has diagnosed the organization of one of the departments of Ministry of Defence State Health Centre (in what follows SHC)

for the request of the director general of the SHC. In the following passages the writer of this article presents the organization diagnostic activity that helps the work of organizations. Moreover the reader will be able to become acquainted with the methods of organization diagnostic activity and its significance in the function of the organization. Showing the steps of organization diagnosis, short methodological

summary will be provided about process planning and organization. Besides highlighting some items from the results of the diagnose attention will be attracted to its practical benefit.

Key-words: organization, organization development

*Kovács Péter alez.
1553 Budapest, Pf.: 1.*

*MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság,
Egészségpszichológiai osztály*

Misszió és motiváció: Munkaérték preferenciák és a külszolgálatra motiváló tényezők kapcsolata a Magyar Honvédség állományában

Katona Tímea pszichológus főhadnagy

Kulcsszavak: munkaérték-preferencia, motiváció, stresszor, külszolgálat

1998-tól kezdve a Magyar Honvédség folyamatosan növekvő szerepet vállal a békefenntartó missziókban. Egyre több katona vezényelhető külszolgálatra, ennek következtében egyre fontosabb szerepet kap az állomány motiválása.

A vizsgálat célja a motivációs bázis feltérképezése, amelynek segítségével megállapítható, melyek azok a tényezők, amelyek a különböző missziókba induló, eltérő missziós tapasztalattal rendelkező és különböző rendfokozatú katonákat a külszolgálat vállalására ösztönzik. Továbbá az állomány munkaértékorientáció-mintázata értékes információkat nyújthat azzal kapcsolatban, hogy melyek azok a pontok, ahol a belső motiváltság tovább növelhető.

A kutatás során összegyűjtésre kerültek azok a tényezők is, amelyek jelenléte nem kívánatos a külszolgálatot teljesítő katona számára. Ezek potenciális stresszorként szerepelnek a misszióval kapcsolatban. Ennek jelentősége a pszichológiai felkészítés során is megmutatkozhat, amikor a különböző műveleti területekre indulók korábban feltérképezett félelmeire reagálva, arra potenciális megküzdési módokat kidolgozva lehet a felkészítést még célorientáltabbá tenni.

A kutatás célja

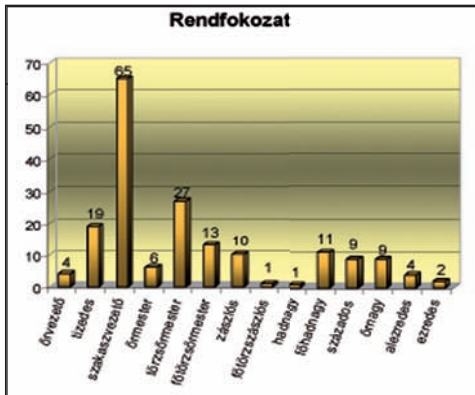
A kutatás fő célkitűzése a misszióba induló állomány munkaérték-preferenciáinak, a misszió vállalására motiváló tényezőknek, valamint a misszióba induló állomány számára potenciális stresszort képező jelenségek feltérképezése.

Ezt követően hasznos információval szol-

gálhat a fenti mintázatok rendfokozat, külszolgálat helye, a teljesített missziók száma szerinti diszkriminálása.

A vizsgálat körülményei, felhasznált eszközök

Az adatgyűjtés kérdőíves módszerrel, a felkészítés keretein belül végrehajtott pszichológiai tréning során történt. A kutatásban



1. ábra: A minta rendfokozatok szerint történő megoszlása

történő részvétel önkéntes volt. A felhasznált eszközök a **Super – féle munkaérték kérdőív**, valamint egy **saját készítésű kérdőív** voltak, melyek a motivációkra és a potenciális stresszorokra fókuszálnak.

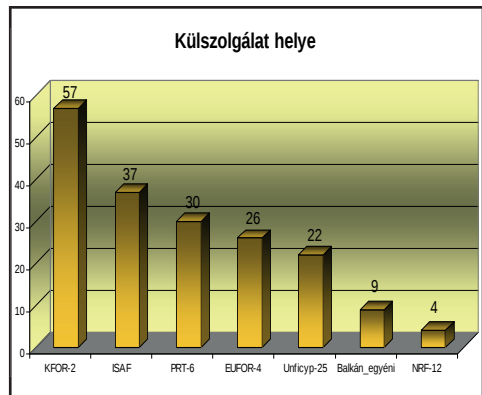
A vizsgálat során a fenti tényezők rendfokozat, tervezett külszolgálat helye, teljesített missziók száma szerinti diszkriminálására is sor került.

Definíciók

Az értékpreferenciák általánosságban a munkavégzéssel függenek össze, míg a felsorolt motivációk, és a potenciális stresszorok misszióspecifikusak. A *Super*-féle értékorientációk tehát általánosságban a munkavégzéssel kapcsolatos attitűdöket tükrözik, míg a motivációk konkrétan a külszolgálat vállalására ösztönző tényezőkről adnak felvilágosítást.

A minta jellemzői

A cikk írásának időpontjában 185 kitöltött kérdőív került feldolgozásra. A kérdőívet kitöltő állomány átlagéletkora 30,7 év, amely reprezentatívnak mondható, tekintve, hogy a külszolgálatra jelentkezők csaknem 2/3-a 25-35 év közötti.



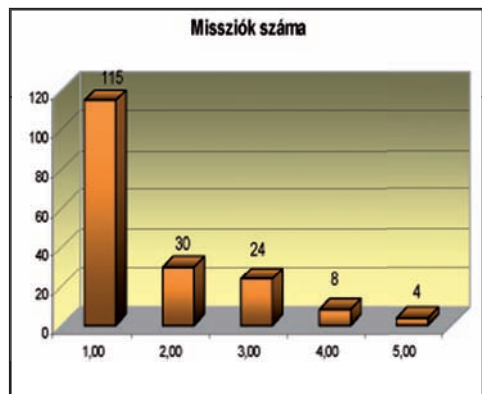
2. ábra: A minta misszió szerinti történő megoszlása

A kutatásban 147 férfi és 8 nő vett részt. 30 kérdőívre a kitöltő neme nem került fel.

A kitöltött kérdőívek száma ennél lényegesen magasabb volt, ám a hiányos kitöltés, illetve egyértelmű torzítások miatt 17 kérdőív nem került feldolgozásra.

A vizsgálatban 88 tisztes, 57 tiszthelyettes, 21 tisztt és 15 főtiszt vett részt. A kitöltők rendfokozatok szerinti megoszlása az 1. ábrán látható.

A vizsgálat résztvevőinek a misszió tervezett helyszíne szerinti megoszlása a következő diagrammon látható. Eszerint a kérdőívet kitöltők nagy része a KFOR, ISAF, vala-



3. ábra: a vizsgálatban résztvevők korábban teljesített misszióinak száma

mint PRT missziókba indulók közül került ki. (2. ábra).

Az vizsgált állomány jelentős része az első missziójára készült. A már teljesített missziók száma a 3. ábrán látható.

Eredmények

Az adatok feldolgozása az SPSS for Windows 17.0 verziójával, varianciaanalízissel történt.

Ha a független minták összehasonlítását az átlagok alapján végezzük el, a kétmintás t-próba közvetlen általánosításaként jutunk el a varianciaanalízis módszeréhez. A VA szempontja alatt azt a csoportosító változót értjük (jelen esetben a rendfokozatot, korábbi missziók számát, valamint az adott műveleti területet), mely szerint megkülönböztetjük a mintákat. (Vargha, 2000). A varianciaanalízis tehát a szignifikáns összefüggésekre mutat rá. Ezt követően a Post Hoc elemzés az összefüggések irányát adja meg.

Az alábbiakban csak a szignifikáns összefüggések kerülnek ismertetésre.

Értékpreferenciák

Az állomány számára a legfontosabb értékpreferenciának az **anyagi ellenszolgáltatás** bizonyult. Ezt a minőségi **társas kapcsolatok** megléte, majd a **változatosság** igénye követi.

Az esztétikum, a humán értékek és a játékoság a vizsgált minta nagy részénél a legkisebb prioritással jellemezhető értékek.

Domján László alezredes 1997 szeptemberében végzett vizsgálata szerint a főiskolai hallgatók körében első helyen a társas kapcsolatok, a hivatásos állomány számára a legjelentősebb a változatosság. Míg Domján

vizsgálatában az önérvényesítés kiemelkedő helyen szerepelt, addig jelen kutatás eredményei szerint ez az ötödik helyre csúszott vissza.

Az esztétikum elutasítása és az irányítás háttérbe szorulása már Domján László vizsgálatában is megjelent. Ugyanakkor a presztízs jelen vizsgálatban nagyobb pontszámot kapott, mint az 1997-es vizsgálatban.

Meghatározott szempontok szerint történő vizsgálatnál nagy különbségek figyelhetők meg az értékpreferenciák mintázatában.

Értékpreferenciák különbségei a rendfokok tekintetében

Szignifikáns különbség található a **szellemi ösztönzés** tekintetében: a rendfokokatok növekedésével együtt nő a fent említett érték fontossága.

A **függetlenség**, mint munkához kapcsolódó érték a rendfokokatok függvényében ugyancsak változik: szignifikáns növekedés tapasztalható a tisztés, a tiszthelyettes, valamint a tiszt állomány között.

Az **irányítás** preferenciája ugyancsak szignifikáns növekedést mutat, ahogy a rendfokokatok egyre magasabbak lesznek. A **kreativitás**, mint munkaérték ugyanezt a mintázatot követi.

Presztízs a tiszthelyetteseknél fontosabb értéknek bizonyult, mint a tiszteseknél, míg a **társas kapcsolatok** a tisztési és a tiszthelyettesi állománynál tűnnek rendkívül preferált értéknek, ezzel együtt a tiszték önérvényesítésre törekvése magasabb, mint a tiszteseknél és a tiszthelyetteseknél.

Misszió száma és értékek összefüggései

A **szellemi ösztönzés** valamint a **függetlenség** nagyobb prioritást élvez azoknál, akik

a második misszió előtt állnak. A tréningeken többen is beszámoltak arról, hogy a harmadik, negyedik külszolgálat vállalását, már nem elsősorban az anyagi javak gyarapítása, hanem a tapasztalatszerzés motiválja.

Az anyagiak a legkevésbé azoknak fontosak, akik már az ötödik misszió vállalása előtt állnak. Ez összhangban van a fenti eredménnyel: a szellemi ösztönzés fontosságának növekedésével valamelyest háttérbe szorul az anyagi ösztönző.

Misszió helyszíne és értékek

A terhelés sajátosságai nagymértékben elternek az adott műveleti terület jellege szerint.

Szellemi ösztönzés az ISAF állományában szignifikánsan fontosabb, mint a KFOR-ban vagy az EUFOR-ban: ez összefüggésben állhat azzal, hogy az ISAF felkészítésen többségében voltak jelen a tisztek és a főtisztek, akiknél – bár, csak tendencijelleggel – a szellemi ösztönzés fontosabbnak mutatkozott, mint az alacsonyabb rendfokozatúaknál.

Az **altruizmus**, azaz az önzetlen segítségnyújtás, mint érték az EUFOR misszióba induló állománynál szignifikánsan alacsonyabb, mint a többinél. Hasonló mintázat figyelhető meg a **változatosság**, illetve a **függetlenség** értékénél is. Ugyanakkor a **társas kapcsolatok** preferenciája az EUFOR váltóállománynál magasabb, mint a KFOR, vagy a PRT állományánál.

A **munkateljesítmény** értékpreferenciájának tekintetében a PRT és az Unficyp váltóállomány pontszámai szignifikánsan a legmagasabbak voltak az említett csoportok között.

Hierarchia és a **presztízs** tekintetében az Unficyp misszió érte el a szignifikánsan legmagasabb pontszámot.

Az **irányítás**, mint munkaérték az ISAF-nél mutatkozott a legmagasabbnak, ezután a KFOR és az EUFOR misszió következik. A balkáni egyéni beosztásúaknál a többi csoporthoz képest szignifikáns eltérés nem mutatkozott.

Misszió és motiváció

A kérdőívet kitöltők számára a misszió vállalására motiváló fő tényező az **anyagi juttatás**, ezt követi a **tapasztalatszerzésre** irányuló motiváció, a **kihívás**, a **szakmai fejlődés** majd a **nyelvtanulás**. A motivációk között elhangzott még az *előjárói kijelölés, újdonság, teljesítmény, példamutatás, nyaralás, menekülés az itthoni környezetből, elismerés, bizonyítás, nemzetközi környezet, karrier*.

A fenti tényezők több ponton is egyeznek Bereczki Szilvia 2007-ben végzett vizsgálatának eredményével.

Hasonló tendencia figyelhető meg a rendfokozat, a műveleti terület és a már teljesített külszolgálatok száma szerinti csoportosításban is. Kivétel nélkül mindenhol az anyagi javak birtoklása a fő motiváló tényező, bár a százalékos megoszlásban vannak különbségek a fent említett csoportok mentén, ugyanakkor ezek nem számottevők.

Potenciális stresszorok

A legtöbb alkalommal említett stresszor a **halál**, ami vonatkozhat a társ vagy az otthon maradtak halálára. Szorongást okoz a **halálokozás** lehetősége is.

A halált követően a második leggyakoribb stresszforrás az esetlegesen felmerülő **családi probléma**, amely magában foglalja a

család szétesését, család hiányát, valamint a családdal történő kapcsolattartás nehézségét. Az otthoni problémák sok esetben a tehetetlenség miatt terhelik meg a katonát: több ezer kilométer távolságból rendkívül nehéz a problémacentrikus reagálás.

A potenciális stresszorok között a harmadik helyen a potenciális **konfliktus** szerepel, ami egyaránt vonatkozik a felettséssel, vagy lakótársakkal történő konfliktusokra.

Elsősorban a KFOR misszióban, ahol az átlagosnál többen vannak egy konténerben, szerepel fő stresszorként a konfliktusoktól való félelem. Az összezárttság, az állandó nyomás, a megváltozott körülmények mind növelhetik az állomány feszültség szintjét, ami a konfliktusok előfordulásának növekedéséhez vezethet.

A vizsgálatban részt vevő állomány gyakran említi stresszorként az esetleges **támadást, harcot**, mely magába foglalja a fegyveres konfliktust, robbantást, zavargásokat.

Sérüléstől való félelem tartalmazza a saját sérülés, társ sérülése, maradandó egészségkárosodás, csonkolás lehetőségét.

A legtöbbet említett stresszorok között szerepel az **inkompetens parancsnok** is. A következetes parancsnok, aki figyel a beosztottakra egyfajta biztonságérzetet ad a katonáknak, jelentősen megkönnyítve ezzel a megváltozott körülmények között történő, sok esetben nehezített mindennapi munkavégzést.

Többen említették stresszorként a számunkra ismeretlen vagy ritka betegségekkel való megfertőződést, a munkavégzést akadályozó **megbetegedéseket**, illetve az olyan **baleseteket**, melyek komoly károsodással, esetleg halállal végződhetnek.

A potenciális stresszorok között szerepelt továbbá az *unalom, túlterheltség, szexualitás és intimitás hiánya, rossz ellátás, repatriálás, kudarc, magány, hazai beosztás megszűnése, hibázás, értelmetlen feladat, összezárttság, agresszív magatartás, sérülés.*

Potenciális stresszorok rendfokozatok szerinti megoszlása

A stresszorok rendfokozat szerinti megoszlását tekintve minden esetben a **halál** szerepel első helyen, amit a **családi probléma** követ. A harmadik helyen a tiszteknél az esetleges **támadás**, a tűzharc vagy a robbantás áll, a többi esetben a társakkal vagy a felettséssel való **konfliktus**. Ezt követően a potenciális stresszorok között szerepelnek még a betegség és a sérülés is.

Potenciális stresszorok missziók száma szerinti megoszlása

A missziók számának tekintetében lényeges eltérések a fent említett tényekhez képest nem mutatkoztak. Első helyeken a **halál** és a potenciális **családi problémák** állnak.

Potenciális stresszorok műveleti terület szerinti megoszlása

A legnagyobb eltérések a külszolgálat helye szerint adódnak. Az *I. táblázatban* látható, hogy a halál, mint stresszor első helyen az Afganisztánba indulóknál áll.

A munkaértékek, a misszióra motiváló tényezők és a potenciális stresszorok összefüggései

A statisztikai vizsgálat során diszkriminancia-analízist alkalmaztam, mivel tudni szerettem volna, hogy az említett motivációk mögött húzódik-e koherens értékpreferencia-sstruktúra. Azt gondolom, hogy a motivációk és a potenciális stresszorok faktorai által megjelení-

ISAF	KFOR-2	EUFOR-4	PRT-6	Unficyp-25
halál	családi probléma	betegség	halál	konfliktus
családi probléma	konfliktus	halál	támadás harc	családi probléma
sérülés	inkompetens parancsnok	baleset	hibázás	baleset
inkompetens parancsnok	értelmetlen feladat	támadás, harc	sérülés	támadás, harc
támadás, harc	rossz ellátás	családi probléma	betegség	halál

I. táblázat: potenciális stresszorok műveleti terület szerinti megoszlása

tett magyarázóterben érdemes megkeresni azokat az együttállásokat, amelyek az egyes típusokat jellemzik. Céлом, hogy a diszkrimináló változók együttesen jelenítsenek meg egy értékorientáció mintázatot, amelyek eltérnek az egyes csoportok tekintetében

A misszióra motiváló tényezők és az értékpreferenciák között a **tapasztalatszerzés** motivációja diszkriminál megbízhatóan.

A potenciális stresszorok és az értékorientációk között szignifikáns diszkrimináló függvény nincs.

A fenti kérdés megbízható vizsgálatához további adatgyűjtés szükséges.

Kritikai megjegyzések

A továbbiakban szükséges a teljes minta elemszámának növelése, ezzel együtt az egyes csoportok elemszámának reprezentativitás-növelése a rendfokozatok, külszolgálat helye, korábbi külszolgálatok száma szerint. Értékes információ nyerhe-

tő a külszolgálat során betöltött beosztás, mint diszkrimináló tényező figyelembevételével is.

Távlati célok

Az eredmények misszió előtti felkészítés során való hasznosítása lehetővé teszi specifikus tematikák kidolgozását, amelyhez elengedhetetlen a műveleti területre specifikus potenciális stresszorok figyelembevétele. A munkaérték-preferenciák, valamint a misszió vállalására ösztönző motívumok ismeretében lehetővé válik az állomány motiválása az általuk jelentősnek tartott tényezők mentén.

IRODALOM

- [1] Domján L.: A katonatiszti pálya jelenlegi értékpreferenciájának főbb jellemzői. <http://iqdepo.hu/dimenzio/18/18-01-16.html>. Letöltés dátuma: 2009.03.09.
- [2] Nagyné Bereczki Sz.: Missziókban szolgálatot teljesítő katonák pszichikai alkalmasságvizsgálatának tapasztalatai. Új Honvédségi Szemle, 2007, 3: 65-77.
- [3] Vargha A.: Matematikai statisztika. 2000, Pólya Kiadó. Budapest.

1st.Lt. Tímea Katona psychologist

Deployment and motivation: workvalue preferences and factors of motivation within the peacekeeping operations at Hungarian Defense Forces

Hungarian Defense Forces have played a significant role in UN and NATO peacekeeping missions since 1998. More and more soldier can be commanded to foreign services, so it is important to motivate them.

The aim of examination is to identify the motivations of soldiers with different places of deployment and rank. Moreover the pattern of work value preference able

to show us valuable information about the factors, which can motivate the soldiers.

Those factors that pose as potential stressors during foreign service had also been collected. This knowledge is important during the course of psychological coaching, because it provides valuable insight for the psychologist, and makes her or him able to work out potential coping ways and react to the anxieties of soldiers.

Key-words: workvalue-preference, motivation, stressor, mission

*Katona Tímea fhdy.
1553 Budapest, Pf.: 1.*

*MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság,
Mentálhigiénés Osztály*

A katonanők férfiakétól eltérő pszichológiai jellemzői a katonai alapkiképzés során, kutatási eredmények fontos vonatkozásai az MH katonanői állományában

Györffy Ágnes szakpszichológus százados

Kulcsszavak: identitás – katonapszichológia – kiképzés – nemi szerep

Írásomban azt szeretném bemutatni, milyen attitűddel rendelkezik egy, a katonai szervezetbe bekerülő nő. Más-e, és ha igen, mennyiben más az attitűdje, hozzáállása férfitársaihoz képest, hogyan viszonyul a katonai lét, a katonai identitás alapmotívumaihoz. Mindehhez a 2008. év folyamán bevonult állomány női tagjainak teszteredményei szolgálnak alapul, 342 fős mintán, amelynek 12%-a (42 fő) nő. A vizsgálati személyek katonai alapkiképzésben vettek részt, ahol a képzés elején speciálisan a helyzetre adaptált befejezetlen mondat teszttel, illetve a kiképzés végén befejezetlen mondat teszt és skálázás és értéksorrend felállítás segítségével.

Tendencia szinten jellemző volt a kiképzők katonaként való definiálása, ami a férfiaknál nem jelent meg, ezzel utalva arra, hogy az alapidentitástól a nők esetében távolabbi a katonai szerep. Ugyanakkor a katonai lét alapértékei vizsgálata kapcsán hasonló jellegzetességeket mutattak, mint férfitársaik. Tehát valahol mégis énközelivé válik a személyes élmény révén a katonai lét. A férfias oldal előtérbe helyezésével a szerep integrálható az identitásba, ezáltal megfelelhet az egyén női mivolta mellett a férfias hivatásnak. A vizsgálati eredmények alapján arra is keresem a választ, hogyan történik meg ez az integráció.

A nők hadseregbe áramlása a kilencvenes években kezdődött meg, létszámuk mára megközelíti az 5000 főt, amellyel jelentős erőt képviselnek a Magyar Honvédség állományában. A katonanők helytállnak a missziós beosztásokban, helyzetük, szerepük azonban számos vonatkozásban tisztázatlan, katonaként való elfogadottságuk nem teljes a férfiak körében és a társadalomban sem. Nincsenek számukra világosan körülírható viselkedé-

si normák, minták –rejtett konfliktusok viszont vannak. (Szabó, 2004)

A harcoló nő azért nehezen elfogadható, mert szétzúzza a nőt védő harcos férfi mítoszt és ezzel kétségbe vonja a férfi identitás egyik alapvető kategóriáját. Hogyan lehet egy és ugyanazon lény védő és megvédendő is egy személyben? Kényes kérdés hogyan őrizhető meg a fegyveres erők fér-

fiintézmény-jellege a nők tömeges belépése után? Ugyanakkor az elvégzett felmérések alapján elmondható, hogy a nők katonai pályaválasztásában benne van az a vágy is, hogy valami különlegesen csináljanak (Bolgár, 2004).

Kutatást végeztünk a Magyar Honvédség állományában katonai szervezeti elvárásokhoz való alkalmazkodás és a katonai szerepekkel való azonosulás témaköreiben (Györffy, 2006). Már a kérdés felvetésekor szembesültünk a magyar nyelv hagyományokat tükröző szóhasználatával:

A katona szó alapvetően férfit jelöl, tehát eleve paradox a katonanő elnevezés is. Ugyanakkor jelöli a két nemhez kapcsolódó attitűd, szerep, beállítódás elkerülhetetlen integrációját, amely egyéni szinten különböző mértékben mehet végbe, eltolódást eredményezve valamelyik nemi szerep irányába. A női-nemi identitás sok szempontból nehezen összeegyeztethető, vagy kimondottan ellentétes értékeket képvisel, mint a katonai identitás. Ez a katonanők dolgát különösen megnehezíti. A kutatás eredményeit összefoglalva a következőket állapíthatjuk meg:

- A katonai szerephez való alkalmazkodás, integráció érdekében a nők sokkal nagyobb erőfeszítést tesznek a férfiaknál, ami már a kiképzés során is megmutatkozik,
- A kiképzés személyesebb szintet érint náluk, a változások a férfiakénál markánsabban lesznek,
- Felvetődik a túl erős alkalmazkodás – beolvadás veszélye, ami a nőies értékek teljes háttérbe szorításával járhat együtt.

A kutatási eredmények alapjául a katonai identitás körében végzett kutatás szolgált, ahol a férfi és női résztvevők eredményeit

különválasztva felfedezhetővé váltak a nemi beállítódásból adódó különbség, jellegzetességek. A vizsgálatban a katonai alapkiképzésben résztvevő állomány vett részt. Az alapkiképzés során a katonai alapismeretek átadására kerül sor, elméleti és gyakorlati foglalkozások révén, amelyek folyamatos távolléttel járnak, s olyan közegben zajlanak ahol a kiképzésben résztvevők gyakran kerülnek határhelyzetekbe. Ehhez a megterhelő helyzethez még hozzájárul a hosszas összeartság, ami megnöveli a konfliktushelyzetek számát, illetve a nők esetében az alapvetően fiatal férfiakra kidolgozott elvárás-rendszer.

Az identitás a következő tartalmi háttérrel bír a Magyar Értelmező Kéziszótár szerint: Identitás: 1. *vál* Azonosság. 2. *Tud* Két tárgy, fogalom, irányzat egyezése, lényegi egyformasága. 3. *Fil* Az a logikai törvény, amely szerint minden fogalomnak adott időben és vonatkozásban önmagával azonosnak kell lennie. 4. *Lélt* Az önmagunkkal való azonosság vagy valamely csoporttal való azonosulás érzése, élménye [*lat*] (MÉK, 2003).

Lélektani értelemben vett értelmezés szerint az egyéni és a csoportidentitás fogalma egyaránt megjelenik az identitás meghatározásában. A fogalmat a filozófiából vette át a pszichológia, s az abban megjelenő egyéni hangsúly mellett, fokozatosan beépítette az identitás társas jelentőségét. Mindez ahhoz az eredményhez vezet, hogy az én egyre inkább szociális és szimbolikus mátrixokban helyeződik el. A kollektív identitásformák (a nemzet, a nép, a faj, az osztály, majd egyre inkább a semleges „csoport”) egyszersmind szimbolikus közvetítői is az identitásnak, hiszen a társadalmi azonosságtudat nagyrészt a kollektív képződmények nyelvének, kultúrájának, szimbolikus kifejezésformáinak elsajátításán alapul. Mindez különösen igaz

a katonai szervezetre, a katonai identitásra, ami egyéni és közösségi szinteket egyaránt érint, s mély a mindennapitól jelentősen eltérő élményei révén beépül a személyiségbe, áthatva annak minden rétegét.

A vizsgálati minta jellemzői

Elemsszám: 342 fő, 12% nő (42 fő)

Átlagéletkor: 25,52 (nő:29,33; ffi: 21,72)

Ez a minta reprezentatívnak tekinthető a Magyar Honvédség tekintetében, hiszen az alapkiképzésen minden a szervezetbe bekerülő katonának részt kell vennie, nemtől és beosztástól függetlenül.

A vizsgálat kérdőív segítségével történt, ami az alapkiképzés elején, illetve végén került felvételre. A kérdések a katonai alapértékekre vonatkoztak, mind pozitív, mind negatív aspektusból, ötfokú *Likert* skálán történő értékeléssel, azok fontossága tekintetében. Ezt követően az értékek rangsorolására került sor, majd a kiképzésről, a kiképzőkről, illetve az apaképről kellett nyilatkozniuk befejezetlen mondatok segítségével. Ez utóbbiak (kiképzés, kiképzők, apakép) nem képezik jelen írás elemzésének tárgyát, más tanulmány kapcsán kerültek feldolgozásra. A kérdőívbe emellett beépítésre került egy az annak hangulati elemére vonatkozó blokk, ahol katonákra, katonaságra vonatkozó ismert dalok, szólások közül kellett választani, melyik írja le leginkább a válaszadó hangulatát, érzelmi állapotát a kiképzés adott szakaszában. A kérdőíves vizsgálat során használt katonai alapértékek egy korábbi komplex vizsgálat során kerültek feltérképezésre a stabil katonai identitással rendelkezők körében (Györffy, 2006).

A férfias és a nőies attitűd, beállítódás a kiképzés elején jól elkülönülnek, ennek jelei a következők:

- A katonai lét alapértékei közül az ötfokú skálán való értékelés során a velük azonos kiképzésben résztvevő férfiakétól eltérő mintázatot mutattak:

- A biztonság és a közösségiség, a valahová tartozás, mint alapértékek a férfiak mintájánál fontosabbnak ítéltettek.

- Az Ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítményorientáció és a Feladat, erőpróba, kihívás kevésbé voltak fontosak számukra. A rangsorolás során a nők eltérő mintázatot mutattak mind a kiképzés elején, mind a kiképzés végén férfitársaiktól, illetve a szervezet tagjaitól.

- Ezek az eltérések megmutatkoztak a rangsorolás megosztottságában a férfias – katonai értékek tekintetében a kiképzés elején.

- A kiképzés végén sokkal inkább előtérbe kerülnek a katonai identitás beépülésére, külső felvállalására utaló jegyek (pld: egyenruhát viselni).

- A testi élményekre szorítottság a nőknél intenzívebb.

- A félelmek tekintetében a személyes szint sokkal mélyebben érintett, illetve „nőiesebb” mintázatot mutat.

Ezt mutatja az *I. táblázat* is, ahol összehasonlítva láthatjuk a férfi és a női rangsort az értékek tekintetében. A táblázatban látható, hogy a nők esetében egy-egy helyre több érték is besorolásra került.

A táblázatban összehasonlítva látható, a bekerülő férfiak, illetve nők értékpreferencia sorrendje. A különbségek hátterében részben a nemi szerepből adódó különbségek, részben az életkori sajátosságok állhatnak, hiszen a nők, mint a minta életkori átlaga is mutatja később lépnek be a szervezetbe (kivételt képeznek ez alól a ZMNE hallga-

Kiképzés előtt férfiak	Kiképzés előtt nők
büszkeség, becsület, életforma	büszkeség, becsület, életforma
fegyelmezettség, megfelelés az elvárásoknak	fegyelmezettség, megfelelés az elvárásoknak – felelősség
Felelősség	ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítmény alapján való mérés
ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítmény alapján való mérés	feladat, erőpróba kihívás - felelősség
feladat, erőpróba kihívás	ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítmény alapján való mérés – Képviselni vmit, egyenruhát viselni
kaland, aktivitás, változatosság	Közösségiség, tartozni valahová – Kaland, aktivitás, változatosság
közösségiség, tartozni valahová	Közösségiség, tartozni valahová
Különlegesség, más, mint a civilek	ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítmény alapján való mérés - Különlegesség, más, mint a civilek
	különlegesség, más, mint a civilek - biztonság
	kaland, aktivitás, változatosság – különlegesség, más, mint a civilek

I. táblázat: *a férfiak és a nők értékpreferencia sorrendje*

tók, akik azonos életkorban kerülnek a szervezetbe, nemtől függetlenül). A női nemi szerepre való szocializáció evidens módon jelentős mértékben eltér a férfitól. Abban az életkorban, ahol a nők a szervezet tagjaivá válnak ez a nemi szerep már teljesen kialakult.

A táblázat alapján szembeszökő, hogy ebben a férfias elvárásrendszerben az alkalmazkodás a férfiak számára egyszerűbb, közelebb áll a tradicionálisan férfias értékrendhez. Ezt mutatják a jól elkülönülő értékek, a letisztult értékpreferencia – sorrend, ami, mint később láthatjuk, részben megtartott. A nők esetében az „Ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítmény alapján való mérés” három helyen is szerepel a táblázatban, ami jelzi a női szereptől való részben idegen mivoltát, ugyanakkor a katonai szervezet számára való fontosságát.

A férfiak esetében is látható volt a kiképzés elején az értékpreferencia sorrend felállításának nehézsége. Ebből adódik, hogy az utolsó két helyen annyi érték jelent meg, hogy nem volt egyértelműen eldönthető, hogy melyik értékek is foglalják el az utolsó helyeket. Ez azt eredményezte, hogy több érték kimaradt a listáról. Mindennek hátterében megfigyelhető, hogy a kiképzés elején az egyéni értékrend még jobban érvényesül, ugyanakkor megjelenik már az elvárásoknak megfelelő beállítódás is. Az egyik kimaradt érték a „képviselni valamit, egyenruhát viselni”, ami érthető, hiszen akkor tudunk hitelesen képviselni valamit, ha már annak a szervezetnek a tagjai vagyunk.

Ha a két nemre vonatkozó sztereotípiákat, melyek részben alapját képezik ennek az értékpreferenciának, áttekintjük, a következőket láthatjuk a tradicionálisan férfiasnak tartott katonai szerep kapcsán, amelyeket a

Férfiakhoz társított tulajdonságok	Nőkhöz társított tulajdonságok
Agresszív	Szorongó
Erős	Gyenge
Kemény	Lágy
Durva	Érzékeny
Erőtéljes	Érzelgős
Bátor	Félnk
Domináns	Függő
Nyers	Szentimentális
Komoly	Ábrándozó
Szilárd	Lágyszívű
Tekintélyelvű	Demokratikus
Agresszív	Panaszkodós
Erős	Labilis
Kemény	Szenvedélyes
Találékony	Szorongó
Szilárd	Lágy
Hűvös	Meleg

II. táblázat: A férfiakhoz és a nőkhöz társított tulajdonságok

kutatók 25 ország adatai alapján gyűjtöttek össze (Bem, 1974).

Láthatjuk, a táblázat alapján (II. táblázat), hogy a férfiakhoz és a nőkhöz társított, általánosított következtetések szinte egymás ellentétpárjai, ugyanakkor, egymás kiegészítői is. A nők és a férfiak másként gondolkodnak, oldanak meg egy helyzetet, vagy problémát. Tudományosan bizonyított, hogy ennek háttérében a társadalmi meghatározottságon túl, eltérő agyműködés is fellelhető. Az evolúció során ez nem véletlenül alakult így, hiszen ha az öközösségi társadalmak feladatmegosztására gondolunk, világosan nyomon követhető a férfias és nőies működés.

A nők esetében inkább jobb féltekei, a férfiak esetében inkább bal agyféltekei működési dominanciát tapasztalhatunk. A nők képesek mindkét agyféltekét egyformán és

egy időben használni. Ennek köszönhető, hogy a nő egyszerre tud telefonon beszélni, tévét nézni, főzni, stb., egyszerre párhuzamosan végezni különböző tevékenységeket. A férfiak és a nők az agy más területeit használják, ezért különböző területeken teljesítenek jól. A férfiak jól tudnak tájékozódni, fejlett a térlátásuk, ellenben simán átsiklanak a részletek felett, agyuk csak a lényegre tárolja, azt is csak leegyszerűsítve, ami adott esetben gyorsabb döntést eredményez. A nők verbális képessége fejlettebb, érzékenyebbek a metakommunikációra, jobban értik a jeleket, illetve a beszédért felelős idegközpontot mindkét agyféltekében jobban ki tudják használni (Bánki, 1994).

Tehát ezzel az eltérő biológiai és szociokulturális háttérrel kezdi meg szocializációját a katonai szerepre a két nem a katonai szervezet erősen maszkulin elvárásrendszerében. Ebből adódhat, hogy

Férfiak a katonai alapkiképzés előtt	Nők a katonai alapkiképzés előtt
1. Becstelenné válni - Nem teljesített feladat, kudarc	1. Becstelenné válni
2. Sebesülés, sérülés, bénulás	2. Becstelenné válni - Megaláztatás, szégyen
3. Megaláztatás, szégyen	3. Megaláztatás, szégyen
4. Felelőtlen viselkedés	4. Kontrollvesztés, önuralom elvesztése
5. Fegyelmezetlenség, szervezetlenség, puhányság	5. Fegyelmezetlenség, szervezetlenség, puhányság - A hit elvesztése a hivatásban
6. Nem teljesített feladat, kudarc, tehetetlenség	6. Nem teljesített feladat, kudarc - Kontrollvesztés, önuralom elvesztése
7. Felelőtlen viselkedés	7. Felelőtlen viselkedés
8. Kontrollvesztés, önuralom elvesztése	8. Fegyelmezetlenség, szervezetlenség, puhányság - Felelőtlen viselkedés
9. Sebesülés, sérülés, bénulás	9. Sebesülés, sérülés, bénulás
10. A pálya a család fölé kerekedik	10. Sebesülés, sérülés, bénulás

III. táblázat: Az identitást fenyegető tényezők rangsora férfiak és nők esetén

a „Különlegesség, más, mint a civilek” és a „Kaland, aktivitás, változatosság” a férfiaknál hátrébb kerül a listán. Hiszen a nők esetében az inger és aktivitáskeresés, mint érték kevésbé domináns, illetve a produktivitás lehetősége biológiailag adott, tehát nem szükséges kimagasló, különleges teljesítmény felmutatása az eléréséhez.

Összességében a nők esetében a **teljesítményhez és aktivitáshoz való viszony rendezése és újrarendezése** szükséges annak érdekében, hogy a katonai értékekkel való identifikáció sikeres legyen. Mindez **előnyöket és veszélyeket egyaránt magában rejt**, hiszen ha megkérdőjelezem az adottat, az nyithat új utakat, azonban a stabilan működő rendszerben maradandó károkat okozhat. Ez látható minden, hagyományosan férfias hivatást betöltő nő esetében, ahol a felsővezetői beosztást betöltő nők körében igen gyakoriak a nőgyógyászati problémák (Bell, Chase, 1995).

A vizsgálat részét képezte a félelmek feltérképezése, az identitást fenyegető tényezők-

hoz való viszony feltárása is. Az induláskor a férfiak és nők ebben a tekintetben is jelentős különbségeket mutattak, amit a *III. táblázat* is alátámaszt.

A férfiak esetében a rangsorban nem került fel a táblázatba a „Hit elvesztése a hivatásban”, vagyis sok alkalommal jelent meg a listán, de sehol sem jutott el odáig, hogy azon markáns, stabil helyet foglaljon el. Mintha az egyéni és a társas identitás vetélkedne ebben, hiszen a hit egyéni szintet érint, s a közösségi értékek rangsorában nehezen elhelyezhető. Megfigyelhető emellett, hogy a férfiak rangsorában az első helyen megosztottan szerepel a „Becstelenné válni”, illetve a „Nem teljesített feladat, kudarc”. A férfi szerep erősen teljesítményorientált, ebből adódóan, ha valaki kudarcot vall, nem képes teljesíteni – az a szerepében, identitásában sérül. Erre utal a két helyen is megjelenő „Sebesülés, sérülés, bénulás”, ami fizikai szinten jelzi a teljesítőképesség károsodását.

A nők esetében a teljesítményre, telje-

Férfiak a katonai alapkiképzés után	Nők a katonai alapkiképzés után
1. büszkeség, becsület, életforma	1. büszkeség, becsület, életforma
2. fegyelmezettség, megfelelés az elvárásoknak	2. fegyelmezettség, megfelelés az elvárásoknak
3. Kaland, aktivitás, változatosság	3. Feladat, erőpróba, kihívás – különlegesség
4. Különlegesség, más, mint a civilek	4. Közösségiség, tartozni vhová
5. Felelősség	5. Képviselni vmit, egyenruhát viselni
6. Biztonság	6. Kaland, aktivitás, változatosság
7. Ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, a teljesítmény alapján való mérés	7. Biztonság
8. Feladat, erőpróba, kihívás	8. Felelősség
9. Közösségiség, tartozni vhová	9.Ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, a teljesítmény alapján való mérés
10. Képviselni vmit, egyenruhát viselni	10. Feladat, erőpróba, kihívás - Különlegesség

IV. táblázat: A férfiak és nők értékpreferenciája a kiképzés végén

sítménykárosodásra utaló értékek hátrébb kerülnek a rangsorban. A személyes szint jobban érvényesül, amit az is mutat, hogy a „Megaláztatás, szégyen”, illetve Kontrollvesztés, önuralom elvesztése”, „A hit elvesztése a hivatásban” értékek a rangsorban előkelő helyet foglalnak el a „Becstelenné válni” érték mellett, ami egyéni és közösségi szinteket egyaránt érint.

A IV. táblázatban láthatjuk, mindez hogyan változik, alakul a kiképzés végére.

A nők esetében a „Közösségiség, tartozni valahová” a listán a férfiaknál előrébb került. A nők ebből a szempontból előnyösebb helyzetben vannak, jobban mernek támaszkodni a társas támaszra. Emellett a teljesítmény önmagában nem lesz érték, valamilyen célhoz kell, hogy kapcsolódjon, valamilyen cél érdekében kell, hogy történjen. Ezért a „Képviselni valamit, egyenruhát viselni” érték is előbb jelenik meg a listán, hiszen az a közösségi lét kifelé, más közösségek felé való vállalását is jelenti. A „felelősség” a férfiakénál hátrébb szerepel a listán, a kiképzés végére, ezt részben az is magyarázhatja, ha a közösségi értékekkel

történik meg az azonosulás, akkor az egyéni felelősség értelemszerűen háttérbe szorul. Ugyanakkor a nők nemi szerepükből és szocializációjukból adódóan elfogadottabbak az erősen hierarchikus rendszerrel szemben, kevésbé jelenik meg a rivalizáció, versengő tendencia.

A „kaland, aktivitás, változatosság” a listán később jelenik meg a férfiaknál, ahol rögtön a harmadik helyen szerepel, hiszen számukra ez egyben a férfi szerepbe való beavatás rítusa is egyben. A nők esetében ez a beavatás inkább „feladat, erőpróba, kihívás”, a „különlegesség, más, mint a civilek” érzéséhez vezet. Ez az érték két alakommal is megjelenik a nők listáján, a „Feladat, erőpróba, kihívás” értékkel együttesen, mindkét helyen,

Ha a nők értékeit a saját korábbi mintájukkal hasonlítjuk össze, a következő változásokat észlelhetjük (V. táblázat):

Korábbi sorrendhez képest a „Feladat, erőpróba, kihívás”, „Különlegesség, más, mint a civilek”, „Közösségiség, tartozni valahová”, „Képviselni valamit, egyenruhát viselni”, „Biztonság”, és a „Felelősség” értékek

Nők a katonai alapkiképzés előtt	Nők a katonai alapkiképzés után
1. Büszkeség, becsület, életforma	1. Büszkeség, becsület, életforma
a. Fegyelmezettség, megfelelés az elvárásoknak - felelősség	2. Fegyelmezettség, megfelelés az elvárásoknak
3. Ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítmény alapján való mérés	3. Feladat, erőpróba, kihívás – különlegesség
4. feladat, erőpróba kihívás - felelősség	4. Közösségiség, tartozni vhová
5. Ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítmény alapján való mérés – Képviselni vmit, egyenruhát viselni	5. Képviselni vmit, egyenruhát viselni
6. Közösségiség, tartozni valahová - Kaland, aktivitás, változatosság	6. Kaland, aktivitás, változatosság
7. Közösségiség, tartozni valahová	7. Biztonság
8. Ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, teljesítmény alapján való mérés - Különlegesség, más, mint a civilek	8. Felelősség
9. Különlegesség, más, mint a civilek - Biztonság	9. Ésszerűség, célszerűség, gyakorlatiasság, a teljesítmény alapján való mérés
10. Kaland, aktivitás, változatosság - Különlegesség, más, mint a civilek	10. Feladat, erőpróba, kihívás - Különlegesség

V. táblázat: A nők értékeinek összehasonlító táblázata

Férfiak a katonai alapkiképzés után	Nők a katonai alapkiképzés után
Feleslegesség érzés, feladat hiánya	Kontrolvesztés, önuralom elvesztése - Felelőtlen viselkedés
Nem teljesített feladat, kudarc, tehetetlenség	Sebesülés, sérülés, bénulás
Fegyelmezetlenség, szervezetlenség, puhányság	Megaláztatás, szegény - Sebesülés, sérülés, bénulás
Felelőtlen viselkedés	A hit elvesztése a pályában, hivatásban
Nem teljesített feladat, kudarc, tehetetlenség	Becstelenné válni - Feleslegesség érzés, feladat hiánya
Felelőtlen viselkedés	Fegyelmezetlenség, szervezetlenség, puhányság - Megaláztatás, szegény - A hit elvesztése a pályában, hivatásban
Kontrolvesztés, önuralom elvesztése	Kontrolvesztés, önuralom elvesztése
Sebesülés, sérülés, bénulás	Felelőtlen viselkedés
A pálya a család fölül kerekedik	A pálya a család fölül kerekedik
	Kontrolvesztés, önuralom elvesztése - Sebesülés, sérülés, bénulás

VI. táblázat: Férfiak és nők összehasonlító táblázata az identitást fenyegető tényezők tekintetében a kiképzés végén

mutatnak markáns változást a listán elfoglalt pozíciójukban, illetve megfigyelhető az értékek sorrendjének letisztultabb mivolta. A jelzett értékek mindegyike legalább két

hellyel mozdul el korábbi pozíciójához képest. A „Biztonság” érték előrébb került, jelezve, hogy a vállalt kockázat biztonságot is jelent, amit az új hivatás, illetve a szervezet

biztosít. Az egyéni felelősség a kiinduló alaphoz képest hátrébb kerül, ugyanakkor, mint majd láthatjuk, a félelmek, az identitást veszélyeztető tényezők közül kiemelkedő szerepet bír.

Ha az identitást fenyegető tényezőket veszszük górcső alá, a következőket láthatjuk a kiképzés végén nők és férfiak között (VI. táblázat):

A férfiak esetében az utolsó helyen több érték is megjelent, azonos súllyal, ami jelzi az egyéni színezet megjelenését a lista utolsó helyén. Náluk nem kapott helyet a listán egy másik, szintén erősen egyéni színezetű tényező a „A hit elvesztése a hivatásban”, viszont az erősen jelen lévő feladattudat a félelmek, veszélyeztető tényezők szempontjából is kiemelt helyet foglal el.

A nők esetében a félelmek, veszélyeztető tényezők listáján az egyénibb, személyes színezettel bíró értékek, élmények kerülnek előtérbe. A „Sebesülés, sérülés, benu-

lás” három helyen is szerepel, akárcsak a „Kontrollvesztés, önuralom elvesztése”. Az előbbi esetében elmondható, hogy a nők más jellegű fizikai terheléshez vannak szokva, emellett a férfiakra optimalizált kiképzés esetükben mélyebb, ösztönösebb a szó szoros értelmében húsbavágó szintet érint. Ha nem vállalnák ezt a kiképzést, valószínűleg soha nem találkoznának ilyen jellegű megterheléssel, élményekkel. Az utóbbi tekintetében pedig elmondható, hogy az érzelmek nyílt kifejezése, vállalása a nők esetében elfogadható, de a katonás közegben nehezen kezelhető, attól idegen. A kontrollfunkciók fokozottan kell, hogy működjenek. Mindez a nőkben fokozott figyelmet vált ki saját viselkedésükre vonatkozóan, hiszen a női nemi szereppel ellentétes elvárásoknak kell megfelelniük. Ha kudarcot vallanak, az igazolná az ősi hiedelmet, hogy a katonai pálya kizárólagosan férfiak számára áll nyitva, ha jól sikerül működniük ebben a helyzetben, az nagyobb elismerést vált ki, mint egy férfi esetében. A kiképzők beszámolóí szerint

Nők a katonai alapkiképzés előtt	Nők a katonai alapkiképzés után
1.Becstelenné válni	1.Kontrollvesztés, önuralom elvesztése - Felelőtlen viselkedés
2.Becstelenné válni - Megaláztatás, szégyen	2.Sebesülés, sérülés, bénulás
3.Megaláztatás, szégyen	3.Megaláztatás, szégyen - Sebesülés, sérülés, bénulás
4.Kontrollvesztés, önuralom elvesztése	4.A hit elvesztése a pályában, hivatásban
5.Fegyelmetlenség, szervezetlenség, puhányság – A hit elvesztése a hivatásban	5.Becstelenné válni - Feleslegesség érzés, feladat hiánya
6.Nem teljesített feladat, kudarc - Kontrollvesztés, önuralom elvesztése	6.Fegyelmetlenség, szervezetlenség, puhányság - Megaláztatás, szégyen - A hit elvesztése a pályában, hivatásban
7.Felelőtlen viselkedés	7. Kontrollvesztés, önuralom elvesztése
8.Fegyelmetlenség, szervezetlenség, puhányság - Felelőtlen viselkedés	8.Felelőtlen viselkedés
9.Sebesülés, sérülés, bénulás	9.A pálya a család fölé kerekedik
10.Sebesülés, sérülés, bénulás	10.Kontrollvesztés, önuralom elvesztése - Sebesülés, sérülés, bénulás

VII. táblázat: A nők értékpreferencia sorrendjének összehasonlító táblázata a kiképzés elején, illetve végén.

„Angyalbőrben minden kicsit más”
„Ha húzza a vállad a málhazsák, hát ne keseredj el jó barát”
„Akkor csak ballag a katona, még ő se tudja hova...”
„Jókedvű a honvéd, jókedvű a honvéd, harsog a nótája...”

VIII. táblázat: A kiképzés hangulati elemét megjelenítő dalok, szólások

gyakran állítják a jól teljesítő nőket követendő példaként a társaik elé, hiszen ez esetükben sokkal nagyobb erőfeszítésbe kerül, mint a férfiaknál.

Az VII. táblázatban a nők változását szemlélteti az identitást veszélyeztető tényezők tekintetében a kiképzés elején, illetve végén. Ahogyan már a férfiakkal történő összehasonlítás során megállapításra került, a „Kontrollvesztés, önuralom elvesztése” kiemelt szerepet kap (a táblázatban kiemelten jelölve az erőteljes változást mutató értékek). Míg a képzés elején azok a veszélyeztető tényezők voltak hangsúlyosak, amelyek a civil életben is, a hivatástól függetlenül identitást veszélyeztető tényezőként lépnének, addig a kiképzés végére a katonai hivatást és feladatot veszélyeztető tényezők kerülnek előtérbe.

Megjelenik az erősödő feladatorientációból fakadóan a „Feleslegesség érzés, feladat hiánya” érték, ami a kiképzés elején nem kapott stabil helyet a rangsorban. Emellett szintén stabil pozícióval, új helyen lép be a „a pálya a család fölé kerekedik” tényező, ugyanis a kiképzés során a résztvevők, különösen a nők megélhetik, hogy minden más szerepük a magánéletben háttérbe szorul, kevésbé ellátható, mint egy civil foglalkozás esetében. Ez a szembesülés felvetheti a pályaelhagyás veszélyét is, hiszen a női szerepeknek immanens része az anyaszerep.

A „Felelőtlen viselkedés”, mint veszélyeztető tényező hat hellyel kerül előrébb a listán, annak legelső helyén, megosztott pozícióval jelenik meg. A felelősség megélése fegyver

viselése esetén, különösen műveleti területen, ahol esetenként élet-halál kérdésében kell dönteni, fokozott. A férfiak esetében a katonás játékok már kora gyerekkortól jelen vannak, akárcsak a fegyver, mint játékszer. A nők esetében, felnőttkorban ez a fokozott felelősség megélésével jelenhet meg, nem abban a játékos formában, mint elsőként a férfivá érő fiúknál.

Mint ahogyan a hatos számú táblázat egyoldalúsága is mutatja a férfiak és a nők között nem volt szignifikáns különbség a katonai lét hangulati, érzelmi elemét megjelenítő dalok, szólások tekintetében. Ami arra is utal, hogy a megélés, az érzés, a hangulat lehet azonos a két nem között azonos helyzetben, ami különbözővé teszi, az az értelmezési keret, amit a két nem különböző szocializációjából, élethelyzetéből hozzátesz. Emellett a különbség a civil élethez képest mindkét nem esetében megjelenik, megfigyelhető, azonban a két nem esetében eltérő a viszonyítási alap, ezért más lesz a különbség és a változás is.

Összegzés: a nők a katonai szervezetbe belépve nagy kihívással néznek szembe. A szervezet elvárásrendszere tradicionálisan férfias, ami a női szerepre történő szocializációt követően sokkal nehezebben integrálható, mint a szervezetbe belépő férfiak esetében. Ez a folyamat már az alapkiképzéstől megfigyelhető, ahol a katonai identitás formálása megkezdődik. A nők esetében az azonosulás a közösség oldaláról indul meg, s a közösség tagjaként annak alapértékei is elfogadhatóvá válnak. Esetükben

szükséges a teljesítményhez való viszony rendezése és újrendezése, ami pozitívumot és negatívumot egyaránt rejlhet magában. Tehát a cél egyfajta egyensúlyi állapot kialakítása, amelyben a női identitás megőrzése mellett kaphat szerepet a férfias szakmai identitás kialakítása, amivel az egyén és a szervezet egyaránt gazdagodhat.

IRODALOM

- [1] Bánki, M., Cs.: Az agy évtizedében, Biográf Kiadó, 1994.
- [2] Bell, C. S., Chase, S. E.: Gender in the theory and practice of educational leadership. In: Journal 200-222 for a Just & Caring Education, 1995, 1/2: 200-222.
- [3] Bem, S., L.: The measurement of psychological androgyny in: Journal of Psychological Consulting and clinical Psychology, 1974, vol. 42: 155-162.
- [4] Bolgár, J., Kecskeméthy, K.: Nők a hadseregben in: Magyar Honvéd Magazin, 2004, X. évf. 21. Új Honvédségi Szemle, április, 3-5.
- [5] Györffy Á.: A destruktív energiák kreatív felhasználási lehetőségei. Magyar Pszichiátriai Társaság konferenciája, Budapest, 2006. januári előadás.
- [6] Györffy Á.: A katonai identitás és annak krízisei. Magyar Pszichológiai Társaság XVII. Nagygyűlése, 2006. május 25-27., előadás.
- [7] Magyar Értelmező Kéziszótár, külön irodalom, 2003.
- [8] Szabó, J.: Kisebbségek a haderőben Zrínyi Kiadó Budapest 2002. 151-155.p in: Új Honvédségi Szemle, 2004. 02. 32-34.

Capt. Ágnes Györffy
clinical psychologist

Woman soldiers' psychological features different from man soldiers during boot training. Significant relations of research results to woman soldiers strength of HDF

In my article I would like to show the

attitude of women entering the military organization. Do they have a different attitude, if the answer is yes what are the differences according to their male colleagues, how do they relate to the basic elements of military identity?

The test results of the male and female soldiers entering the military organization in 2008 and taking part in the basic military training formed a basis form my scientific research. Their group consisted of 342 members the 12 % of them were female. For doing this I have used unfinished sentences, 5 rate Likert's scale and ordering the values, at the beginning and at the end of their training.

According to my results the following conclusions could be drawn: the woman soldiers defined the instructors as men, and referred the soldier role as more distant than men in the beginning. Besides these examining their relation to the basic values they have shown similar tendencies as males. This refers to that the military role becomes closer to their self after the personal experiences. With pushing the masculine side of the self in the foreground the military role could be integrated to the feminine self that could result in fulfilling the requirements of this masculine profession and besides this preserving femininity. Based on the results I also examined for the process how this integration happens.

Key-words: identity – military psychology – training – gender

*Györffy Ágnes szds.
1553 Budapest, Pf. 1.*

MH Dr. Radó György Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság
Mentálhigiénés Osztály

A MH dohányzás leszokást támogató programjának további lehetőségei

Szomolai Dóra szakpszichológus,
Kiss József pszichológus

Kulcsszavak: dohányzásról leszokás támogatása, stressz, megküzdés, tanácsadás

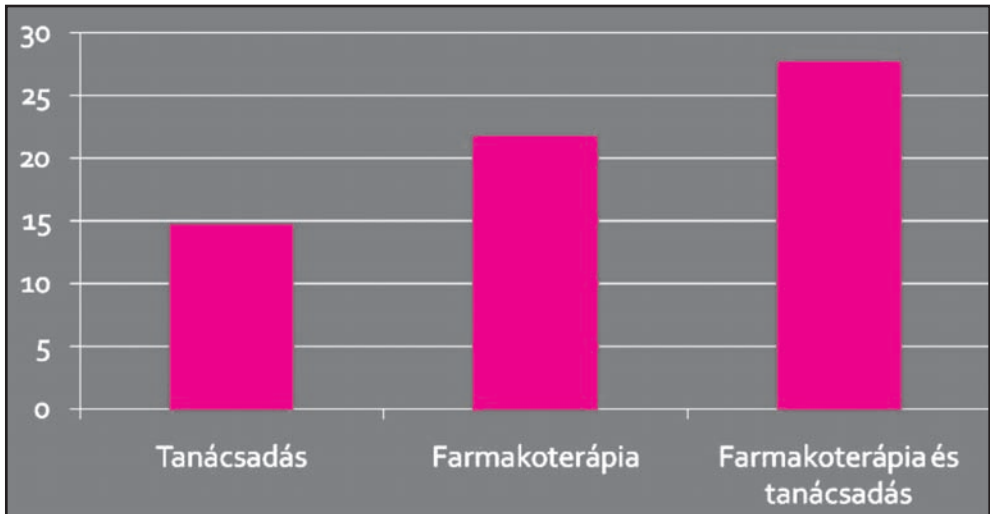
Cikkünkben összefoglaljuk a Magyar Honvédség állományára jellemző dohányzási, megküzdési és önszabályozási jellemzőket. Korábbi kutatások alapján megállapítható, hogy a MH állományában az átlagnépességhez képest magasabb a dohányzók aránya. Nemzetközi szakirodalmi adatok alapján bemutatjuk a dohányzás támogatásának leghatékonyabb formáit, valamint a Magyar Honvédségben 2005-ben bevezetésre kerülő, kognitív viselkedésterápiás és pszichoedukációs módszertanú dohányzásról való leszokást támogató programot. Végül a program módszertanának és alkalmazási formáinak bemutatását követően annak továbbfejlesztését tárgyaljuk, valamint a MH dohányzás leszokást elősegítő tevékenységének várható eredményeit vázoljuk fel.

A WHO adatai szerint a halálozások 8,8 %-a hozható összefüggésbe a dohányzással. Hazánkban 2005-ben mintegy 28.000 személy dohányzás okozta betegségben halt meg (azaz 77 ember minden nap!). Közülük 70 évesnél fiatalabb korban halt meg kb. 20.000 fő, ezek az emberek átlagosan 21 évet veszítettek el életükből (Komplex életmódváltást megcélzó prevenciós modellprogram, MH HEK, 2008). A dohányzás hátterében bio-pszicho-szociális tényezők komplex együttese áll egymással összefüggésben. A genetikai sérülékenység, a nikotin pszichofarmakológiai hatásai, a dohányzás társadalmi és szociális háttere, illetve a megküzdéssel, stresszkezeléssel összefüggő pszichés tényezők egyaránt befolyásolják a

dohányzási szokás kialakulását és fennmaradását. Éppen ezért - a lehetséges kiinduló elméleti megközelítéseknek megfelelően – az utóbbi évtizedekben a dohányzás leszokás támogatásának több módszere is ki-fejlesztésre került (Urbán, 2009).

A dohányzásról való leszokás támogatásának főbb stratégiái

- Farmakoterápia, amely korábban elsősorban nikotinpótláson (tapasz, rágó), vagy bupropion (Wellbutrin) terápián alapult. A közelmúltban a dohányzásról való leszokás támogatására hazánkban is terjed a központi idegrendszeri nikotinergerceptorokat blokkoló varenicline (*Champix*) használata.



1. ábra: Az egyes kezelési módok összehasonlító hatásvizsgálata. (Urbán, 2009)

1 éves absztinencia a kezelési típusok szerint	
Kezelési megközelítés	Leszokottak %
Önmagukban leszokók	4-5
Önmagukban leszokók + NRT	5-8
Rövid tanácsadás	12-15
Telefonos tanácsadás	8-25
Intenzív tanácsadás erre specializált szolgáltatóktól	20-35

2. ábra: Urbán, 2009.

• **Egyéni vagy csoportos tanácsadás/támogatási formák**, melynek keretében szintén több módszer vehető igénybe, közülük elsősorban a bevalási vizsgálatok során leghatékonyabbnak talált, kognitív-viselkedésterápiás elveken alapuló, magatartásorvoslási szemléletű eljárások terjedtek el.

Tanácsadás, farmakoterápia és kombinált kezelés

Összehasonlító kutatások eredményei szerint a farmakoterápiával kombinált viselkedésterápiás (magatartásorvoslási

si szemléletű) technikák komplex alkalmazása a leghatékonyabb eljárás (Urbán, 2009) a dohányzásról leszokást támogató programok keretén belül. Ezen túl pedig a tanácsadást nyújtó alkalmazások száma egyenesen arányos a dohányzás leszokást elősegítő program sikerességével. Az egyes kezelési módok összehasonlító hatásvizsgálatát az 1. ábra szemlélteti.

A dohányzás leszokás támogatásának típusa szerint különbség mutatható ki az egy éves utánkövetés során fennmaradt absztinencia mértéke szerint is (Urbán, 2009). A 2. ábrán látható, hogy a dohányzásról leszokó páciensek legmagasabb arányban a – specializált szolgáltatóktól kapott – tanácsadási formákat követően tartották fenn dohányzásmentes állapotukat.

II. A Magyar Honvédségben alkalmazott leszokást támogató program előzményei

A Magyar Honvédség hivatásos állományában 2004-ben felmérés készült a dohányzás és a mentális egészség összetevőinek kapcsolatáról (Urbán és mtsai., 2005). A főbb

eredmények az alábbiak voltak (*ld. még 3. ábra*):

- A dohányzás prevalenciája legalább 8 %-kal magasabb volt a hivatásos katonák vizsgált mintájában, mint a lakosság reprezentatív mintáiban.
- A megkérdezett hivatásos katonák 15 %-a fizikai függőségben szenvedett a nikotintól. A nikotinfüggők a dohányzó hivatásos katonák mintegy 34 %-át tették ki.
- Eltérően a hazai, civil populáción végzett felmérések adataitól, a MH állományában a nők nagyobb százaléka dohányzott, mint a férfiaké.
- Az egyedülállók körében a családoso khoz viszonyítva magasabb volt a dohányzás előfordulási aránya.
- A dohányzás a MH állományában a szociális, ezen belül munkahelyi környezet elvárásainak megfelelően polarizálódik.
- A dohányzó katonák mintegy 85 %-a volt motivált a leszokásra. Ennek az adatnak az ismeretében született döntés a leszokást támogató program kidolgozásáról.
- A munkahelyi leszokást támogató programokat a dohányzó megkérdezetteknek 77 %-a elfogadhatónak tartotta, és csupán 23 %-a utasította el.

A MH állományában további felmérések (*Urbán és mtsai., 2005*) kimutatták, hogy a dohányzás összefügg olyan személyiségtényezőkkel, amelyek a stresszel való megküzdésben szerepet játszanak:

- A dohányzóknál a **megküzdési képesség** (coping) dimenziók alacsonyabb értékeit mutatták ki a nemdohányzó khoz képest.
- Összefüggést találtak az **önszabályozó rendszer** vonatkozásában: az alacsonyabb mértékű önszabályozó rendszer a dohányzás megemelkedett relatív rizikójával társult.

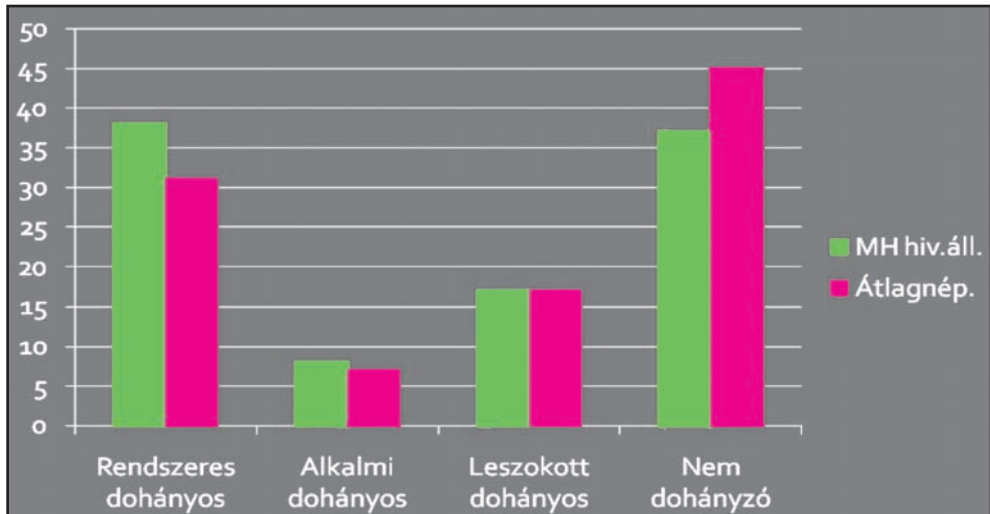
A dohányzók alacsonyabb szelf-regulációs készségeit publikálták nemzetközi vizsgálatokban (*idézi Urbán, 2009*) is. Ezen kutatások eredményei arra mutattak rá, hogy a dohányzók kevésbé képesek anticipálni viselkedésük lehetséges negatív következményeit. Mivel ennek következtében belátási- és tervezési képességük is rosszabb, kisebb mértékben képesek csak alkalmazkodni a stresszt jelentő helyzetekhez. Ez a tervezési gyengeség is természetesen kevésbé kedvező helyzeteket, tehát magasabb stresszt von maga után.

Az alacsony mértékű önszabályozás esetében a személynek külső segítségre van szüksége ahhoz, hogy megküzdjön az érzelmeivel és a környezetével. Éppen ebben segíthet a dohányzás: a páciensek a dohányzást gyakran megküzdő stratégiaként emlegetik.

A dohányzás tehát negatívan hat a katonák mentális egészségére is, mert megküzdési képességeket igénylő helyzetekben rontja teljesítményüket. Ahelyett, hogy aktív megküzdési stratégiákat választanának, a dohányzó katonák hajlamosak kizárólag passzív feszültségsökkentő módokhoz, például a dohányzáshoz folyamodni.

Önállóan, támogatás hiányában az állomány kis százaléka változtatott dohányzási szokásain. Így a dohányzás leszokást segítő programok nemcsak a hivatásos katonák fizikai egészségét, hanem a coping készségek fejlesztésén keresztül mentális egészségüket is javíthatják.

- A kutatási eredmények ismeretében 2005-ben kidolgozásra került egy kognitív viselkedésterápiás és pszichoedukációs módszertanú **dohányzásról való leszokást támogató program** (*Kugler, Urbán, 2006*).



3. ábra: A Magyar Honvédség hivatásos állománya és a magyar lakosság reprezentatív dohányzási adatai százalékosos eloszlásban (Urbán és mtsi, 2005)

- 2005-ben több alkalommal motivációs előadások kerültek megtartásra. Ezek célja a dohányzásról való leszokásra motiválás, a kapcsolatos ismeretek nyújtása, és a tudatosság növelése azokban, akik még nem próbáltak meg leszokni. Az előadásokkal kapcsolatos felmérések segítségével sikerült a leszokásra motivált célszemélyeket beazonosítani, és a segítő csoportokat kialakítani (Bukta, 2007).

A dohányzással kapcsolatos program céljai

- a MH állománya szolgálatra való alkalmasságának, egészségének és fizikai állóképességének megőrzése és fejlesztése,
- a dohányzás témakörben primer-, szekunder-, tercier prevenciót szolgáló edukációs program továbbfejlesztése és vezetése,
- a dohányzásról való **leszokás támogatásának alkalmazása csapatszinten**,
- felvilágosítás a dohányzással összefüggő megbetegedések elkerülésének lehetőségéről,

- az egészségtudatos magatartás elősegítése információátadással,

- dohányzásról való leszokást támogató és az életmódváltást segítő **programok hatékonyságának** vizsgálata és fejlesztése,

- végső soron pedig nemdohányzó munkahelyi környezet elősegítése majd megteremtése.

III. Dohányzás leszokást támogató program végrehajtása és továbbfejlesztése

- A MH állományából a 2005-2008 közötti időszakban 120 fő vette igénybe a leszokást támogató programot.

- 2008. évben a dohányzásról való leszokást 37 esetben támogattuk egyéni mentálhigiénés gondozás keretében.

- 2009-ben „Dohányzásprevenció nap”-okat rendeztünk a MH TD orvosi rendelőivel együttműködve a szentendrei és budapesti alakulatoknál, ahol célunk a dohányzásról való leszokásra motiválás, ismeretek nyújtása, és a tudatosság növelése volt

azokban, akiknél már megjelent a dohányzásról való leszokás igénye, terve. Célunk volt ezen kívül a leszokást támogató program népszerűsítése, és a programba való jelentkezés elősegítése. A prevenciók sikeressége nyomán 2010-ben további „Dohányzásprevenciók nap”-okat terveztünk, elsősorban vidéki alakulatoknál.

• **A „Komplex életmódváltást megcélzó prevenciók modellprogram”** keretében a dohányzás leszokást elősegítő blokk célkitűzései szerint tovább folytatjuk a kutatási és intervenciók programot, amelynek keretében együttműködés jött létre a Pfizer Consumer Healthcare Magyarország vállalatával.

A dohányzás leszokást elősegítő blokk tematikája

A dohányzás leszokást támogató program az alábbi pszichológiai módszereket tartalmazza:

Az ismeretek növelése, az önkontroll készségek fejlesztése (önmegfigyeléssel, napló módszerrel), a problémamegoldás fejlesztése, kognitív módszerek (pl. emlékeztetők) használata, a társas támasz fejlesztése, relaxációs technikák (légzéstréningek) begyakorlása, az önérvényesítés (asszertivitás) fejlesztése, a testmozgás és táplálkozás szerepének hangsúlyozása a súlynövekedés mérséklése érdekében, végül a visszaesés megelőzése (utánkövetéssel).

A programba kerülés egészségi állapotfelméréssel és általános motivációelemzéssel indul. Az éves szűrővizsgálaton nyert adatok közül az alábbiak szerepelnek a **pszichológiai állapotfelmérésben** (Komplex életmódváltást megcélzó prevenciók modellprogram, MH HEK, 2008):

• *Fagerström* teszt, SZEMIQ, WISDM-68, CES-D

Az éves szűrővizsgálaton nyert **egészségügyi paraméterek** pedig a következők:

- kilégzett CO koncentráció,
- Arteriográfós mérés (érfalak állapotának felmérése),
- Spirométer (légzésfunkció mérése),
- Spiroergometriás mérés (légzési paraméterek változásának mérése fizikai megterhelésre).

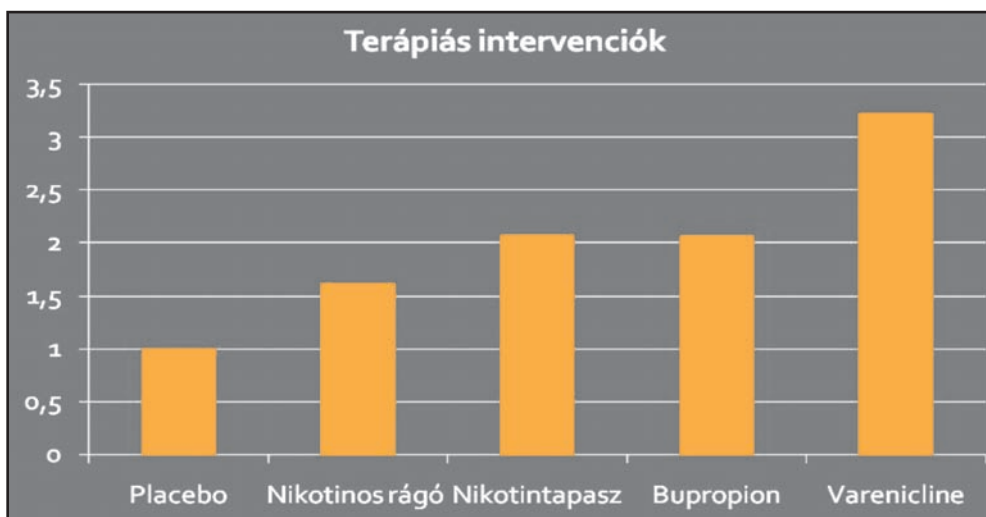
A programba azok a dohányzó személyek kerülnek, akik fel akarnak hagyni a dohányzással. Az állapotfelmérést követően motivációs interjú készül, amelyben a dohányzásról leszokó aktuális motivációs szakasza alapján meghatározzuk a szükséges intervenciókat.

Individuális motivációfeltárás módjai:

- figyelmet fordítunk az ambivalens érzésekre, hiszen azok a leszokással szemben hatnak,
- rámutatunk a kitűzött, hosszú- és rövid távú személyes célok és a dohányzó viselkedés közötti ellentmondásokra.
- részletes tünetviselkedés-elemzést végzünk, a dohányzási anamnézist, korábbi leszokási kísérleteket számba véve.
- szelf-monitorozás: dohányzási napló segítségével a személy saját gondolatait, érzéseit azonosíthatja.
- cél, hogy a páciens tudatosítsa a leszokással kapcsolatos akadályokat, valamint ismerje meg a legyőzésükhöz igénybe vehető eszközöket.

Intervenciók eszközök

A magas rizikójú eseteket, illetve a kóros eltéréseket mutató pácienseket szakorvoshoz kell irányítani. Emellett, ha szükséges,



4. ábra: A farmakoterápiák hatásainak elemzése

(Silagy, Mant, Fowler, Lodge, 1994. *Lancet*, 343 (8890), 139–142., Közli: Urbán, 2009)

Amikor nincs sem idő, sem lehetőség komplex program alkalmazására:

- Tudakozódás (információ- és adatgyűjtés)
- Tanács (személyre szóló, világos)
- Tájékozódás (hajlandóság felmérése)
- Támogatás (felkészítés és segítségnyújtás)
- Tevékeny ellenőrzés (utánkövetés)

5. ábra: A Minimál Intervenció technikája
(Bőze és mtsai., 2009)

felvesszük a kapcsolatot az életmódváltást elősegítő egyéb szakemberekkel is (pl. dietetikus). A pszichológus szakember pedig a következő módszereket használja a támogatás során:

1. Intenzív egyéni tanácsadás:

Dohányzási napló feldolgozása, amelynek során beazonosítjuk:

- a dohányzást kiváltó ingereket,
- a legkritikusabb helyzeteket,
- a dohányzás szerepét az egyén életében,
- a szenvedélymagatartás biológiai, szociális, érzelmi aspektusait.

2. Egyéni útvonaltervezés

- egyéni cselekvési terv kidolgozása,
- a változási program végrehajtásának motiválása,
- a szokásszerű egészségkárosító viselkedés reflexszerű végrehajtása megakadályozásának elősegítése,
- önkontroll technikák alkalmazása,
- egyéni megküzdési stratégiák áttekintése, a problémafókuszú megküzdési stratégiák begyakorlása,
- a pszichológiai lemondás folyamatának segítése,
- új énkép kialakítása: a változások beépítése a személy énképébe.

Gyógyszeres terápia és továbbirányítás

A gyógyszeres támogatás felajánlása, amelyben a Pfizer Consumer Healthcare Magyarország vállalattal való együttműködés nyomán a Champix alkalmazására van lehetőség. Klinikai vizsgálatok eredményei szerint a varenicline az egyik leghatékonyabb farmakoterápiás eszköz a dohány-

zás leszokás segítésében (4. ábra), azonban a varenicline hatékonysága viselkedésterápiás módszerrel való kombinációjakor volt a legmagasabb.

A pszichológiai támogatás során tájékoztatást adhatunk még az alkalmazott gyógyszer indikációiról, kontraindikációiról, a terápia menetéről, várható eredményekről. Felmérjük a gyógyszerszedési szokásokat, és sor kerülhet a compliance pszichológiai eszközökkel történő elősegítésére.

Ezzel párhuzamosan a rendszeres orvosi konzultációk során (két hetente, majd havonta) a gyógyszeres terápia folyamatos kontrollálása történik. Amennyiben szükséges volt a fizikai állapot fejlesztése, azt az egyéni edzésprogram monitorozása, ellenőrzése követi. A hízás elkerülése érdekében étkezési tanácsadás javasolt.

A gyógyszeres terápia végén orvosi és pszichológiai állapotfelmérés történik, melyek keretében 3, illetve 6 hónap elteltével a kiinduláskor elvégzett vizsgálatokat megismételjük. A két státusz vizsgálati eredményeinek összehasonlítása nyomán az egészségi állapotban bekövetkező pozitív változásokat detektáljuk, melyeket visszajelezzük, illetve megbeszéljük a pácienssel. A pszichés státusz stabilizálódása, az egészségi állapot javulása és a leszokás sikere ebben az időszakban már fokozza az önbecsülést.

A Mentálhigiénés Tanácsadó Iroda szerepe

A MH HEK Preventív Igazgatóság, Pszichológiai Intézet, Mentálhigiénés Osztályán lehetőség van egyéni pszichológiai tanácsadás igénybevételére, amelyben pszichológus kíséri végig a leszokás folyamatát. Tevékenységei a következők:

- a dohányzásról való leszokás terápiás támogatása, életvezetési tanácsadás,
- a megküzdési képesség hatékony facilitálása,
- stressz-csökkentő technikák ismertetése,
- aktuális élethelyzetből fakadó nehézségek, problémák kezelése.

V. Kitekintés

A sikeres dohányzás leszokást támogató programok nyomán a további feladatok az alábbiak:

- facilitátorok képzése csapatszinten, akik az egészségnevelői hálózatban végzik a dohányzásról való leszokás támogatását és a dohányzás prevenciót,
- komplex egészségügyi program kidolgozása, szakorvosi előadások szervezése,
- életmód átalakítást célzó programok továbbfejlesztése (testsúlykontroll, egészséges táplálkozás, testmozgás),
- kutatás végzése a dohányzási szokások változásának elemzésére, valamint a dohányzásról való leszokást támogató programok hatékonyságának vizsgálatára,
- hatékony stresszkezelési eljárások ismertetése az állomány körében,
- a MH dohányzás prevenciók programjának kommunikációja a civil szféra felé.

A MH dohányzás leszokást elősegítő tevékenységének várható eredményei

- a dohányzás, mint megküzdési stratégia háttérbe szorul,
- a dohányzás veszélyeivel kapcsolatos általános ismeretszint növekszik az állomány körében,
- a dohányzás következtében kialakult szív- és érrendszeri, illetve légzőszervi megbetegedések számának csökkenése,
- a passzív dohányzás ártalmainak mér-

séklődése, a dohányzás további térbeli korlátozása a jelenlegi szabályok szigorúbb ellenőrzésével.

Végül, amennyiben nincs lehetőség a páciens komplex programba való bevonására, a szakorvos is hatékonyan alkalmazhatja a **Minimál Intervenció** technikáját (vagy 5T módszert, ld. 5. ábra). Erről a módszerről, amelyet háziorvosok is elvégezhetnek, részletes leírás a hivatkozott irodalomban található (Bőze és mtsai., 2009).

VI. Összefoglalás

Összefoglalásként megállapíthatjuk, hogy a dohányzásról való leszokás nem kizárólag a nikotintól való mentességet jelenti, hanem sokkal hatékonyabb leszokást elősegítő és gondozó program valósítható meg annak figyelembevételével, hogy a leszokás sikerességét nagymértékben javítja a problémákkal való megküzdést, a *stressz elviseelését és kontrollálását középpontba állító pszichológiai tanácsadás*.

A stresszel szembeni aktív ellenálló képesség jelentősége természetesen kiemelkedő szerepet játszik minden hadsereg állományában, így a MH esetében is központi kérdés az állomány pszichés terhelhetősége. Az MH HEK Mentálhigiénés Osztályának dohányzásról leszoktató programja kitűnően illeszkedik az állomány egészségét javító és harcképességének növelését szolgáló erőfeszítések sorába.

IRODALOM

[1] Bukta T.: A dohányzásról való leszokás pszichológiai aspektusai. Szakdolgozat, DE Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Debrecen, 2007.

- [2] Bőze B., Jancsó Z., Mester L., Rinfel J., Vajer P.: Dohányzásról leszokás segítésének háziorvosi edukációs programja. Oktató Családorvosok Magyarországi Kollégiuma, Budapest, 2009.
- [3] Komplex életmódváltást megcélzó prevenció modellprogram (belső használatra), MH HEK Preventív Igazgatóság, Budapest, 2008.
- [4] Kugler Gy., Urbán R.: A dohányzásról való leszokás támogatásának csoportos módszertana (belső használatra), Budapest, 2006.
- [5] Urbán R., Kugler Gy., Oláh A., Szilágyi Zs.: A pszichológiai egészség, az iskolai végzettség és a dohányzás összefüggései fiatal felnőtt férfiaknál – keresztmetszeti vizsgálatban. Pszichológia, 2005, 1: 71-90.
- [6] Urbán R., Kugler Gy., Marián B., Oláh A., Szilágyi Zs., Varga J.: A dohányzás egészségpszichológiája. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest, 2005.
- [7] Urbán R.: A dohányzásról leszokás támogatásának alapjai és módszerei. Előadás, SE ÁOK Klinikai Pszichológiai Tanszék, Klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus szakképzés, Budapest, 2009.

**Dóra Szomolai clinical psychologist,
J. Kiss psychologist**

Possibilities of tobacco cessation support programmes in HDF

Among the staff of the Hungarian Defense Forces (HDF) the prevalence of smokers is more higher than the average Hungarian population. According to the former results of our research focused on the topic we could identify several specific items that characterize the smoker population of the HDF. These formed a good basis for our several successful tobacco cessation programmes from 2005. Our main goal to carry out the tobacco cessation programme based on modern scientific results, psychoeducation and cognitive behavior psychotherapy. In order to develop

the detailed programme we have used the results of health – screening, scientific research and the experiences gained from tobacco cessation programme.

In this study we present the screened psychological state of the participants besides analyzing the motivation to take

part in the programme and to show about the methods of intervention, with doing this to illustrate the main elements and results of our tobacco cessation programme.

Key-words: Tobacco cessation support, stress, coping, counselling.

Szomolai Dóra

1553 Budapest, Pf. 1.

*MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság,
Pszichológiai Intézet, Mentálhigiénés Osztály*

A misszióból visszaérkezők reintegrációs programja és a PTSD kezelésének tapasztalatai a Magyar Honvédségben

Nagy Ildikó szakpszichológus, szakpszichoterapeuta, alezredes

Kulcsszavak: PTSD, reintegráció, katonapszichológia, családi szerepek

A missziós feladatvállalás kihívást jelent mind az állomány, mind a családtagok számára. A kihívás azonban nem ér véget a feladat végrehajtásával: a hazatérés megkívánja a katonától, hogy képes legyen feldolgozni, szakmai és személyes életébe integrálni a külszolgálat eseményeit, hatásait. A lelki feldolgozás folyamata érinti a misszió során esetleg bekövetkezett pszichés veszteségeket, a PTSD kialakulására veszélyeztető hatásokat is. Készen kell állnia továbbá arra, hogy újra alkalmazkodjon az itthoni szolgálati és magánéletéhez, a megváltozott társadalmi-gazdasági körülményekhez. A folyamat elakadása veszélyezteti a katona szolgálatképességét, pszichikai alkalmasságának megőrzését, végső esetben a pálya elhagyásához is elvezethet.

A családok számára szintén alkalmazkodást kíván a szerepek átstrukturálódása, a hazaérkező családtag szokásainak megváltozása, a meg nem osztott élmények hiánya és pótlása.

A cikk bemutatja azokat a módszereket és eszközöket, amelyeket a missziókból hazaérkező katonák és családjaik visszaailleszkedésének elősegítése és a pszichés veszteségek feldolgozása, valamint a PTSD kezelése érdekében alkalmazunk és folyamatosan fejlesztünk.

A külszolgálat vállalása sajátos szolgálati- és életkörülmények vállalását is jelenti, amikor a katona emberi léptékkel nem mérhető fizikai távolságba kerül családjától, barátaitól, hazájától, kultúrájától, addigi szociális közegétől. Szokatlan éghajlati és terepviszonyok között, gyakran saját és társai életét, testi épségét veszélyeztető helyzetekben teljesíti feladatát, miközben személyes életterre beszűkül.

A szolgálati és életkörülmények alapjainak változása megváltoztatja a belső viszonyulásokat: az addigi, életet vezérlő támpontok ártértékelődnek. A hatások érzékenyebbé teszik az egyént a pszichés megterhelésekkel szemben, lelkiileg sérülékenyebbé válik.

A hazatérés – bár örömteli és várt esemény – mégis legalább annyira megterhelő és alkalmazkodást igénylő, mint a felkészülés. Míg szolgálatát teljesítette itthon is megváltoztak

a körülmények: a családban, a munkahelyen és a baráti körben. A társadalmi-gazdasági változások sem voltak követhetők napi szinten, és hamarosan szembesülni kell az-
zal, hogy elmúlt, együtt meg nem élt események, „fehér foltok” vannak a közös családi, baráti, munkahelyi kapcsolatokban.

A missziós katonáknál a pszichés problémák gyakran már a hazaérkezés után megjelennek, azonban a leginkább jellemző az, hogy egy-három hónap, sőt fél-egy év után kerülnek felszínre.

A leggyakoribb panaszok: koncentrációs nehézségek, idegesség, feszültség, indulatosság, hirtelen reakciók, dühkitörés, „nem találok a helyem” érzése, alvási nehézségek, rémálmok, „flashback” szerű képek (egy korábbi veszélyes helyzet újra átélése). Vannak, akik visszahúzódóvá, zárkózottá, szótlanná válnak, valamint párkapcsolati feszültségek, munkahelyi konfliktusok jelentkezhetnek.

A külszolgálat fokozott pszichés megterheléseivel és a hazatérést követő, itthoni körülményekhez való visszailleszkedéssel együtt járó nehézségek megelőzésére és kezelésére – amint arra a NATO tagállamokban is bőségesen találunk példát – az MH állománya és családtagjai számára reintegrációs (pszichológiai visszaillesztési) program keretében nyújtunk segítséget.

A problémakörrel elsőként a világháborúkat követően, a háborús veteránok kapcsán kezdtek el tudományos igénnyel foglalkozni. A tömegesen jelentkező harctéri stressz, mint a harcképességet csökkentő tényező komoly figyelmet érdemelt, így a kutatásokat a hadsereg is támogatta. Magyarországon először *Ferenczi* írt az ún. háborús neurózisról, ahol a lelki trau-

ma a szomatikus folyamatok felett is átvé-
szi a kontrollt.

A koreai-vietnámi konfliktust követően a veteránok körében tömegesen jelentkezett a PTSD (Poszttraumás Stressz Szindróma), a műveleti területen történő szolgálatteljesítést akár évekkel követően. Az iraki háború harcosai, sérültjei kapcsán ismét előtérbe került a jelenség, s annak hosszú évekre kiható emberi, gazdasági, társadalmi konzekvenciái.

A Magyar Honvédség több mint 10 éve vesz részt békefenntartó missziókban a világ különböző területein, a pszichológiai visszaillesztés iránti igény azonban csak a 2004-ben indult iraki misszió kapcsán jelent meg. A tapasztalatok értékelésével és elemzésével végigkövethetővé vált a missziós feladatvállalás és a visszailleszkedés lélektani folyamata mind egyéni, mind csoportos szinten, amely lehetőséget adott az állomány pszichológiai támogatásának egyre árnyaltabb kidolgozására és fejlesztésére is.

Az MH reintegrációs programjának fő területei

- I. Visszailllesztési tréning
- II. Egyéni pszichológiai gondozás
- III. Egészségügyi igényjogosult családtagok pszichológiai gondozása
- IV. Családtagok számára meghirdetett ismeretterjesztő előadások

I. Visszailllesztési tréning

A visszailllesztési tréningek 15-20 fős csoportokban, a visszaillleszkedés lélektani folyamatát követve, a hazatérést követően közvetlenül, majd egy és három hónap múlva kerülnek végrehajtásra. A missziós feladatvállalás fokozott pszichés megterhelésének feldolgozása árnyalt és alaposan

előkészített feldolgozási munkát kíván, amelynek céljai szervezeti és egyéni szinten egyaránt megfogalmazhatók:

A visszaillesztési tréning célja szervezeti szinten:

- az egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság, valamint
- a harcképesség megőrzése,
- az állományról és családtagjairól való szervezeti gondoskodás,
- az állomány megtartása, szervezethez való kötődésének erősítése, a fluktuáció mérséklése.

A visszaillesztési tréning célja egyéni szinten:

- a misszióból hazatérő katona pszichológiai visszailleszkedésének elősegítése,
- az élmények feldolgozásának facilitálása,
- pszichés veszteségek feldolgozása, a pszichés sérülések következményeinek mérséklése és a PTSD felismerése, kezelése,
- ismeretátadás a pszichés sérülések káros következményeinek, tüneteinek felismerése érdekében, valamint, hogy képessé és motiválttá tegyük a katonát szakmai segítség elfogadására.

A fokozott pszichés megterhelések és a traumák közös vonása, hogy hatásukra a személyiség egyes részei között átmenetileg felbomlik a kapcsolat, ezért sérül az önmagával és a külvilággal való kapcsolat minősége. A feldolgozatlan esemény kizökkenti az időt is, ezért ismétlési kényszerrel tölti ki a keletkező űrt. Ennek következtében élmények átélhetők, de nem válnak a személy élettörténetének a részévé: regisztrálja, de nem reprezentálja és nem szimbolizálja. Ezzel összeomlik a jelentésadás és a személyes múlta való emlékezés folyamata,

amely következtében a szubjektum fejlődése elakad és az emlékezés helyét gyakran a destruktív ismétlés tölti ki.

A poszttraumás állapot Sverre Varvin norvég pszichoanalitikus szerint (idézi Varvin, 2000) sajátos megoldási stratégiaként fogható fel, ahogyan az eseményt átélő személy igyekszik megküzdeni a feldolgozatlan élményekkel. A PTSD-ben az ismétlődő tünetek, élménytöredékek folyamatos jelenként tartják elevenen a megterhelő eseményeket, amelyeket a páciens nem tud a saját élettörténetébe, a múlt eseményeibe integrálni (Varvin, 2000).

A közös munka egy részében ezért ártalmas a pszichés munkamódokat – elhárításokat, idealizációt, stb. – értelmezni. Erre csak később kerülhet sor, amikor az állomány már „megérkezett” az elfojtások és más „szokásos” elhárítások világba.

A pszichésen megterhelő eseménytől, traumától való távolság, a tudatosság és az emlékezés fokozatai Laub és Auerhahn (1993.) nyomán a következők (Lust, 2003).

1. Nem-tudás: primitív elhárítások: tagadás, amnézia, derealizáció, deperszonalizáció.
2. Homályállapotok (trauma felvillanások formájában történő újra átélése megváltozott tudatállapotba, nem emlékezés, hanem ismétlés).
3. Töredékek felbukkanása: a traumás élmény egyes elemei – egy kép, egy érzés, vagy izolált gondolat – összefüggésükből kiemelve visszajárnak, értelmetlennek tűnnek.
4. Áttételi jelenségek. A múlt integrálatlan töredékei hozzáadódnak a jelen kapcsolatokhoz, azok torzulását, abszurdításait eredményezik.
5. Eluralkodó narratívák: emlékek – nem ismétlések – az elbeszélő személy az, aki

emlékezik, de az elbeszélés elsodorja, kiesik a jelenből.

6. Élet-témák: a traumás élményekből származó szervező elvek, motívumok, amelyek a személyiség központjává válnak, kapcsolatait, egész életét, esetleg hivatását meghatározzák.

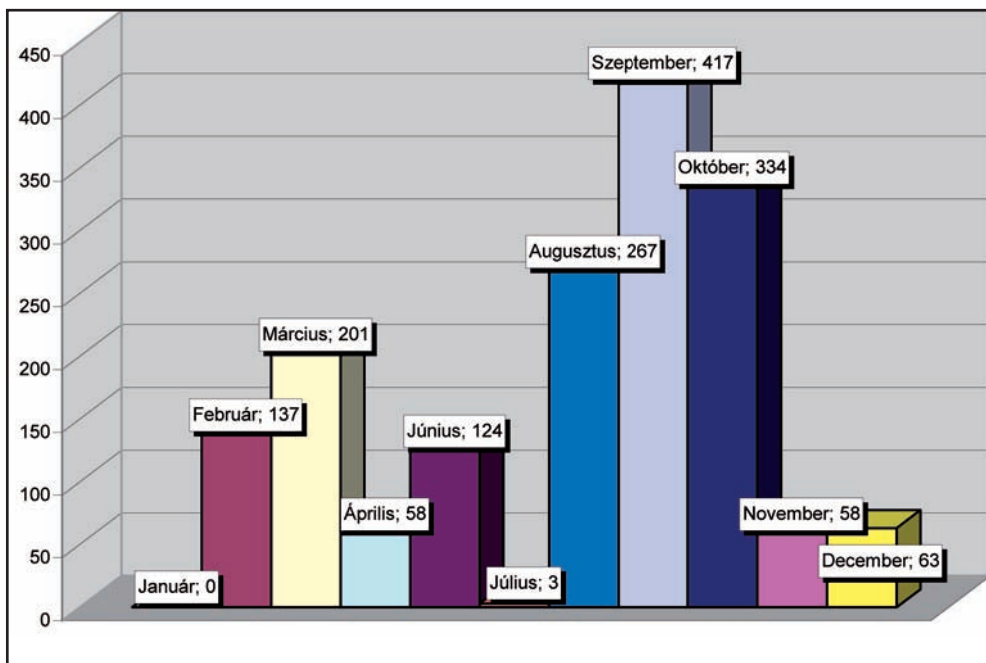
7. A szemtanú narratívái: a megfigyelő én jelen van, az emlékezés élénk, de a felidézett tartalmak elkülönülnek a felidőzés idejétől, az én reflektál a múltra és a felidőzésre magára is.

8. Metaforák: a felidőzés tudatos, színes, plasztikus, könnyen jelenik meg az asszociációkban, a páciens csak annyit hoz elő, amennyi aktuális problémáival kapcsolatban szükséges.

Ennek megfelelően a visszaillesztési tréningek egyes szakaszai által érintett pszichodinamikai jellegzetességek a következők:

1. szakasz: A hazaérkezést követő időszakra jellemző az öröm és gondtalanság érzése, amikor a nehézségek háttérbe szorulnak. Jellemző az itthoni környezet és a missziós élmények idealizációja, a negatív, fenyegető élményekre vonatkozóan tagadás jelentkezik, ugyanakkor elkezdődik a neutralizáció állapotából a misszióhoz fűződő élmények tudatosítása. A tréning ezen szakaszában feladat a misszióhoz fűződő élmények tudatosítása, a feldolgozási folyamat és a csoportról való leválás elősegítése, valamint a missziós élmények folyamatként megjelenítése a felkészítéstől a hazaérkezésig, illetve az esetleges jövőbeli tervekig.

2. szakasz: Néhány hét alatt a katona egyre inkább szembesül a realitással, az élménytöredékek egyre integráltabb egységet alkotnak. Ebben a szakaszban kerül sor a problémaeltár és a döntési alternatívák kidolgozására.



1. ábra: Visszaillesztési tréningek 2009. évben

3. szakasz: A korábban elhárított tartalmak, félretett, „szőnyeg alá söpört” események, nehézségek tudatosulnak, amelyek egyre inkább beépíthetővé válnak a személyes élettörténetbe. A csoportvezető feladata az átdolgozás facilitálása (1. ábra).

II. Egyéni pszichológiai gondozás

Az egyéni pszichológiai gondozás a Mentálhigiénés Tanácsadó Iroda keretében, Budapest, Debrecen és Szolnok helyőrségben érhető el, valamennyi egészségügyi igényjogosult számára.

A leggyakoribb nehézségek, amelyekben az állomány segítséget kér:

- Misszióból visszatérő állomány visszailleszkedési nehézségei (42 %),
- Késleltetetten jelentkező stressz-reakció (3 %),
- Veszélyes helyzetek átélése után jelentkező fokozott stressz reakció (Post Traumas Stressz Zavar, PTSD) tünetei (5 %),
- A misszióval kapcsolatban fellépő családi problémák, konfliktusok (20 %),
- Szolgálati jellegű nehézségek, konfliktusok (9 %),
- Magánéleti jellegű nehézségek, konfliktusok (21 %).

A probléma fókuszától függetlenül a gondozottak 15 %-a jelzi pályaelhagyási szándékát, közülük PTSD – szerű panaszokkal 5 % küzdött.

III. Egészségügyi igényjogosult családtagok pszichológiai gondozása

A misszió nemcsak a katonát, hanem annak teljes kapcsolatrendszerét is érinti, ugyanakkor a családtagok pszichológiai problémáinak kezelése rendszeres kapcsolattartást, elérhetőséget és a családtámogató

tási rendszerrel való szoros együttműködést igényelnek (2. ábra).

A házastárs a legnagyobb feladatot vállalja: magas stresszterhelés, időhiány, problémamegoldási nehézségeik jelentkeznek.

A gyermekeket érinti a legnagyobb érzelmi teher. A kisebbek túlzottan kapaszkodnak a szülőbe, sírósbabbá, nyűgösebbé, esetleg „hisztisebbé” válnak, míg a nagyobbak tanulmányi teljesítménye romolhat, magatartásuk viharossá vagy túlzottan viszszahúzódná válnak.

A szülők és a testvérek, akik leginkább aggódnak. Jellemzőek a szorongásos, testi tünetekben is megjelenő reakciók.

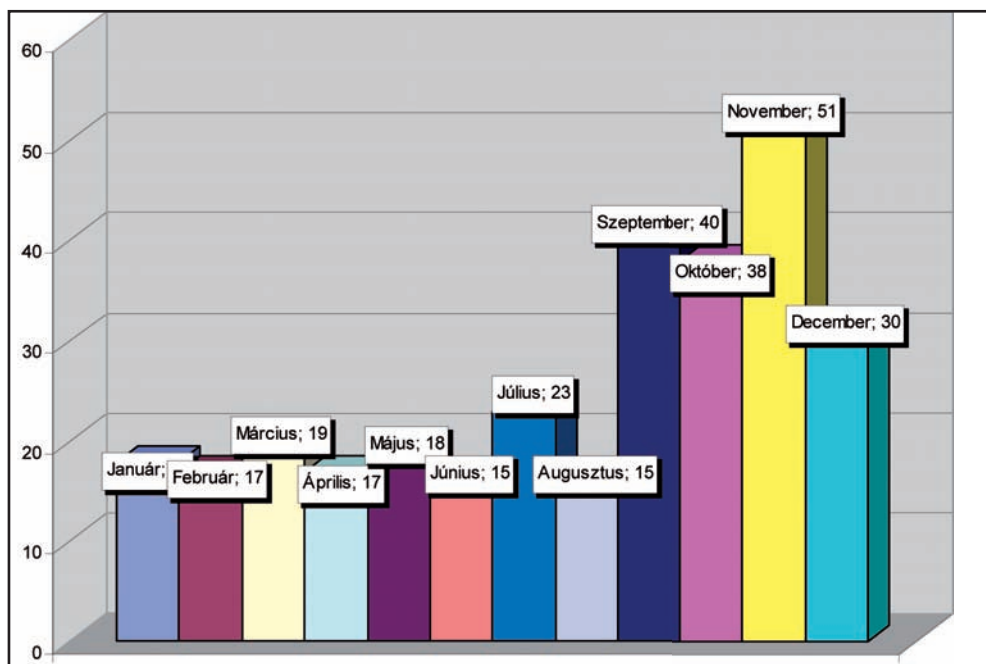
A leggyakoribb nehézségek, amelyekben a családtagok segítséget kérnek:

- A távol lévő családtag érzelmi és a feladatokban jelentkező hiánya,
- Előre nem látható nehézségek adódnak, amikor segítséget kell kérni,
- Gyermekek nehezen viselik a szülő távollétét,
- Aggódás, féltés a vállalt feladat nehézségei miatt,
- A hazaérkezés utáni időszak nehézsége: újra egymásra találni.

IV. Családtagok számára ismeretterjesztő előadások

A missziós feladatvállalással és a távolléttel sajátos változás indul el a kapcsolatokban: a katonában, a párjában, gyermekében, szüleiben, testvéreiben.

Az előadássorozat célja a családtagok számára pszichológiai ismeretek átadása a misszióval együtt járó lelki, viselkedési és reakcióbeli változásokról és megoldási



2. ábra: Mentálhigiénés gondozottak száma 2009. évben

módjairól. Lehetőség van továbbá a felvetett problémák alapján egyéni-, pár-, vagy családi pszichológiai gondozás megajánlására, a szükséglet felismerésének elősegítésére, az igény és a motiváció felkeltésére.

Minőségbiztosítás

A Mentálhigiénés osztály 2008. évben a pszichológiai visszaillesztésekkel kapcsolatosan egy új minőségbiztosítási kérdőívet dolgozott ki a feladat végrehajtás hatékonyságának növelése érdekében. A kérdőív három skálából tevődik össze: minden skála egységesen 4 tételből áll, melyek értékei egy 10-es fokú skálán összeadandók, így egy skála 10 és 40 pont közötti értéket vehet fel.

Az info-skála: olyan itemek szerepelnek benne, melyek rávilágítanak azokra a hasznos ismeretekre, teendőkre, amelyek birtokában a személy könnyebben küzd meg a visszailleszkedés időszakában megjelenő problémákkal.

A tréner-skála: több aspektusból közelítve a trénerekkel való elégedettséget méri.

A tréning-skála: a résztvevők a tréning lefolyásáról, annak menetéről és hasznosságáról adnak visszajelzést.

Számolható még egy summa-skála is, amely a 12 item mindegyikét belefoglalva ad képet a tréning egészéről (Értéke 12 és 120 közötti lehet).

Új mérőeszköz lévén szükséges volt a kérdőív megbízhatóságáról is számot adni. Az alább látható eredmények az EUFOR, a KFOR, az UNFICYP, valamint a PRT állományai visszaillesztési tréningjén, 376 fős mintán felvett minőségbiztosítási kérdőívek alapján kerülnek bemutatásra.

A reliabilitásvizsgálatok eredményei

A kapott cronbach alfa értékeket az I. táblázat tartalmazza, amelyek arról tanús-

skálák	Cr. Alfa
info	0,67
tréner	0,88
tréning	0,75
summa	0,88

I. táblázat: A minőségbiztosítási kérdőív Cr. alfa értékei

kodnak, hogy a kérdőív megbízhatónak mondható. Ki kell emelnünk, hogy a három skálában és az összesített summa-skálában sem találtunk olyan itemet, amelynek esetleges kivétele tovább növelte volna a kapott cronbach alfa értékeket.

Elvégeztük az egyes skálák közötti korrelációs számításokat, amelyekről részletesen a II. táblázat számol be. Ennek alapján elmondható, hogy az egyes skálák stabil együttjárást mutatnak, viszont mindegyikre szükség van ahhoz, hogy megfelelő képet kapjunk a tréninggel kapcsolatos minőségbeli kérdésfeltevések vizsgálatához.

Összesített minőségbiztosítási eredmények

A kérdőívek összesített eredményeit, ahol $N=376$ részletesen a III. táblázat mutatja, ami alkalmas lehet arra, hogy egy-egy későbbi időpontban végrehajtott visszaillesztési program minőségbiztosítási adataihoz referenciaértéket biztosítson.

Általános tapasztalat, hogy a bevezetett három skála közül az állomány a trénernek szakmai és egyéb felkészültségét emeli ki és értékeli a legpozitívabban. Éppen ezért a tréner-skálában kapott eredmények sokkal kiugróbbak, tehát átlagosan majd 10 ponttal többet ítélt az állomány az info- és a tréning-skálákhoz képest.

skálák	tréner	tréning	summa
info	0,53**	0,78**	0,90**
tréner		0,51**	0,76**
tréning			0,92**

II. táblázat: A minőségbiztosítási kérdőív skáláinak korrelációs együtthatói ($p=0,01$)

Összegzés: A missziós feladatvállalás nem ér véget a feladat végrehajtásával: a hazatérést követően a katonának fel kell dolgoznia, szakmai és személyes életébe integrálnia kell a külszolgálat eseményeit, hatásait. A családok számára szintén alkalmazkodást kíván a szerepek átstrukturálódása, a hazaérkező családtag szokásainak megváltozása, a meg nem osztott élmények hiánya és pótlása. A folyamat elakadása veszélyezteti a katona szolgálatképességét, pszichikai alkalmasságának megőrzését, végső esetben a pálya elhagyásához is elvezethet. A missziókból hazaérkező katonák és családjaik visszailleszkedésének elősegítése és a pszichés veszteségek feldolgozása, valamint a PTSD kezelése komplex reintegrációs program keretében valósítható meg.

	skálák			
	info	tréner	tréning	summa
Átlag	27,80	34,59	25,99	88,40
Medián	28,00	36,00	27,00	89,00
Szórás	7,21	6,14	8,72	19,22
Minimum	4,00	4,00	4,00	12,00
Maximum	40,00	40,00	40,00	120,00

III. táblázat: A minőségbiztosítási kérdőív összesített eredménye

IRODALOM

- [1] *Frankl, V. E.*: Mégis mondj igent az életre! Pszichoteam, 1988.
- [2] *Györffy Á.*,: A destruktív energiák kreatív felhasználási lehetőségei. Magyar Pszichiátriai Társaság konferenciája, Budapest, 2006. januári előadás.
- [3] *Hermann I.*: Az ember ősi ösztönei. Pantheon, 1943., Reprint: Magvető, 1984.
- [4] *Jakab K., Halász A., Alpár Zs.*: A meggyengült apai jelenlét és hiányának pótlása az identitásban In.: Konfliktus, hiány, trauma. A pszichoanalitikus elmélet és technika időszerű kérdései. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület, Animula, 2003.
- [5] *Konta I., Pető Z.*: A pszichiátriai rehabilitáció területén dolgozó klinikai szakpszichológusok szakmai protokollja. In.: A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja szerk.: *Bagdy E.*, Animula, 1998.
- [6] *Laub, D., Auerhahn, N. C.*: Knowing and not knowing massive psychic trauma: Forms of Traumatic Memory. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1993, 74: 287-302.
- [7] *Lust I.*: Trauma, nem-tudás, ismétlés, emlékezés In.: Konfliktus, hiány, trauma. A pszichoanalitikus elmélet és technika időszerű kérdései. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület, – Animula, 2003.
- [8] *Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J.*: Pszichológia. Osiris-Századvég, 1994.
- [9] *Szakács F.*: Klinikai pszichológiai szaktevékenység a pszichiátriai ellátásban In.: A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja szerk.: *Bagdy E.* Animula, 1998.
- [10] *Tringer L.*: A pszichiátria tankönyve, Semmelweis Kiadó, 2005.
- [11] *Varvin, S.*: Die gegenwärtige Vergangenheit. Extreme Traumatisierung und Psychotherapie. *Psyche*, 2000, LIV, 9/10.
- [12] *Virág T.*: Kollektív trauma – egyéni öngyógyítás in.: *Virág T.*: Emlékezés egy szederfára, Animula, 1991.

Lt.Col. Ildikó Nagy clinical psychologist

The reintegration program of soldiers returning from missions and the experiences of treatment of PTSD in the Hungarian Defence Forces

Taking part in a mission is a challenge both for our soldiers and their family either. More over it would not end when the mission itself is over. Returning home requires the soldier's ability to process and to integrate the events and effects of mission into the personal and into the professional life.

The psychic processing touches the psychological loss while being on mission and besides this the effects that are endangering from the aspect of PTSD. Moreover the soldier has to be prepared to accommodate to the private and professional life at home and to the economic and social circumstances that has changed so far. The blocks of this process are endangering the further deployability, the maintenance of psychological suitability of the soldier and can lead to the leaving of the military profession on the longrun.

For the family members it also means accommodation to the restructuration of the family roles, the changes in the costumes of the returning member and the deficiency in the shared experiences and their supplements.

My article shows the methods and equipments that we apply and constantly develop in order to facilitate the reintegration and processing of losses of the returning soldiers and their family members and to promote the treatment of PTSD.

Key-words: PTSD - reintegration - military psychology - family roles

*Nagy Ildikó alez.,
1553 Budapest, Pf. 1.*

*MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ, Preventív Igazgatóság
Mentálhigiénés Osztály*

Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenciós Modellprogram keretében zajló mentálhigiénés és pszichoeducációs tevékenység tematikája

Kósáné Koppányi Éva pszichológus

Kulcsszavak: krónikus nem fertőző betegségek, egészségvédelem/egészségfejlesztés, mentálhigiénés és pszichoeducációs tevékenység, mentális állóképesség, szociális és érzelmi intelligencia

A hagyományos medicina mellett, a krónikus nem fertőző betegségek (főleg – a Magyar Honvédségnél is nagy számban előforduló – kardiovaszkuláris betegségek) kialakulásában egyre nagyobb figyelem irányul a pszichés tényezőkre. A leggyakoribb pszichológiai befolyásoló tényezők: akut és krónikus stressz, elégtelen stressz-megküzdés (coping) alacsony önértékelés, társas kapcsolatok inkompetenciája, társas támasz hiánya. Ezt szem előtt tartva, a Magyar Honvédség a „Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenciós Modellprogram” keretében pszichoeducációs és mentálhigiénés tevékenység kialakítását, végrehajtását kezdeményezte. A multidiszciplináris egészségfejlesztésen alapuló modellprogram pszichoeducációs - mentálhigiénés blokkja lehetőséget biztosít a személy pszichés problémáinak pontosabb feltérképezésére, a személyre szabott pszichológiai intervenció kialakítására és ezek eredményeképp az életmód kedvezőbb irányba történő befolyásolására. A pszichológiai beavatkozás három egymásra épülő szinten történik: 1. pszichológiai állapotfelmérés, 2. fennálló pszicho-szociális rizikó esetén: együttműködési szándék (motiváció) feltérképezése és további személyiségjellemzők vizsgálata, 3. egyénre szabott pszichológiai intervenció meghatározása, alkalmazása.

Egészségi állapot tekintetében a MH személyi állománya lényegesen kedvezőbb képet mutat a civil populáció epidemiológiai adataihoz képest. Ez főleg a jól működő alkalmassági és szűrővizsgálati rendszernek, valamint az alacsony átlagéletkornak köszönhető. A krónikus nem fertőző betegségek (különösképpen a kardiovaszkuláris

betegségek) kockázati tényezői azonban – hasonlóan a civil populációhoz – igen magas arányban fordulnak elő a MH személyi állománya körében (1. ábra).

Klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásában egyszerre több tényező is szerepet játszik, etiológiáját tekintve tehát



1. ábra: A MH állománya körében előforduló leggyakoribb megbetegedések
(Major, M. Gy., 2008) [8]

„multikauzálisnak” nevezhető [2]. A hagyományosan elfogadott biomedikális rizikótényezők (genetikai tényezők, magas vérnyomás, emelkedett koleszterin szint, dohányzás, alkoholfogyasztás) mellett az elmúlt évtizedek kutatási eredményei egyre inkább alátámasztják a pszicho-szociális rizikótényezők jelentőségét, ahol megfelelő beavatkozás esetén jelentősen javítható a szív-érrendszeri betegségek prognózisa [4]. Figyelembe véve a krónikus nem fertőző betegségek etiológiáját – ahol a kockázati tényezők mechanizmusa interaktív módon hat így egymás hatását megerősítve, akár exponenciálisan is megnövekedhet a betegség kockázata – a prevenció szemlélet bio-pszicho-szociális paradigmája különösen jó átfogó keretet ad, a krónikus nem fertőző betegségek kialakulásának megértésében, megelőzésében és kezelésében [1].

A leggyakoribb pszichológiai befolyásoló tényezőként emlegetett akut és krónikus stressz, jelentős mértékben képes csökkenteni a szervezet fiziológiai flexibilitását. Kutatók szerint az egészséges fizikai és lelki működés mércéje leginkább a vi-

talítás konstruktumával ragadható meg, s ezen vitalitást rombolja leginkább a krónikus stressz, valamint a krónikus negatív érzelmek [13]. E negatív érzelmi állapotok jellegzetességei, hogy önfenntartóak és fel-emésztik a szervezet energiáját, rontják a megküzdés hatékonyságát, így módon egy állandósuló negatív körforgást idézhetnek elő, amely jelentős mértékben csökkenti a szervezet adaptív képességét. Testi-lelki egyensúlyunk megőrzése szempontjából tehát, kulcsfontosságú a negatív érzelmek megfelelő szabályozása, és a stresszel való hatékony megküzdés.

A negatív érzelmek repertoárjában, az ellenségesség bizonyult a kardiovaszkuláris betegségek fő előrejelzőjének. Az ellenségesség igen sokrétű fogalom, amely érzelmi, viselkedési és kognitív szinten is megjelenhet. Érzelmi összetevői közt szerepel az indulat, harag, lenézés és megvetés, viselkedési alkotóelemei a verbális és fizikai agresszió, míg a kognitív tényezői a cinizmus, bizalmatlanság és mások cselekedeteinek agresszív szándékúként való értelmezése [14].

Fokozott klinikai figyelmet igényelnek a depressziós tünetek is, hisz a depressziót önálló rizikófaktoroként tartják számon a szív-érrendszeri megbetegedések esetében. A depresszió mind az egészséges, mind a már megbetegedett populációban megközelítőleg 2.0-s relatív kockázatot¹ jelent a kardiovaszkuláris betegségekre nézve [16].

Számos kutatás foglalkozik a társas kapcsolatok, társas támasz és a szív-érrendszeri megbetegedések kapcsolatával is. *Cohen* és munkatársai (2000) szükségyszerű megállapítása szerint a pozitív társas kapcsolatok (érzelmi támasz, elfogadottság megélése, instrumentális segítség, kapcsolódás, összetartozás érzése) védőfaktoroként jelenik meg, ám ennek hiánya, inkompetenciája jelentős kardiovaszkuláris veszélyeztetettséget hordoz [5]

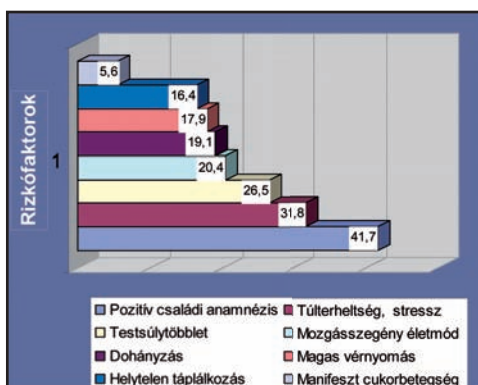
Ha elfogadjuk a tényeket, miszerint az egészségi állapotot mintegy 43 %-ban kizárólag életmódunk határozza meg, így az egészségfejlesztés modern koncepcióját követve az eredményes prevenció középpontjában csakis életmódunk megváltoztatása állhat [12]. Az egészségünk feletti kontrollt e szerint az életmódunk feletti kontroll megszerzése biztosítja, amely kétségtelenül egy tudatos és aktív folyamat.

Látható, hogy a pszicho-szociális kockázati tényezők figyelembevétele és hatékony kezelése elengedhetetlenül fontos szempont mindennapi életünk működésében, különös tekintettel a fegyveres testületek intézményeire, ahol a testi-lelki készenlét egyben munkaeszköze is az ott dolgozóknak. Ennek értelmében a mentális egészség védelme és fejlesztése a professzionális hadsereg alapkövetelménye, melynek érde-

kében nélkülözhetetlen a szakmai (pszichológia) közreműködés, beavatkozás. Az MC 326/2 –a NATO Katonai Tanács dokumentuma, amely a NATO egészségügyi biztosításának elveit és politikáját határozza meg –, az AJP 4.10 – a NATO összhaderőnemi egészségügyi biztosítás doktrínája –, valamint a NATO Medical Handbook a NATO Egészségügyi Bizottsága (COMEDS) által előírt feladatrendszerből kiindulva, a honvéd-egészségügy is kiemelten kezeli a katonai állomány mentális állapotának (ép-ségének) megőrzését, fejlesztését [15].

A kockázati tényezők azonosítása, aktuális rizikóállapot teljes körű felmérése és azok kedvező irányba történő befolyásolása primer fontosságú az állomány egészségének megőrzése és harcképességének fenntartása szempontjából. Ebben nyújt alapvető segítséget, a Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenciók Modellprogram keretében zajló Mentálhigiénés és Pszichoedukációs blokk, ahol elsősorban a krónikus nem fertőző betegségek kialakulásában szerepet játszó pszicho-szociális rizikótényezők feltérképezése és hatékony kezelése valósulhat meg. Ám ahhoz, hogy sikeres egészségfejlesztési programot alakítsunk ki, ismernünk kell a legfontosabb rizikótényezőket, azaz esély-növelő hatásokat, valamint azokat a faktorokat, amelyek a védelemben játszhatnak szerepet. 2008-ban egy „pilot study” vizsgálat keretében felhasznált 324 fős szűrővizsgálati minta eredménye alapján sikerült a kockázati faktorok előfordulási sorrendjét tükröző adatokhoz jutni. Az eredményeket tekintve a pszichés tényezők előkelő második helyen jelennek meg (2. ábra), míg a pozitív családi anamnézis szemlátomást a legnagyobb „genetikai” terheltséget jelenti,

¹ A relatív kockázat azt fejezi ki, hogy hányszor nagyobb a vizsgált megbetegedés kockázata a kockázati tényezőnek kitett egyének körében, mint a kockázati tényezőtől mentesek csoportjában-



2. ábra: A 2008-as „pilot study” vizsgálat alapján felállított rizikófaktorok gyakorisága a Magyar Honvédség Honvéd Egészségügyi Központ (MH HEK) állománya körében (MH HEK, 2008. Szilágyi nyomán)

bár életmódprogrammal hatékony preventív hatást lehetséges elérni a megbetegedési hajlam terén.

A pszichológiai szerepvállalás szintjei

I. Pszichológiai állapotfelmérés

A pszichológiai állapotfelmérést – a „Komplex Modellprogram” keretében zajló alap szűrővizsgálat részeként – két mérőeszköz: a *Mentális Állóképesség Teszt* (amely mérőszám formájában meghatározza a mentális állóképességi kvóciens, továbbiakban **MÁQ**-t) valamint a hozzá kapcsolódó Megpróbáltatás-tűrési Profil (azaz a kvóciens viselkedésszerű kifejeződése, továbbiakban **MTP**) és a **Szociális és Érzelmi intelligencia** teszt (továbbiakban **SEMIQ**) segítségével végezzük.

A **MÁQ** teszt egy 20 itemből álló, a Magyar Honvédség állománya számára speciálisan kifejlesztett kérdőív (N=564, Cronbach α = 0,84, MÁQ átlagértéke 58,63 pont szórás= 8,59, Szilágyi, 2007; 2008), amelynek alapjául a Stoltz-féle mentális állóképesség teória

szolgált. Eszerint az életben és a munkában elért sikereinket a mentális állóképesség kvóciens (**MÁQ**, azaz a veszélyhelyzetekben megjelenő automatikus gondolkodási mintáink hatékonyságát mérő szám), valamint a Megpróbáltatás –tűrési Profil (**MTP**, azaz a kihívás jellegű helyzetekben megjelenő reakcióink, automatikus viselkedés mintáink) határozzák meg. A mentális állóképesség konstruktuma tehát választ ad arra, hogy az egyén mennyire áll ellen a megpróbáltatásoknak és mennyire képes leküzdeni azokat, valamint képes előre jelezni, hogy kik jutnak túl a megpróbáltatásokon, és kik törnek össze (Stoltz, 2000, 2003 idézi Szilágyi, 2008). Az elmélet háttérében a tanult tehetetlenség és a viselkedést meghatározó kognitív sémák állnak.

A **MÁQ** teszt előnye, hogy egyrészt a fegyveres testületekben dolgozók hatékony és sikeres helytállását biztosító speciális jellemzőire fókuszálva (*ellenálló-képesség, szívósság, stressz-kezelés, észszerűség, vállalkozóképesség, reális gondolkodás, jó problémamegoldás, aktivitás, teljesítmény, kitartás, optimizmus, felelősségtudat*) tárja fel a mentális állóképességet; valamint a Megpróbáltatás Tűrési (**MTP**) profil elemzésével célirányos megoldási (megküzdési) módok kidolgozását teszi lehetővé. Másrészt szignifikáns regressziós összefüggést mutat a *kardiovaszkuláris, emésztőrendszeri, allergiás, bőr, ideg-elme, és alsó-felső légúti megbetegedésekkel*, ezáltal feltárhatóak a mentális állóképesség és az egészségmutatók közötti kapcsolat.

A teszt 20 állítást tartalmaz, az itemeket egy ötfokú *Likert*-típusú skálán kell értékelni, így a mérőszám – amely a mentális állóképességet fejezi ki – 20-100 pont közötti értéket vehet fel. A **MÁQ** teszt dimenzióinak bemutatása, valamint a magas pontértékkel rendelkező személyek jellemzése megtalál-

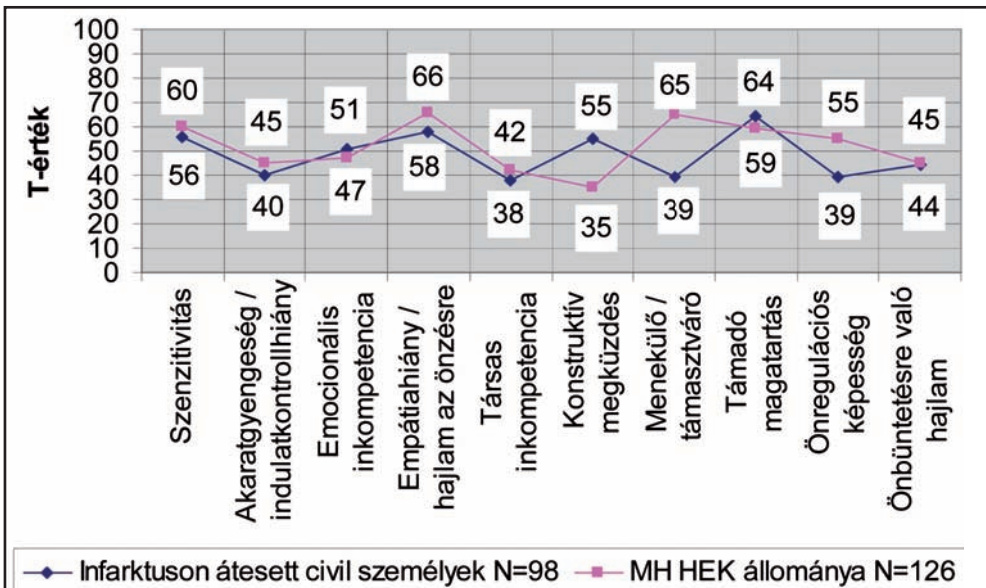
MÁQ dimenziói		Magas pontszámmal rendelkezők jellemzése
KONTROLL	Az észlelt kontroll nagyságára utal, választ ad arra, hogy: 1) milyen mértékű kontrollt érez az egyén a helyzet felett; 2) milyen mértékben tudja befolyásolni annak kimenetelét.	Jobban tudják kontrollálni és befolyásolni a stresszel járó helyzetek kimenetelét, nem érzik olyan félelmetesnek vagy megterhelőnek az adott helyzetet.
AKTÍVFELELŐSSÉGTUDAT	Megmutatja, hogy az egyén mennyire érzi magát felelősnek a szituáció kezelésére: 1) milyen mértékben érzi magát felelősnek a helyzet kialakulásában; 2) mennyire tartja magát felelősnek a helyzet megoldásában.	Felelősnek érzik magukat a stresszel teli szituáció kezeléséért, függetlenül attól, hogy ki idézte elő a helyzetet. Kisebb az esélye, hogy kétségbeessenek, tehetetlennek vagy tanácstalannak érezzék magukat.
REÁLIS HATÓTÁVOLSÁG MEGÍTÉLÉSE	Megmutatja, hogy a jó/rossz események mennyire befolyásolják a személyek életének egyéb területeit is: 1) egy bizonytalan helyzet negatív kimenetele hogyan érinti a szakmai megítélést; 2) milyen mértékben érinti az élet más területeit.	Képesek a helyzetet reálisan, a helyzet súlyosságának megfelelően észlelni, úgy érzik, kézben tartják a szituáció akár még negatív kimenetelét is. Nem engedik, hogy a munkájukból adódó stressz az életük más területére is kihasson.
IDŐBELI FENNMARADÁS	Megmutatja, hogy mennyire tartják állandónak a helyzetet: 1) mennyi ideig fog a megpróbáltatás, illetve bizonytalan stresszel teli helyzet fennállni	A nehézségeket úgy tekintik, mint éppen fennálló, de idővel megszűnő, ideiglenes problémát.

I. táblázat: A MÁQ dimenziói és a dimenzióban elért magas pontszám jelentése (Hornyák, 2008)

ható a I. táblázatban. A teszt validálása, a saját belső standard kialakítása, a MTP dimenziók szerinti mintázatelemzés jelenleg folyamatban van.

Korábbi vizsgálatok alapján, az MÁQ szignifikánsan pozitívan korrelált a szubjektív jólléttel ($r=0,406^{**}$), a koherencia érzéssel ($r=0,317^{**}$), és az önbecslésen alapuló egészségi állapottal ($r=0,288^{**}$). Továbbá szignifikánsan negatív korrelációt mutatott a depressziómutatóval ($r=-0,327^{**}$), a pszichoszomatikus és testi tünetekkel ($r=-0,374^{**}$), a stressz jelenlét ($r=-0,284^{**}$) és stressz-terhelés ($r=-0,373^{**}$) mutatóival. Feltételezhető tehát, hogy a magas mentális állóképességgel rendelkezők, energikusabb, kezdeményezőbb, önállóbb személyek, fellalják az élet nehéz helyzetait, magasabb

a teljesítményük, jobb a probléma-megoldási hajlandóságuk, valamint egészségesebb életet élnek, kevesebb megbetegedést mutatnak. Míg az alacsonyabb MÁQ szintet mutatók lassúbb gondolkodási tempóval rendelkeznek, a negatívumokra koncentrálnak, társaikat blokkolják a produktív cselekvésben. Ez gyakran csapaton belüli konfliktust, megemelkedett stressz-szintet eredményezhet. A MÁQ szintje továbbá szignifikáns regressziós összefüggést mutatott a szív-érrendszeri megbetegedésekkel; a MÁQ magasabb szintje esetében ezen betegségek valószínűsége csökken ($B=-0,106^{**}$), míg az alacsony mentális állóképességgel rendelkező személyek esetében nagy valószínűséggel előre jelezhető a kardiovaszkuláris megbetegedés. Hasonló



3. ábra: Az MH HEK személyi állományának és a szívbetegség SZEMIQ profiljának összehasonlítása

megállapítás érvényes a felső-alsó légúti betegségek tekintetében ($B=-0,104^{**}$), eszerint a mentális állóképesség alacsonyabb szintje esetén nagyobb a felső légúti megbetegedés valószínűsége. Ezen kívül összefüggés mutatkozott a MH állományának dohányzási szokásai és az MÁQ szintje között ($B=-0,105^{**}$); a magasabb MÁQ szinttel rendelkezők kevesebbet, vagy egyáltalán nem dohányoztak az alacsonyabb MÁQ szinttel rendelkező társaikkal összehasonlítva [16].

A megpróbáltatás tűrés mintázata befolyásolja az egyén általános megbetegedési hajlamát, illetve, hogy milyen típusú megbetegedésekre lesz hajlamos. McLeod és munkatársainak (2004) 490 főn végzett követéses vizsgálatának eredményei azt mutatták, hogy az alacsony kontroll szinttel rendelkezők szignifikánsan magasabb kockázati kategóriába tartoztak a myocardialis infarktus kialakulása tekintetében [9].

A SZEMIQ teszt egy 35 képből, képenként

5 válaszalternatívából álló, kényszerválasztásos fél-projektív teszt, amely az érzelmek akarat útján történő szabályozásának a képességét méri [10]. Az érzelmi intelligencia az a képességünk, ahogy a helyzeteket a tényleges érzelmi jelentésük szerint és nem a saját érzelmi állapotunk által vezérelve értelmezzük. A teszt ezen kompetenciák hiányosságait tárja fel úgy, hogy a képek választása során hozzáférhetővé válik a személy korábbi tapasztalatain, preferenciáján alapuló működésmódja. Előnye, hogy megragadja azt a pszichoszomatikus összefüggést, miszerint a krónikus nem fertőző betegségek és a különböző szomatizációs tünetek kialakulásában az érzelmek, feszültségek kezelésének inkompetenciája, a megküzdési kapacitás elégtelensége és a megküzdési stratégiák kimunkálatlansága játszik döntő szerepet. Továbbá, rendelkezik egy a kardiovaszkuláris betegekre jellemző speciális profillal: *támadó magatartás, akaratérvényesítés, társas fölényre törekvés, empátiahiány és önregulációs képesség deficitje*

(amelyre legfőképp a haraggal és frusztrációval való eredménytelen megküzdés, valamint a decentráló képesség fejletlensége jellemző). A kardiovaszkuláris profil jellegzetességek összevethetők a 2008-as évben felvett Magyar Honvédség Honvéd Egységügyi Központ (MH HEK) állományának SEMIQ adataival (3. ábra).

A SZEMIQ tesztek eredményei 7 skála

1. Szenzitivitás,
2. Akaratgyengesség és indulat-kontrollhiány,
3. Emocionális inkompetencia,
4. Empátiahiány és önzésre való hajlam,
5. Társas inkompetencia,
6. Támadó magatartás,
7. Önbüntetésre való hajlam) esetében megegyezést mutatott az infarktuson átesett civil személyek SZEMIQ profiljával. A vizsgálati eredmények alapján legmarkánsabban azonban Szorongásos tünetek, Indulatkezelési problémák, Önértékelési problémák, valamint Empátiahiány, mások megértéséhez kapcsolódó nehézségek rajzolódtak ki [18].

A magasabb értékeket jelölő skálák és jellemzői:

Empátiahiány és önzésre való hajlam: átlag T-érték = 66: a magas pontértékű személyek egocentrikusak, mások szempontjait figyelmen kívül hagyva pusztán saját problémáikkal törődnek. Érzelmileg kiégett, közönyös személyek.

Menekülő –támaszváró magatartás: átlag T-érték = 65: a magas pontértékű személyek hajlamosak a küzdelmek és megpróbáltatások árán elérhető célok kerülésére. Stresszhelyzetekben a szorongást és feszültségcsökkentést leginkább a helyzetből való kilépéssel oldanak meg. Probléma esetén

gyakran támaszkodnak másokra

Szenzitivitás: átlag T-érték = 60: a magas pontértéket elérő személyek egyfajta szorongó készenléti állapottal jellemezhetők. A legtöbb élethelyzetben rosszat várnak, életstratégiájuk a veszélyek felismerésére és elhárítására épül, egyfajta szorongó készenletben élik napjaikat. Társas jelenlétük konfliktushelyzetekben a csoporttagokra feszültségnövelő tényezőként hat. Pessimisták és kudarcorientáltak.

Támadó magatartás: átlag T-érték = 59: magasabb pontszámot elért személyek a stresszhelyzetekre agresszív, támadó magatartással reagálnak. Leginkább az emóciókiűritő, fenyegető, együttműködési szándékot nélkülöző magatartásra hajlamosak.

Az alacsonyabb értékeket jelölő skálák és jellemzői:

Konstruktív megküzdés: átlag T-érték = 35: az alacsony pontérték esetén a személyek stressz helyzetekben debilizáló szorongást mutatnak, az akadályok felmerüléséért másokat vagy önmagukat hibáztatják.

Társas inkompetencia: átlag T-érték = 42 az alacsony pontértéket mutató személyek, fejlettebb, kapcsolatteremtő, kezdeményező, együttműködő képességgel rendelkeznek. Inkább a kapcsolatokat építésében semmint az elszigetelődésben vesznek részt.

Önbüntetésre való hajlam: átlag T-érték = 45: az alacsony pontértéket mutató személyekre kevésbé jellemző az önmaguk hibáztatására való hajlam. Ha falakba ütköznek a passzív, önbüntetési tendencia helyett, inkább az aktív probléma megoldási attitűd jellemző.

II. Pszichológiai rizikó esetén: személyiségjellemzők további vizsgálata

A pszichoedukációs tevékenység ezen fázi-

sában történik meg a vizsgálati eredmények ismertetése. Az egyének számára, konzultáció formájában biztosítjuk a szűrővizsgálat orvosi és pszichológiai eredményeinek megbeszélését.

Fennálló pszicho-szociális rizikók esetén elsődleges feladatunk: a motivációs interjú felvétele, mely együttműködésre alapozva aktiválja az egyén változásra való motivációját és a változáshoz szükséges erőforrásait. A módszer révén a szakember segíti az egyént abban, hogy felismerje adott (aktuálisan fennálló) problémáját és lépéseket tegyen annak megoldásában mindezt úgy, hogy autoriter vagy konfrontatív stílust mellőzve a változást elősegítő pozitív atmoszférát megteremtve tiszteletben tartja az egyén autonómiáját (Rollnick, Miller, 1991, idézi Urbán, 2008). A módszer segítségével könnyen feltérképezhető a támogató beavatkozással szemben tanúsított „ellenálló” viselkedés (ambivalencia, félelmek, hiedelmek...), melyek gyakori gátjai az adaptív magatartásváltozásnak. A probléma vagy kockázat érthető bemutatásával, a problémás – vagy kockázatviselkedés negatív következményeinek tudatosításával, a változás fontosságának hangsúlyozásával, konkrét változási stratégiák ajánlásával, a felkínált alternatívák szabad választásával és az akadályok, nehézségek tisztázásával hatékonyan előhuzalozható a viselkedésváltozás.

Szükség esetén más pszichológiai mérőeszközök (Big Five, PIK, COPING, ÁSZVEK, Jó Közérzet kérdőív, Életesemény kérdőív, Beck-féle depresszió kérdőív, Burn-out kérdőív...) felhasználásával a fennálló kockázati tényezők pontosítása történhet, illetve további pszicho-szociális rizikótényezők tárhatók fel. A személyiségjellemzők, megküzdési stratégiák, emberi kapcsolatok, személyes célok, attitűdök pontosabb

meghatározásával eredményesebb életminőség javulást érhetünk el.

A mentális és személyiségbeli adottságok felmérésénél kiemelt hangsúlyt kap az egyén kognitív, érzelmi és viselkedési reakcióinak feltérképezése. Eszerint, a vizsgálatot végző pszichológus pontos információt kap arról, hogy a katona milyen szinten képes szakmai feladatai ellátására, a társakhoz, illetve a katonai környezethez való alkalmazkodásra, továbbá felismerhetővé válnak az esetleg fejlesztésre szoruló készségek, képességek.

III. Pszichológiai intervenció

A kapott eredményeket figyelembe véve, **Tanácsadás és/vagy Egyéni és csoportos gondozás** szintjén megkezdődhet az egyénre szabott pszichoedukációs és mentálhigiénés tevékenység (esetleg krízisintervenció). **Mentálhigiénés Tanácsadó Iroda** keretében egyéni pszichoterápiás jellegű tanácsadási folyamatban történő részvétel lehetősége ajánlható fel, amely életvezetési tanácsadás formájában jelenti a személy megküzdésének hatékony facilitálását, fakadjon ez akár egy aktuális, nehéz élethelyzetbeli sajátosságból, vagy más egyéb pszichés problémának a meglétéből. A mentálhigiénés gondozás célja: javulás létrehozása az egyén tüneteiben, személyiségében, életminőségében, az egyén pszichés működése, illetve annak változása révén. A nem megfelelő (maladaptív) magatartásformák felismertetése, kedvező irányba történő befolyásolása; Önképzavarok háttérben rejlő „diszfunkcionális” attitűdök és kognitív sémák módosítása; Hiányzó, de szükséges magatartásformák kialakítása, melynek következtében a katonai szolgálatképesség, alkalmasság, azonnali bevetetőség fenntartható, megőrizhető.

Az intervenciót végző szakemberek pszichológiai módszerspecifikus végzettségének megfelelően a beavatkozás történhet: segítő beszélgetés formájában, analitikus, kognitív, relaxáció, hipno- és imaginatív technikák segítségével.

Az egyéni kockázatprofil alapján szükségessé válhat **gyógyszeres beavatkozás** is. A farmakoterápia, a MH szakorvosának irányításával, a pszichológiai gondozással párhuzamosan (azzal kombinálva) történhet. Ilyen esetekben, fontos az egyén gyógyszereszedési szokásainak feltérképezése, és a compliance kialakítása, amely pszichológiai eszközökkel hatékonyan elősegíthető, és beépíthető a szomato-pszichés támogatási folyamatba. Az egyén minden esetben megfelelő tájékoztatást kap a gyógyszer hatásairól, kontraindikációiról, a terápia menetéről, valamint a kontrollvizsgálatok előrelátható ütemezéséről és annak várható eredményeiről.

Legfontosabb beavatkozási tématerületek:

1. Akut és krónikus stressz csökkentése, hatékony stresszkezelési technikák kialakításának elősegítése,
2. Stressz-megküzdés (coping) javítása, egyéni megküzdési stratégiák kidolgozásának segítése,
3. Pszichés traumát követő problémafeldolgozás elősegítése, a szorongás csökkentése,
4. Pszichoszomatikus zavarok kezelése,
5. Agresszió –és indulatkezelése,
6. Önbizalom / Önértékelés / Kompetencia növelése,
7. Asszertivitás / Kommunikáció fejlesztése,
8. Empátiafejlesztése,

9. Társas kapcsolatok / Társas támasz erősítése, hatékony társas viszonyok kialakulásának elősegítése. Párkapcsolati problémák kezelése,

10. Életvezetési nehézségek megoldása, életminőség javítása,

11. Krízishelyzetek kezelése,

12. Pályaszocializáció segítése,

13. A missziókban való szolgálatteljesítéssel kapcsolatos pszichikai megterhelések feldolgozása, a szolgálati és családi környezetbe való visszailleszkedés elősegítése,

14. Nyugdíjazáshoz közeli életkori szakaszban a szakmai életút zárásának elősegítése, a nyugdíjas életszakaszra való felkészítés.

Összefoglalás

A krónikus nem fertőző betegségek megelőzése érdekében az egészséges életmód kialakítására és fenntartására irányuló, kockázati tényezők kiküszöbölését megelőző hatékony prevenció programokra van szükség. A biológiai rizikófaktorok (nem, kor, családi hajlam) hatása sajnos közvetlenül nem befolyásolható, ezzel szemben a viselkedési faktorok (dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, emelkedett vérnyomás, fokozott zsírbevitel, testsúlyfelesleg) és a pszicho-szociális tényezők (stressz, személyiségvonás, megküzdés, érzelmi-hangulati zavarok, szociális kapcsolatok) – amelyek módosíthatók – annál nagyobb figyelmet igényelnek. Ez még nagyobb jelentőséggel bír a katonai állomány körében. Katonának lenni önmagában is sajátos életformát jelent, ahol elsődleges elvárás a válságkezelésben és védelemben egyaránt nyújtott gyors és hatékony reagálás, valamint a multinacionális erők részeként megjelenő bármikori és bárholi bevetettség. Ezek, a sokszoros potenciális stresszel teli helyzetek, élmények,

megpróbáltatások nagyfokú teherbírást, flexibilitást, alkalmazkodást igényelnek a személytől. Sajnálatos módon a már egyszer kidolgozott és bevált megküzdési stratégiák nem feltétlenül jelentik azt, hogy azok a jövőben is tartósan megfelelőek lesznek, hiszen az egyes katonai közösségek, szolgálati helyek, feladatok nagyon eltérőek lehetnek. Mindezen információk ismeretében és figyelembevételével a „Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenációs Modellprogram” multidiszciplináris metodikája – és ennek részeként megjelenő pszichoedukációs és mentálhigiénés tevékenység – az eredményes egészségmegőrzést tűzte ki céljául. Az egészségtudatosabb magatartás kialakítása, egészségi állapot javítása, magas szintű mentális állóképesség és megpróbáltatás-tűrési kialakítása, egy szóval a katonai állomány harcképességének fenntartása érdekében elengedhetetlen a megfelelő problémafeltárás és a személyre szabott intervenció kialakítása. A katonai életforma sajátosságait figyelembe véve, a hangsúly, elsődlegesen a feszültség elviselésén és annak hatására keletkező indulatok megfelelő kezelésén, produktív módon történő levezetésén van. Sokat segíthet ebben az önismereti munka, amely a katonai szolgálatteljesítéshez (gyakorta az extrém stresszhez való alkalmazkodáshoz) szükséges személyiségbeli jegyek feltárását, tudatosítását teszi lehetővé a katonák számára. Végül, de nem utolsósorban releváns szerepet kaphatnak a készségfejlesztő beavatkozások (empátia, kommunikáció, aszertivitás, szociabilitás, önértékelés, kompetencia), amelyek az egyéneknél beazonosított kockázati faktorként megjelenő pszicho-szociális rizikótényezőket hivatottak csökkenteni. Mindezek szakszerű alkalmazásával – a magas szintű katonai követelmények teljesítése mellett –, elérhetővé válik a testi és lelki egészség megőrzése.

Kitekintés

A Magyar Honvédség keretein belül indított „Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenációs Modellprogrammal” kapcsolatos jövőbeli elvárásaink szerint, lehetőség nyílik: 1.) A kardiovaszkuláris betegségek pszichés kockázatára vonatkozó epidemiológiai adatgyűjtésre és elemzésre a MH személyi állományában, 2.) A szűrővizsgálaton résztvevő személyek pszichés kockázati szintjének meghatározására, kedvező irányban történő befolyásolására, 3.) Egyéni kockázatprofilon alapuló intervenció kialakítására, alkalmazására.

A pszichés rizikófaktorok célzott és személyre szabott kedvező irányban történő befolyásolása, a krónikus nem fertőző betegségek kialakulásának megelőzése, az egészségi állapot hatékony javítása érdekében, állandó visszacsatolási folyamatok (kontroll vizsgálatok és annak eredményeinek összesítése) segítik munkánkat. Az egészségtudatosabb magatartás kialakítása rengeteg odafigyelést, türelmet, kitartást igényel, ugyanakkor örömteli és hálás folyamat is egyben, hisz a segítőszakma egyik legnagyobb kihívását jelenti.

IRODALOM

- [1] Bárdos Gy.: *Pszichovegetatív kölcsönhatások*. Scolar Kiadó, 2003.
- [2] Császár Gy.: *Pszichoszomatika a gyakorlatban*. Pszichoteam, Budapest, 1989.
- [3] Hornyák Beatrix: *Szociális és érzelmi intelligencia összehasonlítása a mentális állóképességgel*. Műhelymunka dolgozat, 2009.
- [4] Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2007.
- [5] Krantz, D. S., McCeney, M. K.: *Effects of Psychological and Social Factors On Organic Disease: A Critical Assessment of Research on Coronary Heart Disease*. Annu. Rev. Psychol.

2002. 53: 341-369

- [6] Lett, H. S., Davidson, J., Blumenthal, J. A.: Nonpharmacologic Treatments for Depression in Patients With Coronary Heart Disease. *Psychosom. Med.* 67: S58-627. Linden, W., Stossel, C., Maurice, J.(1996) Psychological Interventions for Patients With Coronary Artery Disease: A Meta –analysis. *Archives of International Medicine*, 2005,156: 745-752.
- [8] Major M. Gy.: A MH HEK éves szűrésének eredményei a pszichoszomatika tükrében. MH Főpszichológusi Összevónás Konferencia. Mályi, 2008.
- [9] MH HEK Preventív Igazgatóság (szerk.) Komplex életmódváltást megcélzó prevenció modellprogram, 2008.
- [10] Oláh A.: SEMIQ Képes félprojektív teszt a szociális és érzelmi intelligencia mérésére. HI Press. Budapest, 2005.
- [11] Píró B.: Magatartástudomány és Prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége. Magatartástudomány és orvoslás a XXI. Században. Magyar Tudomány, 2003/11 1381.
- [12] Rozanski, A.; Kubzansky, L. D.: Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic medicine* 2005. 67 Suppl 1: S47-53
- [13] Smith, T. W., Ruiz, J. M.: Psychological influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, 70, 548-568.
- [14] Szilágyi Zs., Svéd L., Kugler Gy.: Missziós Szolgálatot teljesítő katonák interjúval támogatott, összehasonlító tesztbattáriás vizsgálata a missziós tünetekre, illetve stressz és coping jellemzőikre nézve. *Honvédorvos* 2006, 58: 1-2.
- [15] Szilágyi Zs.: A megpróbáltatás tűrés és mentális állóképesség feltárása az MH állományában, összefüggésben az egészség-mutatókkal és az egészségmagatartással. MH HEK Preventív Igazgatóság, Tanulmány, 2008.
- [16] Túri V.: AMHHEK állományának SEMIQ eredményeinek bemutatása. MH Főpszichológusi Összevónás Konferencia. Mályi, 2008.

Éva Koppányi psychologist

Syllabus of mentalhealth and psychoeducation activity in the scope of Complex Preventive Modell-program aiming the promotion of changing of lifestyle

Besides traditional medicine more and more attention is paid to the psychological factors of the so called chronic non-infectious diseases such as the cardiovascular diseases that is very common in the Hungarian Defence Forces staff also. The most common factors that are influencing this are the acute and chronic stress, ineffective stress handling and coping, lower self esteem, the incompetence of social relationships and the lack of social support. According to this in the “Complex Preventive Modell-Program” aiming the promotion of changing of lifestyle initiatives have been taken in order to carry out psychoeducative and mental health activity in the Hungarian Defence Forces. The psychoeducative-mental health block of the Modell-Program that is based on multidisciplinary health promotion provides the possibility of mapping the psychological problems of the individual and to develop a personal psychological intervention as a result to shift lifestyle into a more suitable direction. The psychological intervention is carried out on three levels that are based on each other: 1. psychological state evaluation, 2. in case of presence of psycho-social risk factors: the mapping of compliance, motivation factors and the further characteristics of personality, 3. the conceptualizing and application of the personal psychological intervention.

Key-words: chronic non-infectious diseases, health promotion, mentalhealth and psychoeducative activity, mental fitness, social and emotional intelligence

*Kósáné Koppányi Éva
1553 Budapest, Pf. 1.*

*MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság
Egészségpszichológiai Osztály*

Virtuális kiképzőrendszerek katonapszichológiai vonatkozásai

Hortobágyi Miklós pszichológus

Kulcsszavak: kiképzés, virtuális valóság, komoly játék

A dolgozat bemutatja a virtuális kiképzőrendszerek fejlődését és alkalmazási lehetőségeiket. Nemzetközi tapasztalatok felhasználásával mérlegeli felhasználhatóságuk előnyeit és korlátait. Bemutatja ezen eszközök szerepét és helyét a katonai kiképzés megtervezésében és végrehajtásában. A virtuális kiképző rendszerek hatékony és költségkímélő kiegészítői a katonai kiképzés hagyományos eljárásainak. Használatuk során növekszik a feladatvégrehajtás pontossága és hatékonysága, csökken a végrehajtó állomány stressz szintje.

A Magyar Honvédség átalakítása, megújulása, a változó szerepkör, növekvő nemzetközi szerepvállalás új igényeket támaszt a kiképzési módszerek és a kiképzés tartalma felé. A tömeghadsereg kiképzési igényei eltérnek a professzionális haderő alacsony létszámú feladatvégrehajtó egységeinek kiképzési igényeitől. A modern katonaság megköveteli a katona magas szintű szakmai felkészültségét, döntési képességét. A parancsközpontú vezetési modelltől a küldetesközpontú vezetési modellre való átérés szintén megköveteli, hogy a katona mind mentálisan, mind fizikailag a lehető legjobb kiképzést kapja, így válhat képessé a váratlan helyzetek rugalmas és eredményes kezelésére. A hadsereg szerepkörének megváltozása, a békefenntartó missziókban való részvétel a hadszíntér ismeretén túl az ellátandó feladatokban való jártasságot, begyakorlottságot követel.

A megnövekedett és megváltozott kiképzési igényeket kielégítő módszerekkel szemben

nemcsak az eredményesség és a hatékonyság, hanem a költséghatékonyság, takarékoság is követelmény. A modern kiképzési módszereknek gazdaságosoknak és hatékonyaknak kell lenniük. A gazdaságosság egyik alappillére, hogy a módszer ne igényelje drága felszerelés, illetve eszköz beszerzését, legyen lehetőség a meglévő eszközpark használatára. Gazdaságossá teszi a kiképzési módszert, ha a használat során az eszköz nem „használdódik el”, nem kell számolni kopással, illetve anyagfogyással.

Mindezen követelményeknek eleget tesznek a virtuális kiképzőrendszerek. Alkalmasként bonyolult, összetett folyamatok bemutatására, illetve begyakoroltatására, változó környezetet, kihívásokat támasztva a kiképzendő katona felé. Ezen kiképzési eszközök újrafelhasználhatóak, tetszés szerint fejleszthetőek, a kiképző szabadon változtathatja, alakíthatja a feladatvégrehajtás környezetét és erőforrásait. Mivel a virtuális kiképzőrendszerek jelentős része személyi



1. ábra: Ló szimulátor az első világháborúból

számítógépen futtatható, ezért az eszköz-igény alacsony.

A **virtuális kiképzőrendszer** olyan kiképzési módszer, amelynek használata során a kiképző virtuális környezetben bemutatthat, elmagyarázhat, tesztelhet és begyakoroltathat bizonyos készségeket és képességeket, elősegítve a tanulás folyamatát.

A módszer pontos megismeréséhez elengedhetetlen bizonyos fogalmak megismerése, illetve a virtuális kiképzőrendszerek fejlődésének áttekintése.

A **szimuláció** vagy valamely valós folyamat, illetve esemény utánzása (1. ábra). A szimuláció során az utánzandó jelenség kulcsfontosságú tulajdonságait, illetve ezek kölcsönhatását jelenítjük meg. Szimulációt alkalmazhatunk valamely jelenség vizsgálatára, bemutatására, illetve oktatási célból, az orvostudományon keresztül a gazdasági szektoron át a katonai kiképzésig nagyon sok területen. Egy szimulátor megalkotásának kulcsfontosságú elemei a megjelenítendő jelenségről pontos és valid információk gyűjtése, valamint azon tulajdonságok kiválasztása, amelyek a szimulációt a leginkább valósághűvé teszik. Fontos hogy az adott jelenség azon tulajdonságai jelenítsük meg, amelyek a leginkább szolgálják a szimulátor létrehozásának célját. A szimulátor megalkotása közben egyszerűsítés

zajlik, csak azon kulcsfontosságú tulajdonságokat jelenítjük meg, amelyek az elvárt pontosságú megjelenítést lehetővé teszik. **Fizikai szimulátor**nak azon szimulátorokat nevezzük, melyekben a megjelenítendő folyamat tárgyait olcsóbb, vagy könnyebben kezelhető tárgyak helyettesítik, a fizikai szimulációk tárgyai gyakran jóval kisebb méretűek, mint valós megfelelőjük. Az **interaktív szimulátor** olyan fizikai szimulátor, melyben a szimuláció tárgyával a felhasználó kapcsolatba kerülhet, azokat manipulálhatja (2. ábra). Tipikus példája az autózvezetés szimulátor. Az interaktív szimulátorokban gyakran alkalmaznak számítógépek által generált virtuális környezetet. **Számítógépes szimuláció** esetében a vizsgált jelenség működésének törvényszerűségeit matematikai számításokkal modellálják. A rendszer változói szabadon változtathatóak, így szélsőséges szituációk megjelenítése is biztonságos és gazdaságos. A számítógépes szimulációk jelentős része rendelkezik képi, illetve virtuális megjelenítéssel. A virtuális megjelenítés, illetve virtuális környezet számítógép által generált képi, illetve hang információ. Az informatika fejlődésével ezen környezetek valósághűsége egyre nő, a virtuális környezet képi modelljei 3 dimenziós testek, a hang szintén a térbeliség képzetét kelti. A megjelenítés fejlődésén túl a computeres szimulációk pontossága is sokat fejlődött, szinte végtelen mennyiségű változó és tulajdonság egyidejű kezelése lehetséges. A virtuális környezettel való kölcsönhatás különböző eszközökön keresztül történhet, a PC általános kezelőszervei kevésbé valósághűek, míg a szimulált folyamat eszközeit másoló kezelőszervek pontosabb, de drágább megoldást jelentenek. Virtuális kiképzőrendszereket alkalmaznak többek között az orvosi



2. ábra: Interaktív szimulátor



3. ábra: Virtuális kiképző rendszer

képzésben, oktatásban, katasztrófavédelemben és a hadseregben is.

A **virtuális kiképzőrendszerek** (3. ábra) elterjedt példája a repülőgép szimulátor, a polgári és katonai repülő oktatásban egyaránt használják. Nagy hatékonyságú, pontos eszköz, egyaránt alkalmas rutinfeladatok és rendkívüli helyzetek begyakorlására. Eszköz és költségigénye magas, mivel a szimulátor interaktív tere egy felépített, a megjelölt helyzetnek megfelelően mozgatott pilótafülke. Jóval gazdaságosabb kiképzési lehetőség az úgynevezett **komoly játékok** alkalmazása. A komoly játékok kialakulásában nagy szerepet játszottak a szórakoztatóipar által fejlesztett játékprogramok. A stratégiai és belsőnézetes harci játékok megjelenése óta a hadsereg aktívan érdeklődik a programok kiképzésben, edukációban, illetve marketingben történő alkalmazása iránt. Az éles különbség a szórakoztató és a komoly játékprogramok között, hogy míg a hagyományos játék elsődleges célja a játékos szórakoztatása, illetve idejének strukturálása, versenyszellemének kielégítése, addig a komoly játék didaktikai, oktatási, információ átadási, vagy gyakorlási lehetőséget nyújt. A komoly játékok esetében a játékos szórakoztatása nem cél, hanem eszköz, fenntartja a tanuló érdeklődését, figyelmét, motivációját.

Mike Zyda definíciója alapján:

- Játék: *“Testi vagy szellemi kihívás, melyet meghatározott szabályok szerint hajtanak végre, és melynek célja a résztvevők szórakoztatása, vagy jutalmazása.”*
- Számítógépes játék: *“Szellemi kihívás, melyet számítógép segítségével, meghatározott szabályok szerint hajtanak végre, és melynek célja a résztvevők szórakoztatása, rekreációja vagy valamely nyereség megszerzése.”*
- Komoly játék: *“Szellemi kihívás, melyet számítógép segítségével, meghatározott szabályok szerint hajtanak végre és amelyben a szórakoztatás oktatási, nevelési gyakorlási vagy marketing célokat szolgál.”*

A virtuális kiképzőrendszerek, illetve komoly játékok alkalmazásának előnyei fi-



4. ábra: Virtuális kiképzőrendszer – konvoj

gyelemreméltóak. A módszer gazdaságos, mivel a használt felszerelés állapota nem romlik, és a személyi számítógép is alkalmazható kiképző eszközként. A logisztikai költségek is csökkenthetőek amennyiben a kiképzéshez nem szükséges a felszerelés, illetve a személyi állomány utaztatása, mivel a kiképző és az állomány a virtuális környezetben számítógépes hálózaton keresztül érintkezik egymással. Virtuális kiképzőrendszerek segítségével végrehajthatók olyan gyakorlatok, mint például a fegyvernemek közötti együttműködés vagy a nemzetközi szintű együttműködést oktató gyakorlatok, amelyek költség és erőforrás-igénye rendkívül nagy. Számítógépes szimulációval olyan szituációk gyakorlatára is lehetőség van, amelyek valós körülmények között nem megjeleníthetőek, mivel túl nagy a sérülés kockázata (4. ábra).

„A szimuláció nem válhat ’játékká’, különben elveszíti kiképzési értékét. Egy vezetőnek kell biztosítania, hogy a feladat végrehajtása pontos és eredményes legyen. Ez a gyakorlat legfontosabb eleme”

- Eric Jilson százados Amerikai Egyesült Államok Tengerészgyalogság

A virtuális környezetben történő kiképzés lehetővé teszi a katona számára, hogy egy adott viselkedés mentális komponensét, az észlelési és döntési folyamatokat begyakorolja. A kiképzés során mentális modell alkot a szituációról, amelyet később képes valós helyzetekben is felhasználni. Ha a feladatvégrehajtás helyszíne ismert a kiképző elkészítheti annak pontos virtuális mását, ezt megismerve a katona mentális térképet alkot a helyszínről, és abban a bevetés során már nagyobb biztonsággal, gyorsabban mozog. A módszer alkalmas a stresszt kísérő alarm reakció idejének lerö-

vidítésére, a helyes viselkedés begyakorlására. A kanadai hadsereg kiképzési tervében a virtuális kiképzőrendszerekkel szemben az alábbi követelményeket támasztják:

- Mentálisan, szellemileg inspirálja a tanulót,
- A valódi világban tapasztalható fizikai és kognitív folyamatokat pontosan jelenítse meg,
- Tegye lehetővé a tanuló számára döntései következményeinek megtapasztalását,
- Követelje meg a tanulótól viselkedésének eredményeivel való találkozást. A virtuális valóság reakciói alapuljanak valódi katonai tapasztalatokon, jelentéseken,
- A megszerzett tapasztalatok hasznosítása hasonló, de egyre összetettebb környezetben és feladathelyzetekben.

Britt szakemberek hasonló követelményeket fogalmaztak meg 2005-ös vizsgálatukban. A DIVE (Dismounted Infantry Virtual Environment) program keretében a Half Life c. játékprogramot használták katonai rajok városi harci kiképzésében. A kiképzők tapasztalatai szerint a virtuális kiképzés alkalmas:

- Új harceljárások drilljének megkezdésére, gyakoroltatására és a katona viselkedésének utánkövetésére,
- A saját és ellenerők nézőpontjának, észlelési mezőjének bemutatására.
- A megjelenített akció szereplőinek (saját és ellenerő) kölcsönhatása megfigyelhető elemezhető, kiértékelhető.
- A csapatmunka és kommunikáció fejlődése.

Az ausztrál haderő 2007-ben alkalmaz-

ta az AVRS (Aircrewmen Virtual Reality Simulator) programot, amelyben ötvözték a hagyományos interaktív repülőgép szimulátorokat a virtuális kiképzőrendszerekkel. A kiképzés eredményeként a valódi repülések során tapasztalt hibák száma lecsökkent. Az eredmény azért figyelemre méltó, mert azonos hatékonyságú kiképzést biztosít, mint a hagyományos, csak interaktív szimulátorokat alkalmazó alapkiképzés, alacsonyabb költséggel.

A kanadai CTC (Canadian Combat Training Centre) 2008-as kutatásában harckocsizók kiképzési módszereit hasonlították össze. A VBS2 (Virtual Battle Station 2) program felhasználásával az alábbi eredményeket érték el. A 6 hetes kiképzés során a 0602 kontroll csoport hagyományos kiképzésben részesült, 0701 csoport 1 napos virtuális és 5,5 hetes hagyományos, míg a 0702 csoport 2,5 hetes virtuális és 3 he-

2006-ban *Wiederhold* vizsgálatában a 210 tengerészgalogost követtek egy 11 napos kiképzés során. A kiképzés lezárásaként taktikai házban kellett a katonáknak eredményesen teljesíteniük a kijelölt feladatot. A taktikai házban nem invazív módszerekkel követték a katona stresszállapotát és teljesítményét. 90 tengerészgalogos a hagyományos kiképzés mellett virtuális kiképzésben is részesült, a vizsgafeladattal nem azonos, de hasonló közelharc szituációt szimuláló környezetben. A virtuális kiképzésben is részesült katonák 100 %-os eredményességet produkáltak a vizsga során, szemben a hagyományos kiképzésben részesülők 80 %-os hatékonyságával. A vizsgálati csoport 6 másodperccel kevesebb idő alatt teljesítette a taktikai ház feladatait. Stressz szintjük alacsonyabb volt, kevésbé jelentkeztek a harci stressz teljesítményt rontó hatásai, a perifériás látás kevésbé szűkült be, mint

	0602 (VBS [®] nélkül)	0701 csoport (1 nap VBS [®] kiképzés)	0702 csoport (2.5 hét VBS [®] kiképzés)
Az első végrehajtás sikerének aránya	0	30%	67%
Az összes végrehajtás felénél a siker aránya	61%	72%	100%
A kiképzés végén a sikeres végrehajtás aránya	72%	83%	100

I. táblázat: A VBS2 virtuális kiképzőrendszer hatékonyságvizsgálatának eredményei
2008 CTC

tes hagyományos kiképzésben vett részt. A kiképzést záró gyakorlat eredményes teljesítésének aránya jelentősen emelkedett a virtuális kiképzés során (I. táblázat).

A CTC kutatói kiemelték, hogy a virtuális kiképzés nem helyettesítheti a valódi eszközökkel történő kiképzést, azonban az eredmények fényében rendkívül hatékony eszköz.

a kontroll csoport esetében. Nem alakult ki a „csőlátás” jelensége, és a finommotoros manipuláció képessége is kevésbé csökkent.

A virtuális kiképző rendszerben történő gyakorlás során a katona egyéni képességeinek fejlődésen túl a feladatot végrehajtó csoport kommunikációja is átalakult. A csoportkohézió kialakulása nyomán a magas terhelés alatt előtérbe került az

implicit kommunikáció. Az implicit, zárt kommunikáció összeszokott, magas kohéziójú szakértői csoportoknál elősegíti a sikeres feladatvégrehajtást, mivel rövid és kevesebb figyelmet, illetve energiát igényel, mint a nyílt kommunikáció. A *Wiederhold* vizsgálat eredményei alapján a megfelelő kohéziójú csoport létrejöttét felgyorsította és elősegítette a virtuális kiképzésben való részvétel.

A kiképzés minőségének komoly szerepe van a katona pszichés rezilienciájának fejlesztésében. A virtuális térben ismerőssé vált helyzetek valós előfordulásuk esetén kisebb valószínűséggel okoznak stresszsérülést. A kompetencia, a hatékonyság érzése segít leküzdeni a szorongást, illetve a tehetetlenség érzését, ezáltal védi a katonát a pszichés károsodástól.

A Magyar Honvédség alkalmaz virtuális kiképző rendszereket, ilyen például a Mars harcvezetői, illetve stratégiai szimulációs rendszer, valamint hibrid megoldásokat, mint a Miles 2000 rendszer. A Miles rendszer esetében a gyakorlat során alkalmazott eszközök valódiak, a felszerelés használata, a terepen mozgás mind valós körülmények között zajlik. A harci cselekmények hatását lézeres érzékelő rendszer követi, és számítógép segítségével kerül regisztrálásra az adott katona állapota és teljesítménye. A későbbi kiértékelés során ezeket az adatokat használják fel.

A komoly játékok magyarországi katonai alkalmazása még várat magára. Elterjedését indokolja alacsony üzemeltetési költsége, alkalmazása sem drága eszközöket, sem logisztikai háttérrel nem igényel. A kiképző szabadon változtathatja a virtuális környezetet, bármilyen feladat begyakorlására alkothat eszközt, és olyan helyzetek megjelenítése is lehetséges, amelyek a va-

lóságban túl költségesek, vagy túl kockázatosak. A kiképzendő állomány életkorát figyelembe véve jelentős részük ismeri és alkalmazza a személyi számítógépet, tehát erre nem kell külön erőforrást fordítani. Hatékonyságát tekintve a virtuális kiképző rendszerek és a hagyományos kiképzés együttes alkalmazása után az állomány teljesítménye magasabb, mint ha csak hagyományos kiképzésben vettek volna részt. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy a virtuális kiképzés a jövőben felválthatná a hagyományos kiképzést, azonban azt kiegészítve növeli a kiképzés és a feladatvégrehajtás hatékonyságát.

IRODALOM

- [1] *Abt, C.*: Serious Games. New York: The Viking Press. 1970.
- [2] *Butcher, K., Johnson, L., and Morrison, P.*: What is Meant by Serious Games?, Panel Discussion, ITECT 08, Stockholm, Sweden. 2008.
- [3] *Aldrich, C.*, *Learning by Doing*: A Comprehensive Guide to simulations, computer games, and pedagogy in e-learning and other educational experiences. San Francisco: Pfeiffer — John Wiley & Sons. 2003.
- [4] *Percival, F., Lodge, S., Saunders, D.*: The simulation and gaming yearbook: developing transferable skills in education and training. London: Kogan Page. 1993.
- [5] *Olsson, J., Michalski, R.*: Serious Games – Integrating games in military training. Lunds Universitet, 2008.
- [6] *Prensky, M.*: Digital game – Based Learning 2006.
- [7] *Roman, P. A., Brown, D.*: Games – Just how serious are they? Interservice/Industry Training, Simulation, and Education Conference (I/ITSEC), 2008.
- [8] *Cohen, S.*: Virtual decisions. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 2006.
- [9] *Weiderhold, B. K., Weiderhold, M. D.*: Virtual reality training transfer: A DARWARS study.

Physiological monitoring during simulation training and testing. San Diego, CA: The Virtual Reality Medical Center. 2006.

- [10] Zyda, M: From visual simulation to virtual reality to games. IEEE Computer. 2005.

M. Hortobágyi psychologist

Virtual training systems, applications in military psychology

The document gives an overview about the Virtual training systems and solutions,

from past to present day practices. Presents international results about the efficiency and effectiveness of virtual training, and shows its possibilities and limitations of use. The VT is an excellent tool merged with traditional field training methods. It provides better performance in soldiers, and reduces stress reaction during operations.

Key-words: training, virtual reality, serious game

*Hortobágyi Miklós
1553 Budapest, Pf. 1.*

MH. Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ Preventív Igazgatóság,
Egészségpszichológiai Osztály

A debriefing: Egy krízisintervenciós módszer bemutatása és alkalmazásának lehetőségei a Magyar Honvédségben

Markolt Norbert pszichológus főhadnagy

Kulcsszavak: kritikus eseményekkel kapcsolatos stressz, Mitchell-modell, debriefing modellek

A Magyar Honvédség egyre jelentősebbé és összetettebbé váló, nemzetközi kötelékében történő afganisztáni szerepvállalása nem csupán a felkészítés, logisztikai biztosítás, hanem a pszichológiai támogatás területén is új kihívásokkal szembesíti szakembereinket.

A biztonsági helyzet kedvezőtlen irányú változásával valószínűsíthető, hogy a közvetlen pszichológiai támogatás feladatrendszerében a műveleti területen történő, a szolgálatellátás során bekövetkező kritikus események okozta stresszjelenségek kezelésének, a gyors és hatékony krízisintervenciós feladatok ellátásának jelentősége, igénye nőni fog.

Az 1980-as években kidolgozott, az angolszász nyelvterületen (különösen USA-ban) a fegyveres, rendvédelmi, katasztrófavédelmi, valamint egyéb nem kormányzati szerveknél az 1990-es évektől általánosan elterjedt és alkalmazott debriefing módszer egyike a kritikus eseményekkel kapcsolatos peri- és poszttraumatikus stressz jelenségek kezelésének megbízható, sztenderd módszerének.

A történeti kialakulás és a gyakrabban használt modellek rövid áttekintése mellett a cikk részletesen tárgyalja a máig legnagyobb népszerűségnek örvendő, számos módosított modell kidolgozását is inspiráló *Mitchell* modellt. A dolgozat a módszer katonai alkalmazhatóságának elemzése mellett, esetleírások felhasználásával világít rá a krízisintervenciós módszer nem körülményeként használatából adódó szakmai nehézségekre, buktatókra.

A Magyar Honvédség az elmúlt időszakban szövetségesi kötelezettségeiből adódóan jelentős erővel, folyamatosan részt vállalt különböző nem háborús, ún. válságreagáló műveletekben egyéni beosztások és kontingensek formájában egyaránt. A külszolgálati feladatellátást általánosan jellemző megterhelések mellett, az egyes missziók feladatrendszeréből, illetve a műveleti környezet eltérő éghajlati, kulturális sajátosságaiból adódóan jelentős különbségek figyelhetők meg a missziós stresszorok mintázatában. A külföldi szolgálatellátással kapcsolatos általános, misszióktól független problémák a család-párkapcsolat, a szervezeti működés, társas együttélés, korlátozott intimitás területén jelennek meg elsősorban. A feladatellátásból adódó veszélyeztetettség, biztonsági kockázat tekintetében azonban jelentős különbségeket tapasztalhatunk. A balkáni, ciprusi és sinai missziók viszonylagos nyugalomával szemben az Irakban és Afganisztánban szolgáló magyar katonák fokozott veszélyeknek vannak kitéve. A Magyar Honvédség, mint szervezet felelős nemcsak azért, hogy megfelelő szakmai felkészítéssel, felszereléssel, logisztikai biztosítással küldje katonáit műveleti területre, hanem azért is, hogy a fenntartsa katonái pszichés egészségét, alkalmazhatóságát. Műveleti területen ennek egyik legfontosabb biztosítója a missziós pszichológusi beosztás. A kritikus, azaz szélsőséges stresszt kiváltó eseményekkel való megküzdés pszichés támogatása a missziós pszichológus legfontosabb feladatai közé tartozik.

A kritikus események jellegzetességei

Kritikus eseménynek tekinthetünk minden szélsőséges stresszreakciót kiváltó olyan eseményt, amely meghaladja az adott egyén, vagy csoport aktuális megküzdési kapacitását [2]. Jellegzetessége, hogy szélsőséges,

magas aktuális stressz szintet eredményez, az átélt, elszenvedő számára aktuális vagy elővételezett fenyegetést, veszteséget jelent, a törekénység érzetét okozza, a kontrollálható és biztonságos világba vetett hitet kérdőjelezi meg és nem utolsósorban poszttraumás tüneteket okozhat. Kritikus eseményeknek szerencsére ritkán vagyunk elszenvedői, de nem műveleti területen a civil életben is találkozhatunk vele. Természeti és ipari katasztrófák, munkavégzésből vagy közlekedés során előforduló súlyos sérüléssel, halállal járó balesetek, közeli hozzátartozó súlyos betegsége, bűncselekmény áldozatává válása során, vagy csak ezen események egyszerűen szemtanúként történő megélése mind, mind potenciálisan traumatizáló hatású lehet. Műveleti területen, nem háborús műveletek során elszenvedett különböző harcérintkezések, az aszimmetrikus hadviselésből adódó incidensek (IED támadás, öngyilkos merénylet stb.) és következményeik fokozott pszichés megterhelést jelenthetnek a feladatot végző állomány számára.

Debriefing definíciója, célja, alappillérei

A potenciálisan traumatizáló hatású (kritikus) eseményeket röviddel követő, az érintetteket bevonó, elsősorban csoportos formában az erre képzett szakember(ek) által levezett rövidebb időtartamú korai krízisintervenciós módszer. A debriefing célja egyrészt a kritikus események kiváltotta stresszreakciók aktuális redukciója, másrészt korai intervenciós módszerként a lehetséges poszttraumás tünetek kialakulási valószínűségének csökkentése. Egyéni és csoportos „állapotfelmérés” amely a segítő szakemberek számára kiindulópont lehet a további krízisintervenciós lépések megtételéhez [1]. Céljai ebben a tekintetben kimerítik a *Caplan* által krízisintervenció feladataiként felsoroltakat:

- 1.) Stabilizáció;
- 2.) Tünetredukció;
- 3.) Visszatérés a normál működéshez;
- 4.) További intervenciók támogatás felé orientálás (szükség esetén).

A debriefing alappillérei:

- Biztonság,
- Strukturáltság,
- Ventiláció,
- Élménymegosztás,
- Ismeretátadás.

Azaz biztonságos tárgyi és szociális környezetben, időben és folyamataiban strukturált csoportülés formájában lehetőséget nyújt a potenciálisan traumatizáló élményt átéltek személyeknek az élmények és érzések verbalizációjára és megosztására, miközben a megküzdést elősegítő ismereteket ad át. A debriefing nem pszicho- és csoportterápia, ugyanakkor nem a kritikus események katonaszakmai kielemezésének módszere (after action review stb.). Sem az egyénnek, sem a szakembereknek nem szabad elfelejteniük, hogy nem a krízisintervenció egyetlen, hanem adott körülmények között az első lépése a debriefing, amelyet szükség esetén továbbiak követhetnek. A debriefingre a kritikus esemény utáni 24-72 órában kerül sor, általában 90-150 perces időtartamú az érintetteket bevonó csoportos ülés formájában [2].

Debriefing kialakulásának forrásai

Amióta emberi közösségek léteznek, megfigyelhető, hogy egy-egy nagyobb veszteséggel járó természeti katasztrófa, háború után az érintettek összegyűltek és verbalizálták érzéseiket és élményeiket, megtapasztalva ezzel a trauma- és sorsközösséget. Ezek a nem tudatos, intuitív közösségi tünetkezelési módszerek spontán válaszok voltak az egyén és csoport pszichés szükségletei-

re. A debriefing már jobban körülírható másik forrása a kiképzéseknél, kritikus események szakmai elemzésénél bevett, sztenderd katonai eljárások, amelyek a II. világháború után terjedtek el elsősorban angolszász nyelvterületen. Ezek közül külön említést érdemel *Marshall* módszere a „historical group debriefing” [3]. *Marshall* azzal a céllal dolgozta ki eljárását, hogy az egyes ütközeteket a lehető legpontosabban rekonstruálja a résztvevő katonák beszámolóinak alapján. A csoportos formában lebonyolított sztenderd eljárás azonban nem történelmi, hanem pszichológiai hozadéka miatt vált jelentőssé: *Marshall* azt tapasztalta, hogy az ilyen csoportülésbe bevont alegységek harci morálja, csoportkohéziója jelentősen javult, amit ő a módszer ventilációs, élménymegosztásos jellegének tulajdonított [5]. Harmadik fontos forrásnak a krízispszichológia tekinthető, amelynek alapvető megállapításai a debriefing módszerére is vonatkoznak. A 80-as években kidolgozott és operacionalizált debriefing technikák a 90-es évekre széles körben elterjedt és alkalmazott módszerekévé váltak a fegyveres, rendvédelmi, katasztrófavédelmi szerveknél, de nagy népszerűségre tettek szert az oktatás és egészségügy területén is [7].

A debriefing modellek

Az elsőként kidolgozott és publikált *Mitchell* modell alapján a 80-as években a módszer széles körű elterjedésével párhuzamosan hasonló elméleti alapokon álló, a folyamat dinamikáját és a beavatkozás célkitűzéseit megtartó, kisebb-nagyobb hangsúlybeli különbséggel számos modell került kidolgozásra. Az egyes modellek szakaszait vázlatosan az *I. táblázat* mutatja.

Látható, hogy valamennyi modell a bevezetés, az események kollektív történeti

Mitchell (1983)	Raphael (1986)	Dyregrov (1989)	Armstrong (1991)
Bevezetés	Bevezetés, szabályok	Bevezetés, szabályok	Bevezetés/szabályok
Tényfeltárás	Találkozás a katasztrófával	Várakozások és tények	A legproblémásabb események megvalósítása
Gondolatok	A katasztrófa megtagasztalása	Szenzoros élmények	Érzések és reakciók a kritikus eseményekre
Érzések	Negatív és pozitív aspektusok és érzések	Érzelmi reakciók	Megküzdési stratégiák
Tünetek	Kapcsolat másokkal	Normalizáció	Befejezés
Ismeretátadás	Áldozatok érzései	Tervezés, megküzdés	
Összegzés	Csoportbontás	Csoportbontás	

I. táblázat: *A legelterjedtebb debriefing modellek összehasonlítása (Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S., 2008)*

rekonstrukciója és a rájuk adott kognitív, emocionális válaszok azonosítása mellett tartalmaz egy pszichoedukatív, ismeretátadási szakaszt is.

A *Raphael* modell komoly hangsúlyt fektet a trauma megélésével kapcsolatos pozitív élmények megfogalmazására és megosztására. Rávilágít arra a sokszor elhanyagolt tényre, hogy egy-egy kritikus esemény átélése, nem feltétlenül csak feldolgozandó veszteséget, hanem önmagunknak, viselkedésünknek egy nem szokványos helyzetben történő megtagasztalását teszi lehetővé, olyan szakmai sikerélmény forrása lehet, amelyből hosszútávon építkezhetünk, a foglalkozási és általános énkép gazdagításával, megerősítésével a személyiség „növekedésének” fontos eszközévé válhat. A modell közvetve, és közvetlenül a trauma megélésének pozitív módjára irányítja a résztvevők figyelmét, a mentális átkeretezést elősegítve. Természetesen mindez nemcsak egyéni, hanem csoportos, kollektív szinten is megjelenhet, növelve a csoportkohéziót, a csapatmorál szintjét [6].

A norvég *Drygerov* modellje [5] a trauma alatti szenzoros élmények fokozottabb

vizsgálatában jelent többletet. *Armstrong* a múltbeli sikeres megküzdési módok azonosítására és megosztására helyezi a hangsúlyt, mozgósítva a csoporttagokban egyénileg és közösen már meglévő a megküzdésben és traumakezelésben hasznosítható erőforrásokat. Az így átadott ismeretek tapasztalatok „életszagúak”, szemléletesek lesznek, jobban elfogadhatóak a csoporttagok számára, miközben a csoporttagok felé irányuló egyéni segítségnyújtás gesztusát is hordozzák.

Valamennyi előbb vázolt debriefing eljárás közös jegye egy dinamikai ív: az élményfeltáráson, gondolatok, érzések megosztásán keresztül fokozatosan mélyíti az élményfeldolgozás szintjét, majd a pszichoedukációs szakaszban, a zárás végéig visszahozza a csoporttagokat az „itt és most” állapotáig. Az eljárások célja az érzések és érzelmek leválasztása a történekekről, a szakadozott élményfolyam strukturálása, koherenssé tétele.

Mindegyik módszer alkalmazásának feltétele egy úgynevezett „trauma burok” [3] létrejötte. Ennek jellemzője, hogy a traumában érintettek aktuális arousal szintje norma-

lízálódott, kontaktképesek, a traumatizáló eseményektől már kellő idő-, tér- és érzelmi távolságban vannak ahhoz, hogy dolgozhassanak az élményekkel, ugyanakkor erősen foglalkoztatják őket a történetek, komoly igényt mutatnak a ventillációra és élménymegosztásra [8]. Különösen alkalmas időszak ez az élményekkel való kontrollált és strukturált szembesülésre. A „trauma burrok” jelenléte természetesen a traumatizáló esemény jellegétől és az aktuális egyéni feldolgozás szintjétől is függ: a debriefing levezetését a csoporttagok többségének állapota kell, hogy meghatározza. A tapasztalatok szerint a kritikus esemény utáni 24-72 óra között célszerű időzíteni a pszichológiai tá-

sen végbemenő bűnbakképzési tendenciák megakadályozására ebben a stádiumban már kevés esély nyílik.

Mitchell modell részletesebben

A módszer alapjául szolgáló előzmények (krízispszichológia, sztenderd értékelő eljárások stb.) már több évtizedes múltra tekintettek vissza, amikor *Mitchell* először publikálta az első, már operacionalizált debriefing eljárást, amely máig a legnagyobb hatású, legtöbbet hivatkozott és számos más modell ihletőjeként ismertté vált módszer. A továbbiakban ennek részletesebb tárgyalása következik [4].



1. ábra: Debriefing szakaszok dinamikája a Mitchell modell alapján

Bevezető szakasz

A bevezető szakasz célja a csoportülés formális megindítása, elvárások félelmek tisztázása, a pszichológiai beavatkozás céljával kapcsolatos esetleges előfelvetések, félreértések észlelése, időben történő korrekciója. A csoportülés működéséhez szükséges bizalmi légkör, együttműködés megalapozásának, az esetleges ellenállások felmérésének és kezelésének legfontosabb szakasza.

mogatást. Túl korai beavatkozásnál az élményekkel való szembesülés, azok intenzív jellege miatt szinte agyonnyomja, megbénítja a csoporttagokat, lehetetlenné téve a normális feldolgozás menetét, sőt hosszútávon nem adaptív megküzdési stratégiák megjelenését indukálja (élmények elfojtása, tünetek erőltetett negligálása stb.) A késői debriefinget egy kvázi trauma utáni egyensúlyi állapot erőszakos megbontásaként élhetik meg a személyek, komoly ellenállást mutatva a módszerrel szemben. A saját és másik személy, ill. személyek felelősségével kapcsolatos téves elképzelések kialakulásának megelőzésére, a közösségben esetlege-

Az ülés vezetőjének röviden vázolni kell a debriefing folyamatát, célját, a tréningcsoportok működésénél megszokott szabályokat, amelyek mind a csoporttagokra, mind segítő szakemberre vonatkoznak. Fontos hangsúlyoznia, hogy a csoportülés célja nem a történetek értelmezése, nem a felelősök keresése, megnevezése. Kritikus események feldolgozását elősegítő sztenderd eljárásról van szó: a beavatkozás a helyzetnek és szituációnak szól, nem a viselkedésüknek. Jeleznie kell, hogy a csoportülésnek fontos eleme a történetek rekonstrukciója, de nem katonaszakmai elemzés céljából.

Tényfeltáró szakasz

A szakasz célja az események kronológikus rekonstruálása, az időkeretekhez mérten a lehető legtöbb szempont figyelembevételével. Normál, érzelmileg semleges helyzetben az átélt eseményekre való visszaemlékezés torzító hatásai közismertek: a hiányos, töredékes emléknymok alapján kognitív sémáinkat követve, mintegy újrarekonstruáljuk az eseményeket, számunkra összefüggő, a megjelenő ellentmondásokat, emlékezeti hiátusokat feloldó, saját értelmezésünket a valós eseményekkel nem elkülöníthető módon egybeszőve. Kritikus események esetén a beszűkült kognitív és emocionális állapot ezt a hatást még inkább felerősíti. A történésekre adott eseményközeli és későbbi, reflektív érzelmek összemosódása az egyén számára nehezé teszi saját valós érzelmeinek megismerését, illetve a peritraumatikus stressztünetek meghosszabbításával gátolhatja az események kognitív feldolgozását. Fontos hozadéka lehet ennek a szakasznak a csoporttagok részben eltérő perspektívájából adódó rekonstrukciós különbségeikkel való szembesülés és szembesítés, személyközi konfliktusokat, társas nehezítést, bűnbakképzési, és önvádlati tendenciákat potenciálisan kiváltható félreértések időben történő tisztázása.

Gondolatok szakasza

A szakasz célja a kritikus események során megjelenő gondolatok kifejezése, a csoport többi tagjával való megosztása. A szakasz lehetőséget teremt az egyén és a többi csoporttag számára a kritikus események alatti gondolatok azonosítására, későbbi értelmezésektől történő szétválasztására, a saját és mások viselkedésének mozgatórugóival, motivációs hátterével való szembesülésre.

Érzések szakasza

A szakasz célja az események kiváltotta érzések azonosítása, ventilációja, társakkal való megosztása. A csoport védő, biztonságot nyújtó légköre alapja lehet annak, hogy az egyén mások előtt képes legyen korábbi és aktuális érzéseit verbalizálni. Mások hasonló érzéseivel szembesülés segítséget nyújt az egyénnek annak belátásában, hogy válaszai egy nem normális helyzetre adott normális és természetes reakció, nem emberi gyengeségből fakadó, illetve nem patológias tünet. Ez fontos visszajelzés lehet a traumát átélt személyek számára, akiket nem csak az átélt élmények, de az ezekre adott reakcióik is elbizonytalaníthatnak, aggodalommal tölthetnek el. A csoport támpontot adhat számukra viselkedésük beazonosítására.

Tünetek szakasza

Cél a kritikus esemény során, illetve után átélt distressz különféle tüneteinek azonosítása, többiekkel történő megosztása. Az érzések szakaszához hasonló jelentőséggel és céllal bír.

Ismeretátadás szakasza

Ebben a stádiumban a kritikus eseményekkel, poszttraumás stresszel kapcsolatos alkalmazott ismeretek átadása történik, ezen reakciók normál jellegének hangsúlyozása mellett. Az információátadás a körülményekhez képest rövid és informatív legyen. Fontos, hogy a csoportvezető tájékoztatása ne elrettentő legyen: hangsúlyozza ezek normális és kezelhető voltát.

Zárás, összefoglalás

Cél a csoportülés lezárása, további egyéni, illetve csoportos intervenciók támogatás felé orientálás.

Debriefing katonai alkalmazásával kapcsolatos megfontolások

Mára elmondható, hogy az USA-ban a legtöbb fegyveres és rendvédelmi, katasztrofavédelmi szervnél a kritikus eseménynek kitett munkatársak számára kötelező a debriefingen való részvétel. A debriefing, mint korai krízisintervenció módszer különösen jól alkalmazható katonai szervezetek esetén. Egyrészt ezen szervezetek kultúrájában számtalan elterjedt, sztemderd eljárás van a kiképzések során, vagy kritikus események jelenlétében megmutatkozó viselkedések, teljesítmények csoportos kiértékelésére, kielemezésére és visszajelzésére. (after action review, after action debriefing, critical event debriefing stb.). Másrészt különösen erősen fogalmazódik meg az igény a segítő szakemberek, elsősorban pszichológusok felé, mind a szervezet, mind az érintett katonai vezetők részéről, a kritikus események jelentkezése esetén a gyors és adott körülmények között hatékony beavatkozásra. Az igény kettős: egyrészt az adott alegység katonáinak kritikus esemény kiváltotta tünetredukciója, alkalmazhatóságuk biztosítása, másrészt a vezető döntéstámogatása: információk adása a csapat morális állapotáról, szükséges további lépések megtételéről, veszélyeztetett egyének „kiszűréséről”.

Esetismertetés

A következőkben két ellentétes szakmai kimenetelű eset rövidebb ismertetése következik, amelyek tanulságosan példázzák a megfelelően időzített és szakmailag jól kivitelezett debriefing pozitív eredményeit éppúgy, mint a súlyos következménnyel járó hibák lehetséges okait. Mindkét példa a 90-es évek elejéből származik, az első Öbölháború időszakából.

1. Esetleírás: az egészségügyis és az újjáélesztés

A kritikus esemény 1991. február 28-án történt, az Öbölháború folyamán. A fiatal katona éppen fedezékét ásta, amikor parancsnoka visszarendelte a hátrébb parkoló gépkocsihoz. A katona vállára helyezte a lapátot és megindult hátrafelé, amikor egy korábban földbe fúródott, a talajban nem észrevehető módon elhelyezkedő gyalogsági rakéta robbanófejére lépett. A katona szerencsétlenségére a töltényövéen hordott karabélygránátok a robbanás hatását tovább fokozták: valószínűleg azonnal meghalt.

Az alegységbe néhány hónappal korábban bekerült, kevés tapasztalattal rendelkező két egészségügyi katona azonnal szerencsétlenül járt társuk segítségére sietett: percekig próbálkoztak az újjáélesztéssel, sikertelenül. A később a helyszínre siető egészségügyi csoport gyors kiértékelés után lefújta az újjáélesztést.

Kétnappal később a harctéristresszmentesítő csoport (combat stress control team) tagjait felkérték, hogy az egyik komoly zavar tüneteit mutató egészségügyi katonával foglalkozzanak. A csoport azon javaslatát, hogy ne csak az újjáélesztésben aktívan érintett egészségügyi katonákat, hanem a robbanás és az újjáélesztés valamennyi szemtanúját vonják be a debriefing folyamatába, a katonai vezetés elfogadta és támogatta.

A debriefing során a bevezetés és szabályok tisztázása után rekonstruálták az eseményeket. Az egészségügyi katonák, illetve kocsiparancsnoka is vázolta a robbanás és az újjáélesztés körülményeit. Az elhunyt katona bajtársai kezdetektől kifejezték kétségeiket az egészségügyi katonák szakmai hozzáértésével kapcsolatban, és annak a véleményüknek adtak hangot, hogy talán másképp

is történhetek volna az események. Erre reagálva a szemmel láthatóan felindult állapotban lévő egészségügyi katona a csoport elé kiállva – újra, minden részletre kiterjedően elmagyarázta az újjáélesztés folyamatát. Ez a kétkedő katonákat is meggyőzte arról, hogy a medikus minden tőle szakmailag és emberileg elvárhatót megtett katonatársa megmentésért.

A csoportülésem egy másik téma is megjelent. A bevetés előtt a szabályozók szerint rendkívüli szabadságra mehet az a katona, akinek a felsége szülés előtt áll, vagy éppen újszülött gyermeke van. A halott katona a lehetőség ellenére úgy döntött, hogy a bevetést megelőző napokban is társaival marad. A csapat tagjai szerint a katona jó, bár a történetek fényében balszerencsés döntést hozott.

Katonaszakmai kérdésként szóba került a karabélygránátok kérdése is: senki nem kötelezte a halott katonát ezek viselésére a tűzszünet alatt, ezek robbanása azonban hozzájárult a halálához. A katonák egyetértettek abban, hogy nagyobb figyelmet kellett volna szentelniük a biztonsági megfontolásoknak [3].

Tanulságok

A debriefing a megtörtént események csoportos rekonstrukciója mellett korai szakaszban felszínre hozta és szembesítette a csoporttagokat a bűnbakképzési folyamatokkal, hatékonyan átstrukturálva azokat. Segítette a kritikus eseményekkel kapcsolatos saját szerep megfelelő percepcióját, a csoporttagok észlelésének visszajelzésén keresztül. Elősegítette egyes személyeknek a csoportba történő reintegrációját, a tagok szerepének és „felelősségének” tisztázásával. A beavatkozás mindezekkel közvetve és közvetlenül növelte a csoportkohéziót,

egyéni és csoportos szinten egyaránt támogatva a helyzetben elvárható szintű morál fenntartását. A katonaszakmai tanulságok levonása nem célja, de fontos hozadéka volt a pszichológiai beavatkozásnak.

2. Esetleírás: helikopter baleset

Az „A századot” a Sivatagi Vihar hadművelet előtt a helikoptereken szaúd-arábiai kijelölt gyülekezés pontjára szállították. Az éjszaka folyamán a csapatokat szállító egyik helikopter lezuhant, a fedélzetén lévő 15 emberrel. Az eset után 4 órán belül a helyszínre szállították a segítőket a század túlélő állományának kezelésére. A humán segítő (pszichiáter) információkat adott a stresszel kapcsolatos jelenségekről, várható poszttraumás tünetekről.

A debriefing két órán keresztül tartott. A katonák végig hallgatagok voltak, kábultan, zavartan meredtek maguk elé, mások dühösnek tündek, megint mások szomorú, aggódó kifejezést vágtak és mozdulatlanul ültek.

Miután a segítő távoztak a katonák spontán találkoztak, gyülekeztek körleteikben, dühösek és frusztráltak voltak: úgy érezték a humán segítő nemhogy nem segítettek, de betörték a világukba és fogalmuk sem volt, kikkel van dolguk. „Azt sem tudják, kik vagyunk, mi a feladatunk, és arra sem kíváncsiak, hogy, hogyan érzünk.”

Az alegység tagjainak későbbi nyomon követése sem festett rózsás képet: számos fegyelemsértés, alkohollal összefüggő visszaélés történt az állomány körében az anyasországra való visszatérés után [3].

Tanulságok

A debriefing időzítése túl korai volt: a kritikus eseményben érintettek túl közel vol-

tak időben és érzelmileg a történésekhez: a jövőbeni lehetséges tünetekkel kapcsolatos információk felerősítették aggodalmait, aktuális tüneteik fokozódását okozva. A csoportülést levezető segítők nem találták meg a megfelelő egyensúlyt az élménymegosztás és az információátadás között: kevés teret hagytak a szubjektív benyomások csoportos verbalizációjára. Az elhamarkodott, az információ és ismeretközlésre fókuszáló beavatkozás ellenállást váltott ki, a megfelelő rapport kialakításának lehetőségét megszüntetve. Az eset jól példázza, hogy milyen veszélyekkel jár, ha a debriefing időzítése a trauma burok kialakulása előtt történik. A debriefing korai krízisintervenciós módszer, amely nem nélkülözheti az utánkövetést, a traumában érintettek későbbi monitorozását és szükség esetén további krízisintervenciós lépések megtételét. Ezek elhagyása még szakmailag korrekt módon kivitelezett debriefing esetén is súlyos következményekkel járhat, mint az a fenti eset leírásból kitűnik.

A debriefing alkalmazhatósága missziós körülmények között a Magyar Honvédség keretében

A Magyar Honvédségben feladatot ellátó katonák mind az itthoni, mind a missziós feladatellátás során részesei lehetnek kritikus eseményeknek. Fontos hangsúlyozni, hogy a hazai szolgálatellátás folyamán is megjelenhetnek traumatizáló események, gondoljunk csak az elmúlt évek tűzserész baleseteire, haláleseteire, a szlovák légierő AN26-os gépének Hejce melletti katasztrófájára 2006-ban, ahol roncsok és holttestek összeszedésében magyar katonák is segítettek. A hazai területen történő anyag és személymozgatás, lövészetek, robbantási feladatok, gyakorlatok végrehajtása, árvízvédelmi feladatokban történő részvétel még a munka és balesetvédelmi szabályok betar-

tása mellett is magában hordozza a kritikus, traumatizáló események kialakulásának valószínűségét. A Magyar Honvédség korábbi iraki, illetve jelenlegi afganisztáni szerepvállalása a feladat összetettsége mellett, a biztonsági helyzet instabilitása miatt is számtalan potenciálisan traumatizáló élménynek tette ki a feladatot ellátó katonákat. A teljesség igénye nélkül gondoljunk az Irakban 2003-2004 között szolgáló szállító zászlóalj által elszenvedett halálesetre, az Al-Hillah-i tábor elleni merényletre (mindkettő 2004-ben történt), az afganisztáni MH tartományi Újjáépítés Csoport (PRT) kötelékébe tartozó két tűzserész halálára 2008. nyarán, lázadók által lesállításból végrehajtott támadásra és tűzharcra (2009.05.09.), vagy az öngyilkos merénylő támadására (2009.09.19.).

A fentebb felsorolt valamennyi esetről rövid, csoportos krízisintervenció került végrehajtásra a műveti területen szolgálatot teljesítő pszichológus vezetésével. A visszajelzések mind a résztvevő állomány, mind a vezetés részéről egyöntetűen pozitívak voltak, ami alátámasztja a módszer alkalmazásának jogosultságát. Ellentétben az amerikai gyakorlattal, ahol a krízisintervenciót, debriefinget általában egy segítő szakemberekből (pszichiáter, pszichológus esetleg lelkész) álló harctéri stresszmentesítő csoport (combat stress control team) hajtja végre, az eddigi magyar gyakorlatban, ez a missziós kontingens pszichológusának a feladata. Ez több előnnyel is jár: egyrészt a személyes ismeretség megkönnyíti az állomány intervencióba való bevonását, bevonódását, illetve a későbbi utánkövetést, monitorozást.

A módszer használatával kapcsolatban fontos elem, hogy a missziós kontingens állományát, és vezetését még az itthoni felkészítés szakaszában megismertes-

sék a módszer lényegével, lehetőségeivel és korlátaival. Ennek célja, hogy a később bekövetkező kritikus eseménynél a vezető reális igényeket, elvárásokat tudjon támasztani a pszichológus és a pszichológiai módszerrel szemben, másrészt növelje az állomány együttműködését, csökkentve az esetleges ellenállás lehetőségét.

A debriefing kivitelezésénél a pszichológusnak az előjáró irányában jelentési, illetve csoporttagok felé titoktartási kötelezettségét szakmailag megfontoltan, elővigyázatosan kell összehangolnia. Ezen a területen elkövetett hiba súlyos következményekkel járhat nemcsak az adott pszichológus, de általában a pszichológus-szakma, illetve pszichológiai beavatkozás hitelességének megítélésében.

Az amerikai gyakorlathoz hasonlóan, ahol a fegyveres, rendvédelmi szervezeteknél, katasztrófvédelemben dolgozóknak bármely kritikus esemény után kötelezően kell résztvenniük debriefingen, ez a Magyar Honvédségre is jellemző (bár formálisan még nem szabályozott).

Összegzés

A Magyar Honvédség szövetségi kötelékben, elsősorban NATO tagságából adódóan az utóbbi években egyre hangsúlyosabban vállal részt olyan feladatokban, amelyek komoly biztonsági kockázatokkal járnak a végrehajtó állományra nézve. A szervezeti működésből, feladatvégzésből fakadó stresszorok mellett, a saját és bajtársak testi épségét, életét veszélyeztető stresszoroknak egyre fokozottabban vannak kitéve katonáink. A missziós pszichológus komoly támogatást tud nyújtani ezen kritikus ese-

ményekkel kapcsolatos stressz kezelésében. Ehhez azonban olyan eszköztárra van szüksége, szakmai tapasztalata mellett, mely adott helyzetben adekvát segítségnyújtást tesz lehetővé. Az angolszász hadseregekben évtizedes múltra visszatekintő pszichológiai debriefing módszer méltán válhat részévé a magyar katonapszichológusok „fegyvertárának”.

IRODALOM

- [1] Baldsoe, B.: CSIM: Possible liability for EMS Services. www.bryanbledsoe.com/data/pdf/cism_debunk.pdf, 2009, 2-3p.
- [2] Davis, J. A.: Critical event stress debriefing (Powerful event group support), http://coolcalvary.com/chaplaincy/documents/Chapter4_CriticalIncidentStressDebriefing.pdf, 2009, 1-13p.
- [3] Koshes, R. J., Young, S. A., Stokes, J. W.: Debriefing following combat. <http://www.globalsecurity.org/military/library/report/1995/wp/Ch11.pdf>, 2009, 3-20 p.
- [4] Mitchell, J. T.: Stress management. <http://www.sgsp.edu.pl/sos/mitchel/wyklady/stress.pdf>, 2009, 1-9 p.
- [5] Mirzanam, S. M.: PTSD and psychological debriefing. <http://diglib.tums.ac.ir/pub/magmg/pdf/3518.pdf>, 2009, 1-5 p.
- [6] Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S.: Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (review), http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uid=1B299392-7E96-C67F-D4A092C173979F33&ext=pdf, 2009, 3-6 p.
- [7] Rynders, G. L.: Critical Incident Debriefing: A study on its effectiveness. www.usfa.dhs.gov/pdf/efop/efo27917.PDF, 2009, 12-25 p.
- [8] Solomon, R. M., Macy, R.: Critical Incident Stress Management. http://efap.torontopolice.on.ca/pdf/dr_solomon.pdf, 2009, 3-12 p.

1st.Lt. N. Markolt psychologist**Debriefing: Introducing a crisis intervention method and it's possible applications in Hungarian Defence Forces**

Introducing a crisis intervention method, and it's possible applications in Hungarian Defence Forces the more important and complex participation of the Hungarian Army in Afganistan's stabilization means new challenges not just for logistic support, and military preparation but for our mental health professionals as well.

As the safety situation declines, the prompt and effective management of critical incident stress becomes more and more relevant part of the psychological support system in the operational theatre.

Having developed in the 80's, psychological debriefing methods are commonly used in military, security and emergency organization since the 90's, debriefing is a standard, reliable method managing peri- and posttraumatological stress symptoms.

Beside the short review of development and characteristics of the debriefing models, the study presents in detail the most popular one: the *Mitchell* model, having inspired the forming of other models. The article explores the possible military applications, and with the illustration of case studies shows the possible difficulties based on the improper use of the technique.

Keywords: critical incident stress, Mitchell-model, debriefing models

*Markolt Norbert p.fhdgy.
1553 Budapest, Pf. 1.*

Szerzőink figyelmébe!

Az utóbbi években Szerzőink, különböző szerkesztési elvek szerint összeállított formában küldik be közleményeiket.

Ezen belül külön problémát jelent a nem megfelelő minőségű, számítógépen elkészített ábrák és szövegek nem reprodukálható feldolgozása. Az egységes kivitelezés érdekében kérjük a közlemény összeállításakor az alábbiak figyelembe vételét:

- **Munkahely megnevezése,**
- **A dolgozat címe,**
- **Szerző(k) neve** (katonai és tudományos fokozat megjelölésével),
- **Kulcsszavak** (a közlemény lényeges fogalmait, új megállapításait tükrözze),
- **Összefoglalás** (a dolgozat érdemi részének összefoglalása – magyar és angol nyelven),
- **Közlemény,**
- **Irodalom** (számozott, külön sorokban történő felsorolás, szerző(k) ABC sorrendben a folyóirat kötetszám, oldalszám feltüntetésével, illetve könyv idézésekor – évszám és a kiadó megnevezését is kérjük).

ANYAG LEADÁSA

Formátum: DOC, XLS

- A szöveg korrektúrázott legyen
- Csak fekete szöveget tartalmazzon
- Szövegnél aláhúzást ne alkalmazzanak (helyette: dőlt, félkövér stb.)
- A képeket csak tájékoztató jelleggel helyezzék be, mert nem másolhatók (szín, minőségromlást von maga után)
- A táblázatoknál kérjük vegyék figyelembe
 - a hasáb szélessége 62 mm
 - az oldal szélessége 130 mm
 - az oldal magassága 205 mm

Formátum: JPG, TIF, EPS

- A képek ne legyenek 300 dpi felbontásnál kisebb méretűek
- Ha ábrát tartalmaz a **szöveget javítani** nem tudjuk
- A színes képek CMYK vagy RGB színrendszerben legyenek
- A képek méreténél vegyék figyelembe (nagyítás minőségromlást von maga után)
 - a hasáb szélessége 62 mm
 - az oldal szélessége 130 mm

Egyéb tudnivalók minden formátumnál:

A fájlnevek ne tartalmazzanak ékezetet, max. 12 karakteresek legyenek és utaljanak az anyag címére. A vonalak vastagsága min. 0,25 pt legyen.

A dolgozat végén kérjük feltüntetni az első szerző postai címét a különlenyomat küldés megkönnyítése céljából.

E szerkesztési elvek betartása mind az átfutási időt, mind a szerkesztési munkát meggyorsítja lapunk számára.

