

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA
ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA PROGRAM

A MAGYARORSZÁGI KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓT
VÉGZŐ BEAVATKOZÓ ÁLLOMÁNY KOGNITÍV, ÉRZELMI
SAJÁTOSSÁGAI ÉS AZOK ÖSSZEFÜGGÉSEI

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS
SEBESTYÉN ÁRPÁD

TÉMAVEZETŐK:

DR. HABIL. RÉVÉSZ GYÖRGY CÍMZETES EGYETEMI TANÁR
DR. DEÁK ANITA EGYETEMI ADJUNKTUS



KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A doktori értekezés készítője szeretné háláját és köszönetét kifejezni az alábbi személyeknek, akiknek támogatása, önzetlen segítsége nélkül a doktori disszertáció sokkal nehezebben készülhetett volna el:

Dr. habil. Révész Györgynek, címzetes egyetemi tanárnak, témavezetőmnek, aki a fokozatszerzés teljes időtartama alatt, lankadatlan energiájával, emberi-szakmai támogatásával, a pszichológia szakterületein átívelő, szintetizáló tudásával mindvégig segítette a téma feldolgozását, rugalmasan, megértően állva a felmerülő problémákhoz, a szerzői motiváció olykori lankadásához,

Dr. Deák Anitának, egyetemi adjunktusnak, témavezetőmnek, aki a doktori iskola elvégzésének ötletétől kezdve, a témaválasztás pontosításán, a célnak leginkább megfelelő kérdőívek kiválasztásának segítségével, a statisztikai elemzések irányának támogató észrevételezésén át, az eredmények szóbeli megvitatásán és tisztázásán keresztül mindvégig támogatólag és serkentőleg állt a szerző rendelkezésére, megosztva vele szakmai meglátásait, emberi szempontjait, tanácsait, *Flach Richárdnak*, a tesztadatok többségének önzetlenül történő adatbázisba rögzítéséért, *fűnknek*, *Balázsnak*, a munka szerkesztéséért, tördeléséért, végső formába öntéséért, a nyomdai előkészítéséért,

feleségemnek, *Zsuzsának* az inspirációért, a mindenkor tapasztalt szakmai-emberi támogatásáért, biztatásáért,

Markó Évának, doktorandusz kolléganőmnek, a kérdőíves adatok egy részének helyszíni felvételéért,

Velösy Anitának és Horváth Juditnak, a Pszichológiai Doktori Iskola és a BTK Doktori Iskolák szakértő ügyvivőinek önzetlen, támogató hozzáállásukért,

dr. Polgár Miklósnak a Baranya Megyei Katasztrófavédelmi Igazgatóság jogászának a kérdőíves kutatás feltételeinek biztosításában nyújtott önzetlen segítségéért,

Mácsai Antalnak, tűzoltó ezredesnek, a Baranya Megyei Katasztrófavédelmi Igazgatóság igazgatójának,

Kovács Péternek, a BM OKF vezető pszichológusának, szakmai támogatásáért,

Zsidó Andrásnak és Csókási Krisztinának, az általuk megalkotott Vészhelyzeti Reakció Kérdőív használatának lehetővé tételéért,

Dr. Unoka Zsoltnak, egyetemi docensnek, a Young Séma Kérdőív használatának önzetlen engedélyezéséért,

Inhóf Orsolyának, egyes statisztikai előelemzések elvégzéséért

TARTALOMJEGYZÉK

1.	BEVEZETÉS	6
2.	A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓS TEVÉKENYSÉG ELMÉLETI HÁTTERE	9
2.1.	ALAPFOGALMAK ÉS DEFINÍCIÓK	9
2.2.	A KRÍZISHELYZETBEN ALKALMAZOTT INTERVENCIÓ VÁZLATOS NEMZETKÖZI ELŐZMÉNYEI, SZEMELVÉNYES MAGYARORSZÁGI TÖRTÉNETE	14
2.3.	VESZÉLYHELYZETI KRÍZISBEN LÉVŐ SZEMÉLYEK MENTÁLIS, ÉRZELMI, VISELKEDÉSBELI TŰNETEI	17
2.4.	A KATASZTRÓFA- ÉS VESZÉLYHELYZETEKBEN MEGÉLT TRAUMA, VESZTESÉG, FÁJDALOM ÉS AZ AZZAL VALÓ MEGKÜZDÉS FOLYAMATA – FÁZISOK, SZAKASZOK	18
2.5.	A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓS ELLÁTÁS FOLYAMATA, SZAKASZAI	21
2.5.1.	Előkészületi, készenléti fázis.....	21
2.5.2.	A riasztás és jellegzetességei	22
2.5.3.	A helyszínre vonulás	22
2.5.4.	Az alkalmazás, a beavatkozás.....	23
2.5.5.	Levonulás, a helyszín elhagyása, az alkalmazás befejezése	24
2.5.6.	Az alkalmazás szakmai lezárása	24
2.6.	A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓ JELLEGZETESSÉGEI, A VESZTESÉG MEGÉLÉSE KOROSZTÁLYOK, NEMEK SZERINT	25
2.6.1.	Gyermekek	25
2.6.2.	Felnőttek	26
2.7.	A SÉRÜLTEK, FOGYATÉKKAL ÉLŐK ÉS KRÓNIKUS BETEGSÉGBEN SZENVEDŐK VESZÉLYHELYZETBEN VALÓ ELLÁTÁSA	27
2.8.	A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓ KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA.....	28
2.9.	A RENDKÍVÜLI HELYZETBEN VÉGZENDŐ KRÍZISINTERVENCIÓS TEVÉKENYSÉG EGY ALKALMAZOTT, GYAKORLATI PÉLDÁJA.....	29
3.	A KUTATÁS ELMÉLETI ELŐZMÉNYEI	32
4.	A VIZSGÁLATOK	44
4.1.	A VIZSGÁLATOK CÉLJA.....	44
4.2.	A VIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE	45
4.3.	A VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK, MINTAVÉTEL.....	45
4.4.	AZ ALKALMAZOTT VIZSGÁLATI MÉRŐESZKÖZÖK	47
4.4.1.	Kognitív Érzelem-Regulációs Kérdőív (CERQ).....	48
4.4.2.	Young-féle Séma Kérdőív (YSQ-FV)	49
4.4.3.	Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőív (CISS-48).....	52
4.4.4.	Vészhelyzeti Reakció Kérdőív (VRK).....	53
4.5.	A VIZSGÁLATOK HIPOTÉZISEI	55
5.	A VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI	58
5.1.	ELSŐ VIZSGÁLAT	58
5.1.1.	Demográfiai jellemzők.....	58
5.1.2.	Kérdőíveken kapott eredmények ismertetése a négy almintára vonatkozásában.....	62
5.2.	MÁSODIK VIZSGÁLAT	78
5.2.1.	Az életkor és a munkatapasztalat kérdőívekkel való összefüggései és az alsókálák interkorrelációi.....	79

5.2.2.	A kutatásban használt négy kérdőív alszámainak egymás közötti együttjárásai	85
5.2.3.	A regresszióelemzés során kapott eredmények	93
5.2.4.	A hivatást jellemző kifejezések minőségi elemzése	95
6.	AZ EREDMÉNYEK MEGVITATÁSA.....	99
6.1.	AZ I. VIZSGÁLAT EREDMÉNYEINEK MEGVITATÁSA ÉS HIPOTÉZISEKKEL VALÓ ÖSSZEVETÉSE..	99
6.2.	A II. VIZSGÁLAT EREDMÉNYEINEK ELEMZÉSE ÉS A HIPOTÉZISEK ELLENŐRZÉSE	100
7.	AZ EREDMÉNYEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA, ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS.....	106
7.1.	A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCÍÓT VÉGZŐ SZEMÉLYEK ÁLTAL KAPOTT EREDMÉNYEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA MÁS MINTÁK ADATAIVAL.....	106
7.1.1.	A Young Séma Kérdőív adatainak összehasonlítása más kutatások adataival	106
7.1.2.	A CERQ kérdőív adatainak összehasonlítása mások által kapott eredményekkel	106
7.1.3.	CISS48 kérdőíven kapott eredmények összehasonlítása más minták adataival	107
7.1.4.	A Veszélyhelyzeti Reakció kérdőív eredményeinek összehasonlítása más eredményekkel	108
7.2.	A REGRESSZIÓELEMZÉS ADATAINAK BEILLESZTÉSE A SZAKIRODALOM ÁLTAL VÁZOLT EREDMÉNYEKBE.....	109
7.3.	SZÉLESEBB ÍVŰ, ÁTFOGÓBB ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS	110
7.4.	AZ EREDMÉNYEK ALKALMAZHATÓSÁGA.....	115
7.5.	A DISSZERTÁCIÓ KORLÁTAI	117
7.6.	KITEKINTÉS.....	119
8.	IRODALOMJEGYZÉK	122
9.	A SZERZŐNEK A TÉMÁHOZ KÖTŐDŐ PUBLIKÁCIÓI ÉS ELŐADÁSAI IDŐRENDI SORRENDENBEN	132
10.	EREDETISÉGNYILATKOZAT.....	135
11.	MELLÉKLETEK.....	136
11.1.	KÉRDŐÍVEK	136
11.1.1.	Demográfiai adatok	136
11.1.2.	CERQ.....	137
11.1.3.	CISS48	138
11.1.4.	VRK	140
11.1.5.	YSC.....	141
11.2.	A KUTATÁS ETIKAI ENGEDÉLYE	147
11.3.	A KOGNITÍV ÉRZELEM-REGULÁCIÓS KÉRDŐÍV SOKSZOROSÍTÁSI, HASZNÁLATI ENGEDÉLYE...	148

Mottó:

„Akadnak az életben olyan traumatikus helyzetek, amelyek képesek kioltani az akaraterőt, és látszólag teljesen irracionális, esztelen viselkedésformákba hajszolni az addig normálisan funkcionáló egyént.”

(Walter Mischel, amerikai pszichológus)

„Ne pazarold el a lehetőséget, amit egy jó kis válság a kezébe ad!”

(Winston Churchill)

1. BEVEZETÉS

Az irodalom eszköztárával nehéz szemléletesebben leírni a krízis, a veszteség és az azzal járó megélések egy részét, mint azt Radnóti Miklós teszi ismert költeményében, az Erőltetett menetben:

Bolond, ki földre rogyván fölkél és újra lépked,
s vándorló fájdalomként mozdít bokát és térdet,
de mégis útnak indul, mint akit szárny emel,
s hiába hívja árok, maradni úgyse mer,
s ha kérdezed miért nem? még visszaszól talán,
hogyan várja őt az asszony s egybőlcsőbb, szép halál.
Pedig bolond a jámbor, mert ott az otthonok
fölött régóta már csak a perzselt szél forog,
hanyattfeküdt a házfal, eltört a szilvafa,
és félelemtől bolyhos a honni éjszaka.

Ó, hogyha hinni tudnám: nemcsak szívemben hordom
mindazt, mit érdemes még, s van visszatérni otthon;
ha volna még! s mint egykor a régi hűs verandán
a béke méhe zöngne, míg hűl a szilvalekvár,
s nyárvégi csönd napozna az álmos kerteken,
a lomb között gyümölcsök ringnának meztelen,
és Fanni várna szőkén a rőt sövény előtt,
s árnyékot írna lassan a lassú délelőtt,-
de hisz lehet talán még! a hold ma oly kerek!
Ne menj tovább, barátom, kiálts rám! s fölkelek!

A téma szakmai jellegzetességeit szintézisben tárgyaló hazai, összefoglaló alapmunka, a Krízislélektan (Hajduska, 2008) leírja, hogy a tudományos feldolgozottság szintjén több sajátos krízishelyzetet ismerünk, mint például az életszakasz-váltások miatti krízisek, súlyos betegség krízise, teljesítmény- és karrierkrízis, válási krízis stb. de a katasztrófa-krízishelyzet - elsősorban annak intenzitása miatt egyik típusba sem illeszthető. A katasztrófa-helyzetek halmozott és sűrített krízisek, amelyekben embercsoportot, gazdasági- és környezeti károkat érintő szélsőséges, az életet, a testi épséget is veszélyeztető helyzetet értünk. A vészhelyzetek, katasztrófák jellemzője a nagymértékű pusztítás, amely számos veszteséget okoz, ezáltal az emberi természetes biztonságérzetet, kognitív-érzelmi integritást is veszélyezteti. A témával való foglalkozásnak további jelentőséget ad Mishra, Kumar Hassini (2018) hivatkozása a Nemzetközi Katasztrófa-kutató Adatbázis Központra (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, CRED), amelynek veszélyhelyzetek kialakulását elemző adatai szerint 11374 ilyen esemény történt 2000 és 2016 között. Ez átlagban 710 katasztrófát jelent a világon évente, ami napi majdnem két ilyen borzasztó esemény megtörténtét jelenti. Az intézmény összesített ismeretanyaga nem szabadon hozzáférhető, de a részadatok alapján kizárólag 2021. február első hetéig már 74 természeti katasztrófát (pl. hatalmas szélviharok, áradások) és 60 ipari jellegű katasztrófát jegyeztek fel (pl. közlekedési balesetek, nagy tüzesetek).

Az ilyen veszélyhelyzetek akut lélektani kezelésének alkalmazott módszerei a pszichoszociális segítségnyújtás (PSS) (Deák, 2016) és a pszichológiai elsősegély (WHO, 2012). A katasztrófa-krízisintervenció szakemberek által végzett beavatkozás, amelynek célja az eseményt megélt és átélt áldozatok, hozzátartozóik, szemtanúk és a beavatkozó állomány tagjai – a rendkívüli helyzet következtében beállt – lelki megterhelésének, szenvedésének csökkentése, rugalmas megküzdési képességük támogatása, ezáltal a krónikus lelki-mentális problémák kialakulásának megakadályozása (Sebestyén, Kovács, 2020)

A katasztrófa-krízishelyzet elhárításában, kezelésében részt vevő hivatásos segítők (Magyarországon, ezek a rendvédelmi szervek, tűzoltóság, katasztrófavédelem, honvédség, rendőrség szakemberei) és az önkéntesek – együttes nevükön, a beavatkozó állomány - tevékenységük végzése közben olyan, fokozott érzelmi, kognitív és megküzdési stratégiát érintő behatásokkal szembesülnek (Hornyacsek, 2012, Lee, Park és Sim, 2018), amelyekre adott reakcióik törvényszerűségeivel a tudományos kutatás nem elégséges mértékben foglalkozik. A katasztrófa-krízisintervenció során a beavatkozó

állomány érzelemszabályozási és a helyzettel való megküzdési folyamatainak vizsgálata, a stresszel, nyomasztó élményekkel való megküzdési stratégiájának feltárása, a személyiségjegyek és struktúrák döntéseket jelentősen befolyásoló azonosítása, és ezen eredményeken keresztül, közvetve a kiégés jelentkezési ismérveinek elemzése szükséges és fontos feladat.

Magyarországon eddig nem került sor az elvégzett mértékű, komplex, a vészhelyzeti beavatkozó állomány személyiségjegyeit, az élményekkel, az élethelyzettel kapcsolatos megküzdési stratégiájának jellemzőit, a döntésképeségének ismérveit elemző komplex vizsgálatra. Különösen igaz ez a hivatásos beavatkozó állomány és az önkéntesek összehasonlítására. Kutatásunk tehát hiánypótló e tekintetben.

A kutatás elsődleges célja az alkalmazott pszichológia szempontjából a vizsgált beavatkozó állomány tagjainak megküzdési, érzelemszabályozási és vészhelyzet észlelési, megélési jellegzetességeinek megállapítása. Másodlagos cél pedig a kapott eredmények gyakorlatban való hasznosítása úgy, mint a stressz (distressz) hatékonyabb kezelésének lehetőségei, a célravezető megküzdési módok irányainak meghatározása, a döntésképeség javítása, a munkában kialakult érzelmi blokkok oldása, a tevékenység minőségének észlelési-értékelési javítása. A kutatás harmadlagos célja továbbá a hivatásos beavatkozó állomány specifikumainak, az önkéntes segítőkével és katasztrófa-krízisintervenciót nem végző egyetemi hallgatókból álló mintával való összehasonlítása. Mindezt nem a hivatásos segítők hiányosságainak, esetleges negatívumainak kiemelésével, hanem kizárólag a tevékenység végzésének pszichológiai támogatása fókuszával tesszük.

A katasztrófa-krízisintervenció definíciójának további pontosítása szintén fontos célkitűzése e munkának, tekintettel az ezen alkalmazott pszichológiai ismeretekre épülő tevékenységet meghatározó, még 2021-ben is tapasztalható fogalmi pontatlanságokra, értelmezési átfedésekre, a tudományos publikálási kritériumok meghatározta munkákban is.

2. A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓS TEVÉKENYSÉG ELMÉLETI HÁTTERE

2.1. ALAPFOGALMAK ÉS DEFINÍCIÓK

A **katasztrófa** (görög eredetű szó, jelentése hétköznapi értelemben: rendkívüli méretű csapás (Bakos, 1974), megrázó váratlan esemény, fordulat) olyan élethelyzet, kialakult természeti-, vagy társadalmi állapot, amely veszélyezteti az emberi biztonságot, életet, az anyagi javakat, a szociális- és akár társadalmi rendet. A katasztrófa minősítését nem kizárólag az érintettek száma határozza meg, mint azt elsőre gondolnánk, hanem az előállt helyzet súlyossága, a pusztítás mértéke.

A **krízis** görög-latin eredetű kifejezés, jelentése a köznyelvben „válság” (Bakos, 1974). A téma vonatkozásában olyan kritikus veszélyhelyzetet jelent az életben, amely az ember életvitelét, vagy egészében a sorsát befolyásolja, kockázatot jelent testi-lelki integritására. Ez az élethelyzet, a személyt olyan döntés elé állítja, amely az eddigiekhez képest új látásmódot, új problémakezelő eszköztárat, új megoldási stratégiákat követel, mert a megszokottak már nem kielégítőek, nem eredményesek. Az új megoldások, megküzdési módok lehetősége miatt a krízis egyébként akár fordulatként is értelmezhető, amely nem egyértelműen negatív jelentéssel bír a személy számára. A pszichológiatörténetben Lindemann a gyászreakción keresztül, közvetve már meghatározta ugyan a krízis tüneteit 1944-ben, a pszichológiai krízis fogalmát a szakirodalomba azonban Caplan (1964) vezette be. Szerinte a krízis olyan pszichológiai egyensúlyvesztés, amelyben a kialakuló, jelentkező veszélyeket a személy sem leküzdeni, sem megoldani nem tudja. A krízis egy bizonyos időtartamú válsághelyzet vagy pszichológiai kiegyensúlyozatlanság a személynél, aki ez alatt olyan veszélyes tényezőkkel kénytelen szembenézni, amelyek számára fontos problémát képeznek, ám ezeket sem elkerülni, sem kielégítően megoldani nem képes szokásos problémamegoldó eszköztárával, képességeivel. Bármilyen hirtelen bekövetkező és intenzív változás – függetlenül attól, hogy a helyzet romlását vagy javulását idézi elő –, válsághelyzethez vezet, ami arra készteti a személyt, hogy újraértékelje a cselekvési módozatait és gondolkodási sémáit.

A pszichológia sokfajta krízishelyzetet ismer, mint például a válási krízis, a súlyos betegség krízise, a munkanélküliség krízise, az öngyilkossághoz vezető lelkiállapot krízise. A katasztrófa, mint halmozott és sűrített krízis (Hajduska, 2008) tehát csak egy ezen helyzetek közül, amelynek azonban – ahogyan a többinek is - saját jellegzetességei

vannak, így a katasztrófa krízis-intervenció is különbözik más, hasonló gyökerű beavatkozástól, segítségnyújtástól.

A katasztrófa mindenkori velejárója a veszteség, az pedig traumatizál. A **pszichés trauma** az ember lelki egyensúlyát, személyes egységét, magát a lényét veszélyeztető történés, esemény, de lehet folyamat is. Tulajdonképpen pszichés sérülés, amely olyankor történik meg, amikor a valaminek hatására megélt fájdalom, veszteségélmény olyan intenzitású, amit a szokásos pszichés működésünkkel már nem tudunk kezelni. Mértékük meghaladja az egyén mindennapi alkalmazkodási képességét, ezért a személy a történésre adott megoldási, megküzdési próbálkozásai hatástalanok.

A pszichés traumák során a traumatizált személy lelki, de akár testi integritásának fenyegetettségét éli át, közvetlenül kerül szembe az erőszakkal, a halállal, vagy más számára borzasztó eseménnyel, melynek során intenzív félelmet, rettegést, kiszolgáltatottságot, kontrollvesztést és a megsemmisülés fenyegetettségének érzését éli át. Később jelentkezhetnek emlékbetörések, sőt fizikai tünetek, amik, habár a helyzetre adott reakcióként akkor és ott normálisnak minősülnek, mégis okozhatnak jelentős pszichés megtorpanást.

A trauma ismétlődhet, és az ismételt megélésétől való félelem a pszichés krízis egyik fontos elemévé válhat (Kézdi, 1986). Ez az egyik összefüggése a két jelenségnek.

Herman (2011) traumából, krízisből való felépülési folyamatát szem előtt tartva, a következő szakaszokat, lépéseket különbözteti meg: 1. a biztonság megteremtését, 2. a gyászfolyamatot és emlékezést, 3. az életbe való visszaintegrálódást. A katasztrófa-krízisintervenció szintjén, illetve pszichológiai módszerei, a PFA (Psychological First Aid), a lelki elsősegély, vagy a CISM (Critical Incident Stress Management), azaz a rendkívüli, kritikus esemény stresszkezelése esetén is a biztonságérzet megteremtése az elsődleges cél. A gyász és a „normális” élet „újraindítása” már inkább pszichoterápiás folyamat (bővebben lsd. Láng, 2015).

Habár nem közvetlenül kapcsolódik a kutatási témánkhoz, de fontos fogalom a veszélyhelyzeti kríziskezelést végző személyek kapcsán a **poszttraumás stressz-zavar**. A szakirodalom tanúsága szerint is, e jelenségnek a segítőkre gyakorolt hatása a leginkább kutatott téma e területen. A pszichés trauma következtében megjelenő tünetegyüttes 1980-ban vált hivatalosan is diagnosztikai elemmé. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság akkor vezette be a DSM-be a poszttraumás stressz-zavart (PTSD),

habár a jelenséget, a traumán keresztül még Freud, Charcot és Janet kezdték kutatni a XIX. század végén, a fizikai okokra nem visszavezethető bénulások, az érzékelési kiesések, az amnézia jelenségeinek feltárása közben.

Tringer (1999) a poszttraumás stressz-zavart olyan szélsőséges testi-lelki megrázkódtatás okozta pszichés traumák következtében kialakuló állapotnak, kórképnek nevezi, amelyben elsősorban nem a fizikai, hanem a pszichés és szociális tünetek jellemzők. A PTSD-re az elszennvedett traumával kapcsolatos feldolgozatlan élményekből fakadó tünetek jellemzők. A legjellemzőbbek között említhetjük a trauma újra és újra átélését kognitív és érzelmi szinten, illetve a félelmet az esemény újra bekövetkezésétől. Moussong-Kovács és Zámboi (2001) A Pszichiátria magyar kézikönyve című kötet stressz-zavarokról szóló fejezetében, ezen tüneteknek a traumával kapcsolatos időbeli összefüggése kapcsán ismerteti, hogy a lelki megrázkódtatást megélt személyeknél a PTSD-t megelőzi az akut stresszreakció. Az esemény utáni első négy hétben jelentkező tüneteket foglalja magában. A heveny, akut fázist követi maga a poszttraumás stressz-zavar tünetegyüttese, amelynek előfordulása időben nagy változatosságot mutathat. Jelentkezhet az első hónap után, de előfordul, hogy három, sőt hat hónap után, vagy még később válnak láthatóvá a tünetek. A PTSD alkalmazkodási zavarokat is magában foglalhat, de előfordulhat, hogy ezek önálló tünetegyüttesként jelentkeznek hat hónap vagy több idő elteltével, és a BNO osztályozás kiemeli a személyiség tartós változását, mint külön kórformát, ami az idő elteltével rögzült személyiségzavarként jellemzi a személyt trauma megélése után.

Amennyiben az egyénnek sikerül a traumatikus élmény személyiségre gyakorolt negatív hatásait leküzdenie, sőt a maga rugalmas megküzdési módjai alapján átformálnia, azaz a lelki megrázkódtatás következményeiből tanulva, erősödve, a folyamatot fejlődéseként megélnie, akkor poszttraumás növekedésről beszélhetünk (PTG, posttraumatic grow).

Ahogy ismertettük a PTSD fogalmát, habár a jelenséget nem vizsgáljuk közvetlenül a kutatásban, így a krízisintervencióval kapcsolatban fontos röviden ismertetni a **stressz** és az abból időnként kialakuló akut **stresszreakció** meghatározását is, hiszen e tevékenység célja többek között ez utóbbi jelenség hatásainak tompítása, kezelése. A stressz (Selye, 1936, 1956, 1964), olyan inger, hatás, tágabb értelemben történés, ami amennyiben intenzív, túl nagy testi-lelki terhet jelent a személyre. Különösen igaz ez, ha halmozott ingerekről van szó. Amennyiben ezek az ingerek meghaladják a személy stressztűrő képességét, akkor e hatások a szakirodalmi hivatkozások szerint 5 és 65% közötti

prevalenciával, előfordulási aránnyal (Ophuis, Olij, Polinder és Haagsma, 2018) akut stresszreakciót, vagy más néven stresszavart (DSM-V, 2013) eredményeznek. Ahogyan Tringer (1999) fogalmaz, az akut stresszreakció kifejezett lelki vagy fizikai stresszre adott testi-vegetatív, kognitív, érzelmi, viselkedésbeli válaszegyüttes (pl. katasztrófák, balesetek, erőszak elszenvedése stb. esetén), amely állapotot krízisreakciónak, de akár krízisállapotnak is nevezzük. Ennek a krízisintervenciós tevékenység hatékonysága szempontjából egyik fontos jelenségnek a tüneteit, jellegzetességeit, a megélés fázisait, szakaszait külön alfejezetben ismertetjük (lásd 2.4 alfejezet).

Ami a **katasztrófa-krízisintervenció** tevékenységének definícióját illeti a mai napig nincs a nemzetközi szakirodalomban egységes változat. Ehrenreich (2001) a téma egyik alapművében a krízis-intervenciót (annak technikáját) olyan eszközkészletnek véli, amely alkalmazásával segítjük a krízisben lévő személyt, a krízishelyzet feletti ellenőrzése elérésében

Mitchell (2016) a Stress in Emergency Personnel című könyvfejezetében, amely kizárólag a veszélyhelyzeti beavatkozó állomány jellegzetességeivel foglalkozik a krízisintervenció definícióját úgy határozza meg, mint ideiglenes, aktív támogató jelenlét egy egyén vagy csoport életében különösen nagy distressz esetén. Célja a feszültségcsökkentés, a megküzdés támogatása és a rászorulóknak nyújtandó további segítségnyújtás.

Ennél átfogóbb szemlélet alapjain nyugszik az a meghatározás - ahogyan a bevezetésben utaltunk rá - amely szerint a katasztrófahelyzetben alkalmazott pszichoszociális-krízisintervenció olyan módszer, amelynek célja az eseményt megélt és átélt áldozatok, szemtanúk, hozzátartozók és a beavatkozó állomány tagjai - a rendkívüli helyzet következtében beállt - elsősorban lelki megterhelésének, szenvedésének csökkentése, a helyzet okozta krízissel való rugalmas megküzdésének elősegítése, ezáltal a krónikus lelki-mentális problémák kialakulásának megakadályozása (Sebestyén és Lénárt, 2012; Sebestyén és Kovács, 2020).

A katasztrófa krízis-intervenció tehát a lelki elsősegély (angolul: Psychological First Aid, PFA, magyarul LES) (WHO, 2011) mellett, további és/vagy más jellegű tudástár alkalmazását is szükségessé teszi.

A kutatás témájának megvilágításához használt mérőeszközök által feltérképezésre került Young-féle sématartományok, az érzelemszabályozás, a megküzdési módok, a vészhelyzeti reakciók részletes vonatkozásait a használt eszközök ismertetése és szerzőik

szemlélete alapján tárgyaljuk szerteágazóan a 4.4 fejezetben. Ugyanakkor a fogalmak alapmeghatározása e fejezetben szerencsés:

Habár a **kognitív séma** fogalmát Frederic Bartlett (1932) már a XX. század harmadik évtizedében használta, a youngi értelemben csak az 1990-es években került a szakmai köztudatba (Young, 1990). A személyiség reakcióit, megéléseit meghatározó séma olyan kognitív-érzelmi struktúrát jelent, amely a személy által megélt hatásokat a rá jellemző módon szűri meg és értékeli (Beck, 1964). Beck meghatározását alapul véve Young a kisgyermekkori megélésekre, tapasztalatokra alapozva alakította ki a **korai maladaptív sémarendszerét**, mint a felnőttkori viselkedést is meghatározó struktúrákat. Ezek a korai, alapvető gyermeki szükségletek kielégítetlensége folytán alakulnak ki a személyiségben. Az **érzelemszabályozás** Thomson (1994) és Gross (1998) meghatározásait alapul véve egy olyan folyamat, amely segítségével a személy befolyásolni próbálja érzelmi megjelenésének módját, idejét, formáját és kifejezési lehetőségeit. Történhet egyénen belüli folyamatként, de a személyközi kapcsolatok interakciója során is. Lehet tudatos és tudattalan.

Kutatásunk harmadik mért aspektusával, a **megküzdés** meghatározásával kapcsolatban elmondható, hogy a szakirodalomban legtöbbet idézett Lazarus-Folkman-féle definíció (1984) szerint minden erőfeszítés megküzdésnek tekinthető, amellyel a személy a külső és/vagy belső hatásokat próbálja kezelni egy cél érdekében. Fontos ismérve a megküzdésnek, hogy olyan ingereket próbál semlegesíteni, amelyeket a személyek úgy értékelnek, hogy azok felülmúlják aktuálisan tudatosult képességeiket, erőforrásaikat.

Oláh Attila (2005) átfogó meghatározásában a megküzdés az alkalmazkodást segítő tudatos erőfeszítés a viselkedés, testi-lelki funkciók, illetve a környezet szabályozására, az egyén által intenzív stresszként észlelt, nem megszokott, váratlan körülmények esetén. A jelenségnek több szintje észlelhető. Biológiai, pszichés (kognitív, érzelmi, viselkedéses) a társas környezetet érintő, de akár spirituális feladat is. A megküzdési folyamat a szervezet és a személyiség ezen működési szintjeinek összhangját igényli olyan (váratlan, rendkívüli) helyzetben vagy nehézségek közepette, amikor a meglévő erőforrások, a bevált alkalmazkodási módszerek nem elegendőek.

Habár a kutatás során mi az alap megküzdési irányultságok fókuszát előtérbe helyező kérdőívet használtuk (CISS-48, azaz probléma-érzelem- és elkerülő fókuszú megküzdés), ahogyan a fenti Oláh-féle definíció is jelzi a nehézségekkel való megbirkózásnak szerteágazóbb dimenziói vannak. A személyiségjegyek tekintetében Kiss Enikő Csilla (2015) gyűjtötte össze átfogóan a megküzdés lehetőségeit, mint protektív tényezőket.

Összesen 11 viselkedés mintázatot, beállítódást, személyiség-konstruktumot említ, amelyek a következők: Kontrollképesség, Tanult leleményesség, Keményen helytálló személyiség (elkötelezettség, kihívás, és részben ide is tartozik a kontrollképesség személyiségjegyek, attitűdök), Én-tudatosság, Én-hatékonyág, Reziliencia, Koherencia érzék (sence of coherence, amit a felfogóképesség, a meglévő források felkutatása és felhasználása és az értelmesség jegyek alkotnak), Diszpozicionális optimizmus (pozitív kimenetelre való beállítódás), Konstruktív gondolkodás, Érzelmi intelligencia és a Spirituális intelligencia.

2.2. A KRÍZISHELYZETBEN ALKALMAZOTT INTERVENCIÓ VÁZLATOS NEMZETKÖZI ELŐZMÉNYEI, SZEMELVÉNYES MAGYARORSZÁGI TÖRTÉNETE

A katasztrófa-krízisintervenciós ellátás, mint a veszélyhelyzetben, az abban érintettekkel kapcsolatban alkalmazandó pszichológiai hozzáállás, a lélektan egy viszonylag új, alig néhány évtizedes alkalmazott területe. Habár a katasztrófák, veszély- és kritikus helyzetek a jelenség természetéből adódóan az emberi emlékezet kezdeteitől jellemzőek, kísérnek minket, szakszerű, strukturált, a modern tudományos elvárások követelményeinek megfelelően rendszerezett és prezentált tudásról e területen, szinte csak az ezredforduló óta beszélhetünk. A szakirodalomban közvetve találunk utalásokat katasztrófa-krízisintervenciós tevékenységre, mint például Csepeli (2003) esetében, aki a pánik jelenségét elemezve, a Titanic elsüllyedése kapcsán nyújtott szervezett, szakszerű segítségre vonatkozóan tesz megállapítást, amelyet Lengyel Árpád magyar mentő szakorvos nyújtott a túlélőknek. A szakirodalom foglalkozik továbbá a második világháborús traumákkal, azok kezelési kísérleteivel, a Poszt Traumás Stressz Tünetegyüttes jelenségével és mérésével (Horowitz, 1979), és sorolhatnánk az érintőleges területek eredményeit, továbbá jelent meg ezen a területen is néhány kisebb terjedelmű mű (Weaver, 1995) de a katasztrófa-krízisintervenció rendszerezett ismerethalmazának első jelentős, átfogó összefoglalása Ehrenreich (2001) munkája.

Magyarországon e tevékenységről, a szakirodalomban először 2008-ban olvasni a ma is használatos terminológiával, Hajduska Marianna Krízislélektan című könyvében. Ugyanakkor Pető (1999) majd Pető, Szekeres és Csiky (1999), illetve Pető (2000) már az ezredfordulón értekezik a katasztrófa-krízisintervenció két évtizeddel ezelőtti tevékenységéről, a szakszerű feltételrendszerről, tapasztalatairól.

Mitchell (2016) a krízisintervenció tömör időszakos áttekintésében az első világháborúig vezeti vissza a veszélyhelyzeti-krízisintervenció katonai történetét, ugyanakkor Sebestyén (2015), Csepelire hivatkozva (2003) a polgári lakosságot is szem előtt tartó krízis- és katasztrófa helyzetek történetében, a Titanic hajó 1912-ben történt, váratlan elsüllyedését említi az elsőnek tekinthető esetként, amikor a mentésben részt vevők dokumentált szakmai igényességgel, a lehetőségekhez képest jól szervezett keretek között nyújtottak testi-lelki segítséget a traumatizált, sokkos állapotban lévő túlélőknek a mentőhajón.

Az 1929-es világválság első időszaka, a kritikus helyzetben történő krízisintervenció fontos történése, de alig dokumentáltan kapcsolódik a témához, így csak említés szintjén szerepelhet e történeti áttekintésben.

A második világháborúban és az azt közvetlenül követő időszakban elsősorban a katonai krízisintervenció volt fókuszban (koreai, vietnámi, később afganisztáni háború), a harci cselekményekhez kapcsolódó PTSD kutatásával és annak gyógyítási, kezelési kísérleteivel.

A második világháború éveiben, 1942. november 28-án történt a katasztrófa-krízisintervenciós beavatkozás mérőföldkövének tekinthető „bostoni tüzeset” (Coconut Grove fire), amiben közel félezer ember vesztette életét és további közel 200-an sérültek meg. Erik Lindemann ekkor alkalmazta nagy hatékonysággal a gyászfeldolgozásra kidolgozott elméletét, amelynek tapasztalatait 1944-ben publikálta. Azóta azokat a veszteség-feldolgozási alapelveket követik a veszélyhelyzeti krízisintervenciót ellátók. Lindemann munkája mellett Gerald Caplan kríziselmélete a másik fontos pillére a segítő, pszichológiai tevékenységnek.

Az 1950-es években az Amerikai Egyesült Államok Vöröskereszt szervezetei rendszeresen nyújtottak krízisintervenciót a rászorulóknak részére, míg a csoportos beavatkozások ezen a területen egy évtizeddel később kezdődtek.

Az utána következő években már a stressz szintjét kóros mértékben növelő egyéb jelentős események személyiségre tett hatását is mérni próbálták, így született meg Horowitz, Wilner és Alvarez (1979) Szubjektív Stressz Esemény Skálája (Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress).

Az egyre növekvő ismeretanyag, a katasztrófák egyedi pszichológiai-szakmai sajátosságai és nem utolsósorban a lakosság nagy csoportjait érintő események okán, az Európai Bizottság 2001. február 26-i határozatában kiemelt szinten foglalkozik a

katasztrófa helyzetekben nyújtott krízisintervenció fontosságával, a polgári védelem terén való hatékonyabb emberi helytállás céljából.

Ezen rendelkezés hatására, illetve a fél évvel később bekövetkezett Amerikai Egyesült Államokbeli, szeptember 11-i terrortámadások óta jelentősen megnőtt a szakterületre vonatkozó pszichológiai és egyéb publikációk száma (Myers és Wee, 2005; Doherty, 2007; Ram és Diaz, 2013) és lendületes a gyakorlati tapasztalatok rendszerezése, a lélektan tudástárába illesztése is. Ezek előtt elsősorban Weaver (1995) munkája volt ismert.

Magyarországon az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság 2001-ben már alkalmazott ugyan pszichológusokat krízisintervenciók segítségnyújtására (két évvel korábban is vettek részt szakemberek árvízi pszichés támogatásban, de kizárólag területi szervezésű, regionális alkalmazásban) a beregi árvíznél, az EU-s irányelv tervezett és szervezett formában csak 2007 elején kezdett megvalósulni (Szabó, 2008). Habár nem a szigorúan vett témához tartozó adat, de a hitelesség kedvéért e helyen érdemes megemlíteni, hogy a katasztrófa-krízisintervenciók szakmai hálózat és háttér megteremtése Babák László és Szabó Lajos ezredesek nevéhez fűződik, akik Szabó Lászlónak, a BM OKF Nemzetközi Főosztálya munkatársának hathatós támogatásával tudták ezt megvalósítani, és ez utóbbi tény kizárólag egy megjelenés alatt álló tanulmányban publikált adat eddig. Itt érdemes azért megállapítani, hogy a különböző hazai rendvédelmi szervek mentálhigiéniai feladatainak ellátásában közreműködő szakemberek már jóval az ezredforduló előtt is nyújtottak igény szerinti lélektani, mentálhigiénés támogatást veszélyhelyzetben, katasztrófa esetén egyéneknek és csoportoknak, de a nemzetközileg kialakult tevékenységi keretek szerinti alkalmazás és az abból adódó tapasztalatok tudományos igényű, rendszerezett szakmai feldolgozása, csoportosítása a XXI. század első évtizedének közepén kezdődött, a jelenleg is használt terminológia fókuszba állításával.

Visszatérve a tevékenység vázlatos történetéhez, a Máltai Szeretetszolgálat, mint Magyarországon első karitatív szervezet, amelynek Veszélyhelyzet-kezelési Csoportja is alakult, követve az állami szerveket, 16 önkéntest képzett ki szakszerűen 2009-ben, Adányi László szervezésében (Lénárt, Fischer és Sebestyén közreműködésével), amely személyek közül, néhányan részt vettek a 2010-es edelényi árvíz, és a Devecser és környékét érintő vörösiszap-katasztrófa pszicho-szociális segítő munkáiban.

Ezt követően rövid idő után a többi segítő szervezet is igyekezett katasztrófa-krízisintervenciók szakembereket biztosítani munkájához (Református Segélyszervezet,

Vöröskereszt stb.). Habár nem a téma szűk hatásköre, de itt, a tevékenység vázlatos történeténél fontos megemlíteni, hogy míg a veszélyhelyzeti-krízisintervenció viszonylagosan fejlődik Magyarországon a katasztrófákat követő pszichológiai utógondozás nem csak 2010-ben (V. Komlósi és mtsai., 2010), de a mai napig nem megoldott megnyugtató módon, holott az ellátás szerves részeként tekinthetünk erre a szakmai, támogató folyamatra, szakaszra is.

2.3. VESZÉLYHELYZETI KRÍZISBEN LÉVŐ SZEMÉLYEK MENTÁLIS, ÉRZELMI, VISELKEDÉSBELI TÜNETEI

Az alábbiakban a teljesség igénye nélkül felsorolásra kerülő tünetek, jelzések a krízissel való megküzdés kezdeti szakaszában az egészséget még nem veszélyeztető reakciók, természetes válaszok lehetnek egy váratlan, nem természetes, nem megszokott, nem „normális” helyzetre Sebestyén (2015). A pszichoszociális ellátást, vagy a katasztrófa-krízisintervenciót végző segítők számára azonban fontos számba venni a sérülteknél, károsultaknál, veszteséget átélteknél megjelenhető reakciókat, amelyek természetesen változatosak és jelentősen eltérőek lehetnek a különböző szocio-kulturális, vallási, társadalmi közegekben. Amíg például egy idősebb roma asszony intenzív sírással, jajveszékkel reagálhat egy veszteségre, addig nagyon hasonló élethelyzetben például egy skandináv, felső-középosztálybeli férfi viselkedése visszafojtott érzelmekről tanúskodhat. A szakirodalmi fejezetben ismertetett kultúrák közötti szakmai szükségszerűségek mellett, ha két ilyen különböző reakciót tapasztal a segítő szakember, nagyon hasonló élethelyzetben, akkor képes kell, hogy legyen a különbségek értelmezésére, elfogadására (Nguyen, 2019) a hatékony segítő kapcsolat megteremtése érdekében.

Testi tünetek: Felerősödő szívdobogás, gyorsuló légzés, izzadás, reszketés, hányinger, szédülés, hidegrázás, fejfájás, hasmenés, vizelési inger, eszméletvesztés, torokszorító érzés, motorikus képességek gyengülése, izomfájdalmak, gyomor panaszok, bénultság, stb.

Mentális, tudati síkon jelentkező (kognitív) szimptomák: Döntési képesség csökkenése, észlelési zavarok, a logikai funkciók kimaradása, a helyzetértékelés zavarai, ítélőképesség erős csökkenése, megszűnése, zavara, az összpontosítás zavara, összerendezettség hiánya, „csőlátás”, hiperaktivitás, realitáskontroll elvesztése, pszichés beszűkülés, álmatlanság, dezorientáltság, a segítség elutasítása, emléketörések stb.

Érzelmi jelek: Pánik, félelem, harag, dühkitörés, közöny, kétségbeesés, tehetetlenség érzése, eufória, szorongás, feszültség, kétely, vádoló magatartás, befelé fordulás, szótlanság, szégyenérzet, büntudat stb.

Viselkedési síkon: Teljes passzivitás, motorikus bénultság, logikátlan cselekvés, túlzott alkohol- és/vagy tudatmódosító szerek fogyasztása, ön- és közveszélyes magatartás, agresszív viselkedés stb.

A pánikot külön is említenünk kell, mint a szervezet természetes menekülési reakcióját, amely azonban olyan túlzott mértékű félelemből, megrettenésből fakad, amely nem teszi lehetővé a problémamegoldó gondolkodást, a józan kiútkeresést, a helyzet megfelelő kezelését, a megfelelő megküzdési módok adekvát kiválasztását. Az egyén pánikreakciójától célszerű megkülönböztetni a tömegpánik jelenségét, amely intenzitásában, hatásában, következményeiben jelentősen különbözik az előbbtől.

Az egyéni pánikot megfelelő, előzetes, a témára vonatkozó felkészüléssel, illetve felkészítéssel lehet kezelni a katasztrófa-krízisintervenció alkalmával (tekintettel arra, hogy e tevékenység nem pszichoterápia és tanácsadás, hanem a veszélyhelyzet első 72 órájában alkalmazott támogató módszer) a megoldandó feladatokra való összpontosítással, a felgyülemlett feszültség cselekvéssel, vagy más feszültségcsökkentő módszerrel történő azonnali levezetésével, a légzésünket, szívverésünket rugalmasan szabályozó tudatos kontrollal, „jelenléttel” lehet.

A tömegpánikon, többek között hiteles tájékoztatással, gyors, lehetőség szerint a legtöbb érintett által elfogadott vezető kiválasztásával, a lehetőségekhez képest reális megoldási terv megvalósításával lehet úrrá lenni. A prevenció kiemelkedő jelentőségű, a katasztrófák esetén jelentkező tömegpánik megakadályozásában, hatásainak tompításában.

2.4. A KATASZTRÓFA- ÉS VESZÉLYHELYZETEKBE MEGÉLT TRAUMA, VESZTESÉG, FÁJDALOM ÉS AZ AZZAL VALÓ MEGKÜZDÉS FOLYAMATA – FÁZISOK, SZAKASZOK

Mielőtt a veszélyhelyzeti trauma, veszteség megélésének folyamatát vázlatosan ismertetnénk, fontos megjegyezni, hogy a szakirodalom ismeri az úgynevezett anticipációs veszteségérzést (Pohárnok és Lénárd, 2015), amely még az előtt jelentkezhet a személynél, mielőtt a katasztrófa (pl. egyre emelkedő vízállás hatására átszakad a gát, és előnti, romba dönti a lakóingatlant) ténylegesen bekövetkezett volna. Az „előre

elképzelés” szorongással, félelemmel, feszültséggel jár, és társulhat kiszolgáltatottság érzetével, tehetetlenséggel.

1. Amennyiben ténylegesen bekövetkezik a tragédia a traumatikus helyzetben természetes reakció a sokkhatás. Jellemzője a testi-lelki bénultság érzése, a tudat beszűkülése, az intellektuális funkciók gátoltsága, izommerevség, a motorikus funkciók lelassulása, kihagyása. A személy érezheti, hogy „mintha megállt volna az idő”. A szakirodalom ezt negatív transzállapotnak nevezi (Cheek, 1969).

2. A folyamat első szakaszát, a hárítás, tagadás követheti (hiszen nincsenek mindenkire érvényes, egységes szabályok) a trauma megélése után. „Ez velem nem történhet meg”, „Nem létezik, hogy mindenem elúszott, elveszett”, „Nem hiszem el, hogy ledőlt a házam”.

3. A szakirodalom a következő szakaszt kontrollált szakasznak nevezi (Pohárnok és Lénárd, 2015). Attól nevezhetjük kontrolláltnak, mert a károsult elkezd intézni a gyakorlati ügyeket, teendőket a katasztrófa után. Amikor a sokkhatás után elkezd cselekedni. Ugyanakkor jellemző a testi-lelki reakciók felszabadulása, intenzív érzelmi, intellektuális, testi megnyilvánulások (sírás, erős gesztikuláció, mimika, kiabálás, vádolás, stb)

4. A negyedik fázis a feldolgozás, tudatosulás szakasza. A veszteség, a hiány tudati-érzelmi elfogadása, megélése a hétköznapi szintjén. Elkezdődhet gyászreakció, a veszteség elsiratása, elbúcsúzás a múlt tárgyaitól, személyeitől, élethelyzettől. Ugyanakkor jelentkezhet még a tehetetlenség érzése, kiüresedettség, szorongás, de akár harag is. Előtröhethetnek úgynevezett omnipotens fantáziák, mint például „én tehetek róla”. Ebben a szakaszban a folyamat része lehet az időnkénti regresszív működés, vagy jelentkezhet szomatikus distressz, pl. gyomorgörcs, „gombóc” a torokban, légszomj, stb.

5. A következő szakasz az értelmi-érzelmi-testi megnyugvást hozhatja. Ez az átdolgozás fázisa. Felcsillan az újrakezdés lehetőségének reménye. Megfogalmazódik egy új jövőkép. Egy tudatosabb emlékezés nyer teret.

Amennyiben az előző, egyetlen esetben sem élesen meghatározható határ- vagy idővonallal elválasztható fázisokban, szakaszokban az egyén (és közösség) a saját egyedi ritmusában feldolgozta a traumát, veszteséget, akkor az emlékek oly módon integrálódnak az élettörténetébe, hogy azok már nem okoznak elviselhetetlen fájdalmat. Elindulhat, megvalósulhat a poszttraumás növekedés, a traumát követő élethelyzet pozitívba váltó észlelése utáni ugrásszerű személyiségfejlődés.

Végezetül leszögezhető, hogy a traumával vagy krízissel való megküzdés stratégiájának sikeressége, az adott személy érzelmi megéléseinek sajátosságaira vonatkozó személyiségvonásaitól, személyiségstruktúrájának rugalmasságától, intellektuális adottságaitól, élet- és helyzettapasztalatától, életszemléletétől függ (Sebestyén, 2015)

Az egyén által megélt veszteségre adott reakciók fázisain, állapotain kívül fontos ismeretanyaga a katasztrófa-krízisintervenciónak a közösség szintjén tapasztalt, a rendkívüli eseményre és annak következményeire adott pszichés alkalmazkodási szakaszok, amelyek jellemzői az alábbi táblázatban olvashatók (Doherty, 2007):

1. ábra - A közösség rendkívüli helyzetet megélő fázisai

fázisok	időtartam	helyzet megélése	cselekvés	legfontosabb erőforrások
hősies szakasz	az eseménytől kb. egy hétig	célirányosak, „erősek vagyunk” érzése lehet, jellemző az altruizmus	jelentős saját erő használata a javaik, életeik megmentése céljából	krízis-segítők, családi, baráti, közösségi kötelékek
mézeshetek	egy héttől kezdődően 2-6 hónapig	erős a katasztrófára vonatkozó közösségi érzés, nagy elvárások a hivatalos szervek felé	a segítségnyújtás ígéreteinek tisztázása az új élet építése folyamatában	a kialakuló szükségletek, teendők alapján formálódó volt vagy alakuló csoportok
kijózanodás	kb. 2-3 hónaptól kezdődően akár 1-2 évig	intenzív kiábrándultság, harag, keserűség, ha hibát tapasztalnak	a saját élet újrateremtésére tevődik a fókusz a közösségről, ami háttérbe szorul	külső segítség visszavonulhat, a belső lehetőségek kezdenek kiaknázódni

újjászerveződés, újjáépülés	a rendkívüli esemény után évekig eltarthat	„a megoldás a saját kezünkben is van” érzése, a közösség önbizalmának visszanyerése	a saját életért érezett felelősség elfogadása, új közösségi működési struktúrák kialakítása	hosszútávú közösségi elképzelések a tagok, mint fő erőforrás részvételével
--	---	---	--	---

2.5. A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓS ELLÁTÁS FOLYAMATA, SZAKASZAI

Mielőtt az ellátás folyamatát részleteiben is elemeznénk, e helyütt is érdemes hangsúlyozni, hogy ahogyan Wohl (1989) írja „a pszichoterápia kulturális termék, elkerülhetetlenül és megbonthatatlanul kötődik egy adott kulturális közeghez”. Leszögezhetjük, hogy habár a katasztrófa-krízisintervenció fő céljában, fókuszában, hatásában, módszereiben, időtartamában és több más szempontból sem pszichoterápia (Csürke és mtsai, 2014), fenti megállapítás érvényes e segítő tevékenységre is, ha nem fokozottabban. Ugyanis a katasztrófák ország- és kulturális határokat nem ismerő jellegéből adódóan, nagyobb az esélye a különböző kultúrák képviselőivel való érintkezésre.

Az önkéntes katasztrófa-krízisintervenciók pszichológusok és az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság Krízisintervenciók Csoporttagjainak munkája során a következő, egymástól nem minden esetben élesen elváló fázisokat, szakaszokat különböztethetjük meg (Sebestyén, 2013):

2.5.1. Előkészületi, készenléti fázis

- Motiváció, képességek, lehetőségek tudatosítása. Annak tudatosítása, hogy miért segítetek, és egyáltalán tudok-e segíteni, amennyiben túlzottan megérint érzelmileg a helyzet. A minden áron való segítség szindrómája sokszor nagyobb érzelmi sérüléseket eredményez, mint támogatást, mert nem veszi figyelembe az énhatárokat, tévesen érzékeli a másik ember szükségleteit.

- Szakmai képzettség megszerzése, annak szinten tartása. Fontos megjegyezni azonban, hogy a szakmai tudás mellett a hozzáállás, a lelki irányultság és a tapasztalat jelentősége egyaránt kiemelkedő (legtöbbször egy kávé, tea mellett az együttérző szomszéd, barát azaz a pszichológiában laikus is támogatást tud nyújtani egy trauma, veszteség jelenléte esetén, fontos tudatában lenni azonban, hogy legalább két szempontból nem tudnak szakszerűen reagálni: 1. Hirtelen, intenzív lelki-mentális állapotromlás esetén (pl. mély, traumatikus emlék kiváltotta reakcióknál), 2. Valószínűleg nem tudják a megélt, kellemetlen tapasztalatok személyiségbe való integrációját elérni (hogy a sajátjává váljon és ne zavarja, hanem segítse).
- Egyéni életlehetőségek, és a krízis-intervenciós alkalmazhatóság számba vétele, tisztázása (pl. a család hogyan reagál rá, elengednek-e a munkahelyemről, milyen mértékű a befektetett energia, van-e rá időm, stb.).
- Felszerelés előkészítése (hátizsák, benne: enni-innivaló, kis takaró, esőköpeny, papír, írószer, fejlámpa, gyermekeknek játékok stb. – lista szerint).
- A különböző kultúrák képviselőinek eltérő reakcióival foglalkozó szakirodalom figyelembe vétele, az esetleges munkatapasztalatok tanulságainak szem előtt tartása

2.5.2. A riasztás és jellegzetességei

- Alapinformációk begyűjtése (mi történt, érint-e túlzottan érzelmileg az esemény pl. hasonló emlékeim miatt), vannak-e külföldiek (a nyelv miatt)
- Határozott, lehetőleg feltétel nélküli állásfoglalás az alkalmazhatósággal kapcsolatban (a „megyek, de csak egy napra tudok”, „rendben, ha majd elengednek a munkahelyemen” feltételek nehezítik a koordináló/vezető feladatát, és ami zavaróbb lehet, késleltethetik az alkalmazást.
- A helyszín megközelítési módjának, elérésének szükség szerinti meghatározása (pl. mocsaras területhez arra alkalmas jármű kell).

2.5.3. A helyszínre vonulás

- A megtörtént eseménnyel, az alkalmazás jellegzetességeivel kapcsolatos beszerezhető, részletesebb információk megismerése (érintettek száma, milyen körülmények várnak, kik vannak a helyszínen stb.) Más kulturális, vallási

háttérrel rendelkező érintettek esetén, a kulturális szokások, szabályok előzetes feltérképezése, különös tekintettel a kapcsolatteremtésre (pl. nyelvi nehézségek leküzdésének módja), a táplálkozási elvárásokra (pl. sertéshús fogyasztásának kérdése), a kommunikáció szükségszerűségeire (pl. az érintés megengedett-e? az erős gesztikuláció minden esetben indulatot jelez-e?)

- A fizikai szükségletek kielégítése, lelki-szakmai fel- illetve rákészülés, hogy segíteni tudjunk, és ne magunkkal keljen foglalkoznunk, vagy ami még jobban hátráltathatja a munkát, velünk, mint segítővel kelljen másnak foglalkoznia az alkalmazás közben.
- Az alkalmazás vezetőjének, koordinátorának szükség szerinti meghatározása.

2.5.4. Az alkalmazás, a beavatkozás

A terepen való katasztrófa-krízisintervenció a mentési munkálatokért felelős kárhely parancsnok vagy felettes személy elvárásai szerint történik, a pszichoszociális feladatok, az ezt végző szakemberek egymás közötti meghatározása/vállalása alapján, amelynek vezetési feladatait a konkrét helyzetben legfelkészültebb személy, a koordinátor látja el. Az alkalmazás szakmai követelményei, tapasztalati úton megszerzett szabályszerűségei:

1.) A krízishelyzetben lévőknek való bemutatkozás (név, segítő szándék kifejezése) - kapcsolat felvétele (Pl: Szüksége van-e valamire? Fáj-e valamije?) Ne általánosságban kérdezzük, hogy „hogyan van?”.

2.) Fizikai-lelki biztonság megteremtése (gyermek-szülők, idősek-háziállatok, stb.) feszültség levezetésének lehetővé tétele, pl. ventilálás által – minden, más embert nem sértő, bántó, veszélyeztető reakció normális (multikulturális, vallási, egyéni különbségek).

3.) Csak „követem” a természetes érzéseit, reakcióit, lehetőség szerint nem konfrontálódunk és semmi esetre sem értékeljük, hasonlítjuk valamihez vagy valakihez! Úgy van „jól”, ahogyan megnyilvánul (emberi, vallási, kulturális, szociális különbségek). A tudati jelenlétnek nagy jelentősége van – elsősorban a segítségkérés szintjéhez mérjük a támogatást! (Nem én vagyok a legfontosabb! Együttérzés, emberség, odafigyelés, hitelesség és kreativitás, nem kizárólag szakmaiság!)

4.) Bizonytalanság érzetének további csökkentése (ismerősök keresése, tájékoztatás stb. Hiteles, világos, egyszerű kommunikáció – nem minden áron való beavatkozás, segítség!)

5.) A krízisben lévők cselekvésre, kreatív tevékenységre, sportra való serkentése, abba való bevonása. Aktivitásokba való bekapcsolás.

6.) A traumát átélt személyek egymásnak való segítésében, egymás meghallgatásában való közreműködés, mint jelenlétével támaszt nyújtó fél.

7.) Megküzdési stratégiákról való tájékoztatás (ellazulási technikák, relaxáció ismertetése, pozitív jövőképek előhívása, gyakorlati teendők listázása, a cselekvés elősegítésére stb.)

8.) További/jövőbeni segítséget biztosító lehetőségek számba vétele, ezekről való tájékoztatás.

2.5.5. Levonulás, a helyszín elhagyása, az alkalmazás befejezése

- Az esetek alapszinten történő szakmai feldolgozása, lehetőség szerint még a helyszínen. A segítők megosztják egymással az átélteket (ventilálás), és az alkalmazott módszereket.
- A pihenés, relaxálás fontos megküzdési mód az átéltekkel, tapasztaltakkal, a fizikai erőfeszítésekkel kapcsolatban
- Mentális-érzelmi-testi szükségleteink további és időben történő biztosítása segít kimerülés és akár a kiégés elkerülésében

2.5.6. Az alkalmazás szakmai lezárása

- Tapasztalatcsere a résztvevő és a háttérből segítő szakemberek között
- Tanulságok levonása, azok rendszerezése, illetve igény vagy szükség szerinti jelentésírás
- Debriefing vagy más jellegű csoportos, 1-3 napon belüli részletes eset-átbeszélés csoportvezető segítségével, amely csökkentheti a segítőkben felhalmozódott érzelmi feszültséget, mentális-gondolati zavart
- A szupervízió biztosítása fontos eleme az alkalmazás lezárásának. A szakszerű esetmegbeszélésen keresztül a segítő megérti az adott helyzetben való viselkedésének mozgatórugóit
- Az alkalmazás szakmai-tudományos feldolgozása (előadás, tanulmány, ismeretterjesztő cikk stb.)

2.6. A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓ JELLEGZETESSÉGEI, A VESZTESÉG MEGÉLÉSE KOROSZTÁLYOK, NEMEK SZERINT

Habár nem tartozik szorosan a kutatási témához, de a tágabb szemléletmód megvilágítása céljából az alábbiakban vázlatosan ismertetésre kerül a veszteség, a krízis megélése korosztályok és nemek szerinti alapjellegzetességekkel.

2.6.1. Gyermekek

Csecsemők

Katasztrófa- vagy krízishelyzetben, sajnos bármilyen élethelyzet előfordulhat. Így megtörténhet az is, hogy van csecsemő az érintettek között. Krízis-intervenció alkalmazásában azonban, elvétve lehet csak közvetlen feladatunk velük, hiszen nekik nem lelki támaszra, hanem csendes, nyugodt helyre, melegre, szoptatásra, biztonságos ölelésre, rendszeres alvásra van szükségük. Velük kapcsolatban az anya és a közvetlen család szerepe kiemelkedő, így az ő biztonságba helyezésükkel, megnyugtatóssággal, ellátásukkal a csecsemő is testi-lelki biztonságban érzi magát. A csecsemők biztonságérzetének fontossága nem a kultúra függvénye, ezért bárhol is történik katasztrófa, a biztonságuk megteremtése, a szülőkkel való kapcsolat biztosítása (ha lehetséges) elsőbbséget élvez a beavatkozáskor.

Kisgyermekkor

A másfél-kettőtől hét évesekkel már lehetséges a verbális kommunikáció is, így őket már szóban is jó megnyugtani, hogy biztonságban vannak, és ezt rendszeresen kell megtenni. Ugyanakkor Benczúr (2015) felhívja a figyelmet A gyász lélektana című tanulmányában, hogy a veszteség már a beszéd képességének megjelenése előtti korban is megélhető, csak éppen a megfogalmazhatóság hiánya miatt nem tud manifesztálódni, ezért később okozhat tüneteket, problémákat. Tovább árnyalva a képet elmondható az is, hogy a szakirodalom egyetért abban, hogy 3 éves kor alatt nem értik a gyermekek azt, hogy valami visszafordíthatatlan, aminek, a velük való kommunikáció során tisztában kell lenni. Nagyon fontos annak kimondása, hogy ők nem tehetnek semmiről, fontos a rendszeres étkezés, pihenés, alvás ritmusa, és a lehetőség szerinti, csendes, nyugodt helyszín. A kommunikáció egy része egyszerű kérdések és válaszok formájában célszerű, ha történik, de fontos a játék, a rajzolás, éneklés, vagy más kreatív tevékenység szerepe is. Számukra mindig álljunk rendelkezésre, ha csak lehet, és legyünk türelmesek velük.

Amennyiben lehetséges, tegyük lehetővé a 7-8-tól 13-14 éves korúaknak az önellátást, de legyünk elérhetőek. Vonjuk be őket az általuk elvégezhető aktivitásokba. Ha azt érzik, hogy segíthetnek, hasznosak, az eltereli figyelmüket és csökkenti a feszültségüket. Krízishelyzetben az aktivitás, a mozgás feszültséget csökkentő hatású. Tájékoztatásuk az ő intellektuális szintjükön történjen, egyszerű, de mindig hiteles formában. Kérdéseikre a választ hasonló módon adjuk. Náluk is fontos még a játék. Ők már egymást is tudják támogatni.

A gyermekek krízishelyzetben adott reakcióival kapcsolatban két tévhit is erősen tartja magát (Ehrenreich, 2001):

1. A gyerekek nem élik át olyan mélyen a traumát, mint a felnőttek, ezért gyorsabban ki is heverik azt.
2. A gyerekek nem szenvednek lelki sérülést krízishelyzetben, ha szüleik magabiztosak, nyugodtak, odafigyelőek, melegséget árasztóak.

Ezek a megállapítások tehát nem helytállóak. Kétségtelen azonban, hogy a „helyzet magaslatán álló” szülők gyermekei kevésbé bizonytalanodnak el, kevésbé lesznek feszültek, gyorsabban túteszik magukat a traumán.

Ezzel az életkorral kapcsolatban fontos még tudni, hogy körülbelül 10 éves korra alakul ki a felnőttekéhez hasonló halálkép.

Fiatalkor, serdülőkor

A 13-14-től 17-18 éves fiatalok krízis-intervenciója magában foglalja a kritikus szemléletük elfogadását, a történésekről való folyamatos tájékoztatást, az életkorukhoz mért aktivitásba való bekapcsolásukat (sport, segítség, mások ellátása stb.). A ventilálás lehetővé tétele is fontos elvárás, azaz érzelmeik kifejezésre juttatását ellenőrzött körülmények között, és pontos, konkrét szabályok és esetleges elvárások megfogalmazását. Fontos még megemlíteni, hogy kutatások szerint (Benczúr, 2015) a fiatalok 90%-a megélt már akár halállal kapcsolatos veszteséget is, ugyanakkor életkorukból kifolyólag az azzal való megküzdés eszközei kevésbé hatékonyak, mint felnőttkorban.

2.6.2. Felnőttek

Nők

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy mivel a nők mélyebben élik meg a traumákat, kevésbé racionálisan, mint a férfiak, ezért a poszttraumás stressz tünetegyüttes

jellemzőbb rájuk. A traumát megélt nők körülbelül 50%-nál megállapítható kisebb-nagyobb hatásfokú PTSD a veszély elmúltával. Ehhez hozzáadhatjuk, hogy még a XXI. századi társadalmi elvárások is, inkább a nők szerepének tartják a családi melegség és gondoskodás biztosítását, így a saját maguk által megélt felelősségük krízishelyzetben fokozódik, ami sokszor kezelhetetlen terhet jelenthet számukra. A krízis-intervenció feladata e teher csökkentése.

Bizonyos kultúrákban (pl. Albánia, arab országok stb.) általánosságban elmondható, hogy a nők döntéshozatali joga a kisebb települések közösségeiben korlátozottabb, mint a férfiaké, amit megélhetnek a felelősségtől való megszabadulásnak, de frusztrációként is, és önértékelési problémákat szintén okozhat.

Férfiak

Katasztrófa-krízishelyzet elsősorban akkor áll elő, amikor a történések folyamata olyan intenzitású és mértékű, hogy kicsúszik az emberi ellenőrzés alól. Az élet történései feletti kontrollvesztést a férfiak átlagosan nehezebben viselik, mint a nők, hiszen a ráció és a logika abban a hitben él, hogy mindent ellenőrizni tud. Ennek harag, düh lehet a következménye, amit a krízis-intervenció alkalmával ventiláltathatunk ki.

Idősek (65 éves kor felett)

Az idősek esetében - csakúgy, mint a gyermekeknél - tévedés azt gondolni, hogy kevésbé érzékenyek a traumákra, a veszteségre. Az élettapasztalatuk segítségükre lehet ugyan a nehéz élethelyzetek átvészelésében, ugyanakkor érezhetik úgy, hogy idejük sincs már, például az elveszített javaikat pótolni. Emellett, egy idős embernél nagyobb a valószínűsége, hogy maga él, így támaszt nehezebben talál, feszültség levezetési lehetőségeinek köre beszűkül. Az elszenvedett veszteségek, a megélt traumák jelentős mértékben megváltoztathatják az idős emberek életük folyamán felépített identitását. Krízis-intervenció alkalmazás esetén tehát, az idősek legalább azonos mértékű figyelmet igényelnek, mint a többi felnőtt személy.

2.7. A SÉRÜLTEK, FOGYATÉKKAL ÉLŐK ÉS KRÓNIKUS BETEGSÉGBEN SZENVEDŐK VESZÉLYHELYZETBEN VALÓ ELLÁTÁSA

Az előző alfejezethez hasonlóan, a rendkívüli helyzetben külön veszélynek kitett fogyatékkal élők, krónikus betegek megéléseinek ismertetése is a kevéssé köztudott

krízisintervenciós tevékenység bemutatása szempontjából tűnik indokoltnak, mint annak egy aspektusa.

A fogyatékkal élők biztonságba helyezésük és fizikai szükségleteinek megfelelő ellátása után, amit általában más beavatkozó szakterületek közreműködői végeznek el (katasztrófavédelem, szociális munkások, mentők), a rendelkezésre álló lehetőségek kihasználásával kapcsoljuk be őket a krízis-intervencióba. Amennyiben fogyatékoságuk nehezíti a krízis-intervenciót (pl. siket-némák, vakok és rövidlátók) akkor az adottságoknak megfelelő módon választjuk meg a kommunikációt. Fogyatékoságukból és az állapotukhoz kapcsolódó pszichoszociális stresszorokból (pl. megjegyzések, visszautasításra utaló testbeszéd a normál fejlettségű emberektől), kifolyólag még nehezebben élhetik meg a katasztrófa- vagy krízishelyzeteket, ezért sokszor a szokásosnál nagyobb odafigyelést igényelnek. A krónikus betegségben szenvedőkkel kapcsolatban érdemes megállapítani, hogy állapotukat már önmagában traumaként élhetik meg, így egy veszteség esetén halmozott traumatizáció következhet be. Vannak kultúrák, ahol társadalmi szinten kevésbé elfogadott a fogyatékoság (pl. arab kultúrák), ilyen esetben az ilyen személyek integritásának megőrzése fokozott figyelmet igényel. Fontos, hogy amennyiben egy sérült vagy fogyatékkal élő személy esetén elakad, vagy szakmailag bizonytalanra válik a krízisintervenciós segítségnyújtás, akkor a lehetőségekhez mérten segítség kérése javasolt (pl. jeltolmács, krónikus beteg esetén szakorvos stb.).

2.8. A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓ KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA

Tekintettel a rendkívüli helyzetben alkalmazott krízisintervenció legtöbbször határokon túlmutató fókuszára, a tevékenység kulturális vonatkozásait is célszerű röviden taglalni. Ehhez azonban először óhatatlan a kultúra fogalmát is meghatározni, elsősorban annak pszichológiai vonatkozásaival a fókuszban: Sandoval (2013) szerint a kultúra egy nagyon komplex jelenség, amely a közös nyelv, gondolkodás, hitrendszer, értékek és viselkedési normák együttese olyan közösséget alkotó egyéneknél, akiknek közös csoportidentitásuk van.

A szerző, az iskolai krízistanácsadással, krízisintervencióval foglalkozó könyvében a kulturális különbségek figyelembevételét kiemelkedően fontosnak tartja. Legtöbbször ugyanis a segítők a veszélyhelyzet helyszínén a többségi, domináns kultúra tagjaihoz tartoznak, és kérdés, hogy mint ilyenek megfelelő, kielégítő módon tudnak-e segíteni más etnikai, vallási, kulturális háttérű embereknek? A nem domináns kultúrához tartozók

asszimilációs elvárásoknak, diszkriminációnak, és sokszor gazdasági függőségnek vannak kitéve. Ezzel összefüggésben Sue és munkatársai (1998) Sue és Sue (2012) megállapítják, hogy a kultúrák közötti segítő munkát végző személynek, szakembernek legalább három szükséges képességgel kell rendelkeznie: 1. A saját előítéleteiről, értékrendszeréről, feltételezéseiről való tudatossággal, 2. Az eltérő kultúrából érkezők világnézetének, életszemléletének megértési képességével, 3. Képesnek kell lennie a multikulturalizmusnak megfelelő segítői stratégiák és módszerek alkalmazására (pl. testbeszédre, nonverbális kommunikációra helyezett hangsúly, nyelvi fordító közvetítésével való hatékony munka, idegenek közötti érintések, testkontaktus használata – amennyiben elfogadott stb.)

2.9. A RENDKÍVÜLI HELYZETBEN VÉGZENDŐ KRÍZISINTERVENCIÓS TEVÉKENYSÉG EGY ALKALMAZOTT, GYAKORLATI PÉLDÁJA

A veszélyhelyzeti pszichés krízisintervenció elsősorban gyakorlati alkalmazása a lélektani ismereteknek. Ezért a tevékenység bemutatásának, jellegzetességeinek szentelt alfejezeteket célszerű egy konkrét példával is megvilágítani.

Azért, hogy legyen rálátásunk a vizsgálatunk tárgyát képező személyek tevékenységére, szeretnénk leírni egy példaesetet, amelyből kiderülnek a katasztrófa-krízisintervenció alapvonásai, illetve jól látszik az a korábban említett jellegzetesség, hogy az elsősorban pszichológiai fókuszú beavatkozás több, összetettebb, mint a lelki elsősegélynyújtás, vagy más stresszkezelő módszerek.

A Magyarországon tartózkodó menekültek egy, a hivatalos szervek által 400-600 főre becsült csoportja 2015. szeptember 4-én Biatorbágy térségében – miután egész nap az M1-es autópályán meneteltek Hegyeshalom irányába, célként Ausztriát tartva szem előtt – tábort ütött a leállósávon és az azt övező kisebb füves területen azzal a céllal, hogy ott tölti az éjszakát. A hivatalos szervek először részlegesen, majd egy időre teljesen lezárták az autópályát, a menekültek vagy migránsok testi épségét veszélyeztető helyzetek elkerülése végett. Az ország egyik fő közlekedési útvonala teljesen megbénult. A kialakult helyzet az egyébként is forgalmas M1-es autópályán hatalmas torlódást eredményezett, az autók sora rövid időn belül elérte a 15 kilométer hosszúságot úgy, hogy még a leállósáv is telítetté vált. A helyzet, annak orvoslása nélkül fokozatosan kritikussá kezdett válni, fenyegetve például a kereskedelem, a szállítmányozás megbénulásával, az autókban ülők feszültségének kirobbanásával. A katasztrófa-krízisintervenció kritériumainak megfelelően az elsősorban hat főből álló egység, a riasztás után nem

egészen két órával a helyszínre érkezett, megkülönböztető jelzést használó mentőautó felvezetésével. Az M1-es autópályán kialakult közlekedési helyzet viszonyait jelzi, hogy a körülbelül 20 kilométeres autópálya-szakaszt ily módon is csak 35 perc alatt sikerült megtenni.

Az egység megérkezésekor a migráncsoport részéről jelentős mértékű pszichés ellenállás volt tapasztalható és sok téves információ keringett köreikben. Reflexszerű reakciókat, haragot, bizalmatlanságot és pánikhangulatot tapasztaltunk. Ehhez a jelen lévő nemzetközi média is nagyban hozzájárult, az újságírók egy része szenzációra váró attitűddel végezte munkáját, sokszor a kimerült vándorló emberek lelki állapotát sem kímélve.

Először úgy tűnt, hogy a kontaktus megteremtése problémamentesen sikerült angol nyelven, a feladattal elsősorban megbízott karitatív szervezet vezetője által, majd több külső hatás következtében (például az egyik, a felszálló menekültek vagy migránsok által már félig megtöltött autóbusz önhatalmúan elvált a konvojtól és elindult) a menekültek, illetve az idők során kialakult vagy önjelölt vezetőjük látszólag egyik pillanatról a másikra elzárkózott az együttműködéstől. Mint jelen lévő pszichológusnak, az ismételt kapcsolatfelvételt oly módon sikerült kezdeményezni, hogy a személy elé állva, határozottan megszólítva, szemtől-szembe helyzetet kialakítva, szemkontaktust találva megkérdezésre került (a bemutatkozás már korábban megtörtént): „Látszik, hogy képviseled az embereidet, hogy jó vezető vagy. A jó vezető azonban – mint tudod - nem csak harcol értük, hanem figyelembe veszi emberei állapotát is. Ez a helyzet, nektek sem jó, szemerkél az eső, hideg van, a földön kellene aludnotok, a gyerekek, nők fázhatnak. Segíthetünk-e neked és embereidnek a megoldás megtalálásában?” Ezzel egy időben, a kulturális szokásaik tudatában, azaz, hogy a muszlim férfiak nem zárkoznak el az érintéstől, határozott, de nem hirtelen mozdulattal, a vállára tettem kezem, jelezve az iránta való bizalmat, amit érezhetően méltányolt. Ezzel ismételten megteremtődött a csoport legnagyobb befolyással bíró vezetőjével való releváns, az együttműködés valamilyen formáját feltételező kapcsolat. Ezáltal a helyzet pszichológiai irányításának átvétele is megtörtént, amely ettől kezdve mindvégig a krízisintervenciós egységnél maradt. Szakmai alapon kijelenthető, hogy valószínűleg ez volt az alkalmazás legfontosabb momentuma. Érezhetően csökkent a migráncsoport addigi intenzív feszültség szintje, hiszen mindenki érdeke az volt, hogy győztes-győztes megoldás szülessen, a megteremtődött kapcsolattal pedig nőtt ennek esélye.

A kapcsolat megteremtése után fontos szempont volt, hogy a vezetőt emberségesen, de izoláljuk a folyamatosan érkező külső hatásoktól (például „félre jönnél-e, hogy nyugodtan válthassunk néhány mondatot?”), más jelen lévők reakcióitól (interjúk folyamatos igénye, a csoporttagok érthetően labilis érzelmi állapota stb.) Ezáltal igyekeztünk lehetővé tenni számára a higgadt helyzetértékelést és döntéshozatalt, amely együttműködésben meg is hozta az eredményét. A kapcsolatfelvétel után, az alkalmazás teljes időtartama alatt, a szerző a migránsok vezetője mellett maradt, szinte folyamatosan kezét annak vállán tartva, hogy lehetősége legyen az akkor még nem stabil érzelmi helyzet kontrolljára, és az esetleges változásokra való gyors reagálásra. Az alkalmazás végén már a migránsok vezetője igényelte a pszichológus folyamatos jelenlétét, és hálás volt a nyújtott segítségért, támogatásért.

A krízisintervencióban részt vevőkre a munka teljes időtartama alatt empatikus, kulturális és vallási különbségekre érzékeny magatartás és példaértékű egymás közötti együttműködés volt jellemző. Az alkalmazás sikeréhez nagyban hozzájárult a rendvédelmi szervekkel való kitűnő, kifejezetten rugalmas együttműködés. A civil, önkéntes pszichológusnak hatósági gépjármű használatát is engedélyezték. A szakmaiság szem előtt tartása mellett, a migránsokkal más szervezetek tagjaiként önkéntes munkát vállalók felajánlotta, a tárgyalást előre vivő segítségét szívesen fogadtuk. Az alkalmazást kezdetben inkább hátráltató média képviselői (a helyszínre érkezéskor már a fizikai helyváltoztatás is nehezített volt azok csoportosulásai miatt) a későbbiekben nagyobb körültekintéssel, figyelmesebben végezték munkájukat. Munkavégzésük nem is került korlátozásra a pszichológus által. A vándorló csoport vezetőjével történő kapcsolatépítés szakaszában, több kamera is nem több, mint fél méterről rögzítette a kommunikációt. Leszögezhető, hogy zavaró volt, de fizikai-érzelmi biztonságot is nyújtott a pszichológus számára, mert a vándorlók vezetőjének is tartania kellett magát az addig önmagáról kialakított képhez, a szerepéhez, a beleegyezettekhez, az "adott szóhoz".

3. A KUTATÁS ELMÉLETI ELŐZMÉNYEI

Habár az Amerikai Pszichiátriai Társaság már 1964-ben említi röviden a katasztrófa-krízisintervenciót végző személyeknél jelentkező stresszt, az amerikai Vöröskereszt számára írt pszichológiai elsősegélyről szóló útmutató könyvében, ez a terület, több, mint fél évszázad elteltével is alulkutatott. A pszichoszociális intervenció, e szakterületen egyik alpmunkának számító kézikönyvében (Ehrenreich, 2001) a szerző leírja, hogy a hivatásos beavatkozó állománynál a „védekező-hárító távolságtartás” attitűdje a jellemző. Használhatják a „fekete humor” megtapasztalt stresszcsökkentő hatását, a látszólagos érzéketlenség beállítódását értelmezhetik úgy, hogy a sikeres mentés, segítségnyújtás fontosabb az érzelmeik kifejezésénél. Ők maguk tehát, nem keresik, nem várják el a segítséget, sőt visszautasíthatják azt. Ez összefügghet a katasztrófa-segítségnyújtásban nagy általánosságban inkább résztvevő férfiak társadalmi szerepével, a legtöbb kultúrában egy férfinak nem illik panaszkodnia, nem kérhet segítséget. Ehrenreich megállapítása mellett a tapasztalat azt mutatja, hogy hasonló beállítottságú az önkéntes segítők többsége is. Ezen okok lehetnek alapja annak a ténynek, hogy a tudományos hitelesség szintjén viszonylag kevés adatunk van a rendkívüli helyzetekben, katasztrófák esetén beavatkozó, segítő, önkéntes és hivatásos segítő személyek érzelmi, kognitív és megküzdési jellemzőiről, illetve a hivatásosok és az önkéntesek összehasonlító elemzéséről. Ha fellelhetők is kutatások e témakörben, azok az 1990-as, esetleg a 2000-s évek első évtizedében publikáltak. Ezt a megállapítást támasztja alá többek között Zsidó és Csókási (in press) akik kiemelik, hogy kevés publikáció és kutató foglalkozik ezzel a témával, meglehetősen alulkutatott a terület, a legtöbb cikk a megelőzést szolgáló lépésekről szól, arról, hogy egy veszélyhelyzetre hogyan lehet a legcélszerűbben felkészülni. Szintén a közelmúltból származik a japán Takahashi (2014) megállapítása, hogy a hivatásos beavatkozó állomány mentális állapotának kutatása sokszor háttérbe szorul. Mindezt alátámasztja több más szerző is, mint Roza (2007), akinek kifejezetten a hivatásos beavatkozó állománnyal foglalkozik a munkája, de elméleti beállítottságú, kutatási eredmények ismertetése nélkül.

Mitchell (2016) *Stress in Emergency Personnel* című összefoglaló, elméleti tanulmányában is megemlíti, hogy 1964 előtt, amikor az Amerikai Pszichiátriai Társaság először tett említést a katasztrófa elhárításban részt vevőknél jelentkező stresszről, úgy tekintettek a jelenségre, mint ezzel a munkával járó szükségszerűsége. Ez is lehet magyarázata a viszonylag kevés, témába vágó kutatásnak.

A szakirodalmi előzményekkel kapcsolatban érdemes további szempontként leszögezni, hogy szemléztük a ScienceDirect, Academia, Researchgate, Google Scholar, PubMed, tehát a legtöbb hivatkozást tartalmazó adatbázisok ismertebbjeit, a relief and rescue worker, firefighters, personality traits, mental health és a témát leginkább leíró további kifejezésekre. Így magunk is megállapíthattuk, hogy pl. a PubMed adatbázisban a „mental health of firefighters” keresésre 192 találatot mutatott a tárhely, a „mental health of rescue and relief workers” kifejezésre keresve pedig mindössze 25 kutatás adatai jelentek meg (2020. 05. 03-án). A „psychology of firefighters” kifejezés-összetételre a ScienceDirect listázott 1338 találatot (2021. 03. 01.), ami nagyon kevésnek számít más lélektani, klinikai témákhoz képest, ráadásul ezen publikációk közül is mindössze néhány fedte le érintőlegesen kutatási témánkat. A tevékenységet jobban fókuszban tartó, specifikus szaklapok (pl. International Journal of Emergency Services, Journal of Occupational Health Psychology) közölnek ugyan felméréseket, de ezeket szemlélve is csak néhány releváns összegzésre sikerült bukkanni a kutatásunk szempontjából. Az előbb ismertetett korlátokat figyelembe véve is megfogalmazható ugyanakkor, hogy a következőkben ismertetett tanulmányok elégséges elméleti, szemléletbeli alapját adják a disszertációnak. Néhány kevesebb részletességet indokló kutatás ismertetése után azon tanulmányok, könyvfejezetek eredményeinek, tanulságainak bemutatása következik, amelyek jelentősebb mértékben adták felmérésünk elméleti alapjait. Végül a kutatás szempontjainak jobb strukturális értelmezhetősége okán, külön kerülnek ismertetésre az elmúlt évek magyarországi, témánkkal rokon eredményei, összegzései.

Ide kívánczok további érdekességként és munkánk szempontjából is fontos megállapításként, hogy az elmúlt években a hivatásos katasztrófavédelmi beavatkozó állomány tagjainak mentális- és személyiségvizsgálata inkább a távol-keleti kultúrák kutatóira jellemző, és kevésbé az angolszász vagy az európai tudósokra (Kim, 2002; Saijo, Ueno és Hashimoto, 2008; Ha és mtsai., 2008; Kang, 2009; Chol, Kim és Cho, 2009; Yoon és Kim, 2014).

A segítők személyiségvonásaira, a tevékenységükhöz kapcsolódó klinikai jellegű tapasztalásukra vonatkozó szakirodalmat mindenképpen az előbbieken már említett Mitchell munkásságának részbeni bemutatásával érdemes kezdeni. Mitchell (1983), Mitchell és Bray (1990) a segítők segítése, és a lejjebb ismertetett stresszkezelési támogatási forma hatékony alkalmazhatóságának céljából meghatározták a különböző formájú és fajtájú mentőakciókban részt vállaló szakemberek alapvető személyiségjegyeit. Kutatásaik alapján a rendőrség, a tűzoltóság és a mentők tagjait a következő

személyiség tulajdonság-struktúra jellemzi, habár mindhárom tevékenység jól körülhatároltan különbözik a másiktól:

1. Összességében nyugodt, higgadt, mértéktartó attitűd a munkájuk során, nem kerülnek a rájuk leselkedő veszélyeket. Klee és Renner (2012) a Mitchell-féle meghatározást közel három évtizeddel később összegezve alacsony neuroticizmusként jellemzi ezt a kategóriát.
2. Viszonylag hamar megjelenik náluk az unalom érzése. Klee és Renner (2012) szerint ez az extravertáltság jegye.
3. Jellemzően hagyományörző, tradicionális beállítottságúak és kompulzivitás is kimutatható az esetükben (alacsony nyitottság, zárkózottság személyiségjegy)
4. Magas teljesítménymérce, részletekre figyelés képessége, olykor obszesszivitás kényszeresség lehet jellemzőjük (magas szintű lelkiismeretesség)
5. Empatikus, odaadó, mások segítségének vágya, de akár szükséglete, az énhatárok megtartásának nehézsége, a "nemet mondás" nehézsége (magas szintű egyetértésre törekvés)
6. Teljesítmény- és cselekvésorientáltság, a kihívások elfogadása (intenzív kockázatvállaló és versengő magatartás Klee és Renner (2012) megfogalmazásában).

A fenti személyiség-konstellációt "Rescue Personality"-nek nevezték el. Megállapítják továbbá, hogy adataik elemzése alapján az ilyen jellegű segítő személyiség nem elsősorban a szocializáció következménye, hanem inkább egy, a segítségre irányuló predispozíció. Kifejezetten ezt a személyiségtípust szem előtt tartva fejlesztették ki (elsősorban Mitchell) az egyik, a traumatizáció negatív hatásait csökkentő feszültséglevezető módszert, a kritikus események okozta stressz, nem klinikus populációban való ventilálását lehetővé tevő Critical Incident Stress Debriefing-et. (CISD)

Klee és Renner (2012) Mitchell munkásságát elemezve megállapítják, hogy a fent ismertetett személyiség struktúra nem kizárólag a hivatásos segítőket jellemzi, hanem az önkéntesekre is igaz. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy ezt nem a kutatásunkra jellemző egyrészt hivatásos tűzoltó, másrészt önkéntes krízisintervenciót végző személyek mintáján kapott eredmények alapján állapították meg. Az említett kutatók mintáját egészségügyi sürgősségi tevékenységet végzők alkották, amely tevékenység protokolljában részben eltér a krízisintervenció jellemző szabályaitól (utóbbi általában nagyobb közvetlen fizikai veszéllyel és lelki megterheléssel járhat). Tekintettel azonban

arra, hogy empirikusan is vizsgálták a Mitchell-féle segítői személyiséget a HPI-K (Hamburg Personality Inventory) rövid változatú kérdőívvel, ezért érdemes eredményeiket ismertetni. Megállapították, hogy az egészségügyi veszélyhelyzet-kezelésben részt vevők alacsonyabb neuroticizmus értéket értek el az átlag populáció tagjaihoz képest és kisebb pontszámot a nyitottság, illetve barátságosság, egyetértés dimenzióiban is. Ugyanakkor jelentősen magasabbat a lelkiismeretesség, a kockázatkeresés és versengés vonások tekintetében. Az extravertáltság mutatója viszont nem tért el az átlag populációjétól. Megállapították azt is, hogy a 176 fős mintából körülbelül azonos arányban lévő hivatásosok és önkéntesek (96 és 77 fő) között nincs különbség az említett tulajdonságokat, vonásokat illetően. Ez az eredmény támogatja azt a jelen kutatásban vállalt hozzáállást, hogy a második vizsgálatunk esetében egy mintaként kezeltük a hivatásos segítőköt és az önkénteseket.

Lopez Cardozo és mtsi. (2012) munkája, amelyben a Team Cohesion Scale, a Coping Strategy Indicator, a Hopkins-skála (HSCL-25) és a Maslach Burnout Inventory (MBIHSS) mérőeszközöket használva, a szorongást, a depressziót, a kiégést és az étellel való elégedettséget vizsgálták 214 fős mintán, amelynek 59% volt nő, átlagéletkor 34 év volt, és 88% egyetemi végzettséggel rendelkezett. Megállapították, hogy a szorongás, a depresszió és a disszertessz szignifikánsan magasabb volt a felmérésben részt vevőknél beavatkozás után, mint előtte. A megnövekedett prevalencia az alkalmazás után 3-6 hónapig volt szignifikánsan kimutatható. A kiégés tekintetében, úgy annak deperszonalizációs, mint érzelmi kimerültség alszállainak vonatkozásában, az alkalmazás után magasabb értékek kerültek kimutatásra. Az étellel való elégedettség esetén azonban nem sikerült szignifikáns változást mérni. A tanulmány fontos megállapítása, hogy alkalmazás után ugyan nő a szorongás, a depresszió a kiégés veszélye, de a szociális támogatottság csökkenti a negatív tényezők hatását.

A vészhelyzet-kezelésben résztvevő beavatkozó állomány akut distressznek (ASD) való kitettségét (Salama, 2003) Jensenre (1999) hivatkozva elemzi, és megállapítja, hogy egy másodlagos traumatizáció is megállapítható náluk, amely tömeges erőszak tanúként való megélése után, vagy mély trauma „első kézből” hallása után mutatható ki

A hivatásos beavatkozó állomány személyiségtulajdonságait vizsgálva Jacobson (2006) megállapítja, hogy a kiégés kisebb mértékű, amennyiben az együttérzéssel járó megelégedettség magas.

Egy kutatócsoport (Jayasinghe, Giosan, Evans, Spielman és Difede, 2008) elsősorban a beavatkozó állománynál jelentkező érzelem, a harag és a poszttraumás tünetegyüttes

(PTSD) összefüggéseit vizsgáló tanulmányában, 1040 fős mintán STAXI-2 (harag), és CA PTSD kérdőíveket használva megállapította, hogy a harag és a depresszív tünetek szignifikáns szerepet játszanak a PTSD kialakulásában, a beavatkozás előtt és után is.

Connorton és mtsai. (Connorton, Perry, Hemenway és Miller, 2012) összefoglaló tanulmányukban az 1999 és 2010 között megjelent szakcikkeknek tekintették át a PsycInfo, Medline és a Google Scholar adatbázisa alapján és habár a már többször említésre került kifejezetten kevés tanulmányt találtak a nem hivatásos segítő foglalkozásúak mentális egészségét fókuszba állítva. Mindössze 12 felmérés eredményeire bukkantak a témában több, mint egy évtized, az említett három adatbázisban szereplő publikációit átnézve (a publikált további öt tanulmány, elsősorban az önkénteseket foglalkoztató szervezetek működési rendszerét elemezte). Összefoglaló tanulmányuk legelején megállapítják, hogy több ENSZ segélymunkatárs (a világszervezet hatáskörébe tartozó szervezetek önkéntesei) veszítette életét 1999-ben, mint béketeremtő katona, amelyek 69%-a erőszakos cselekmény áldozata lett, amely veszély nyilvánvaló hatással lehet a mentális egészségükre. A munkájukkal emellett járó másodlagos traumatizálódás pedig további érzelmi, kognitív veszélyeket rejt magában, amelyeket a leíró esettanulmányok igazolnak, a poszt-traumás tünetegyüttesre irányuló megállapítások empirikus igazolásai azonban nem következetesek. Témánkat érintő további megállapításuk, hogy a rendkívüli helyzetben tevékenykedő segélymunkások és segítőik alkalmazása egyre intenzívebb a világban, a feladatuk és szerepük a mai napig nem teljesen meghatározott. Nincs konszenzuson alapuló, általánosan elfogadott tudományos definíciója a tevékenységnek. Továbbá Connorton és mtsai (2012) megállapítják, hogy a segítőik nincsenek felkészítve és kiképezve a traumák önmagukra vonatkozó hatásainak kezelésére.

Az átfogó tanulmány – a 12, egy évtized távlatában talált publikációt elemezve – megállapítja, hogy a segítőik, segélymunkások (a kifejezés először 1976-ban került használatra a tudományban Edwards által) jelentős stresszt élnek át, amelyek közül az öt legjelentősebb:

1. a félelmetes, testi-lelki integritást veszélyeztető helyzetek, 55-78% arányban,
2. a fenyegetés, üldözöttség, 16-47% arányban,
3. a családtól való kényszerű távollét, 40%-ban,
4. az iroda vagy az otthon lerombolásától való félelem 13-43%-ban,
5. a helybeliek rosszindulata 10-37% arányban

A jelen disszertáció elemszámának értelmezéséhez szintén fontos adalékot említenek az összefoglaló tanulmány szerzői. Megállapítják, hogy a három adatbázisban fellelt 12

felmérésből mindössze 4 esetében volt nagyobb minta elemszám, mint 100, és leírják, hogy a férfiak aránya a nőkhöz képest 2/3, amely arány nagyon hasonló a jelen kutatás mintájának nemek közötti megoszlásával.

Öt tanulmányban jelentős, 8-43% PTSD hatást mutattak ki az önkéntes katasztrófa- vagy krízishelyzet-segítőknél, ötben valamivel kisebb 1-30% mértékűt. További egészség- és klinikai pszichológiai tényezők esetében három cikkben jelentős mértékű depresszív-, vagy általános szorongás tünetek jelenlétéről értekeztek a kutatók, egy tanulmányban a PTSD bejósoló mutatóit vizsgálták. Egy kutatás az alkohol hatásairól szólt. Összeségében megállapítják a kutatók, hogy az átfogó elemzés 12 tanulmányának tanulságai alapján leszögezhető, hogy a kritikus helyzetekben tevékenykedő segélymunkások krónikusan traumatizálódnak, ami általánosságban fokozottabb poszt-traumás tünetekben jut kifejezésre az átlag populációhoz képest.

Az összesítő tanulmány következtetései találkoznak jelen disszertáció céljaival, bizonyos megállapításaival:

1. A katasztrófa- és rendkívüli helyzetekben segítőkét célszerű felkészíteni atrauma és stressz következményeinek ellensúlyozására, és pszichológiai támogatásuk feltételeinek megteremtése szükséges feladat,
2. A segélymunkások további felmérése javasolt a stressz, trauma, depresszió, mentális egészség vonatkozásában,
3. A PTSD és a traumatizálódás kritériumainak további pontosítása szükséges

Iménti megállapítások további részletezése során a kutatók véleménye az, hogy nincs megfelelő bizonyosság arra vonatkozóan, hogyan lenne cél- és szakszerű felkészíteni a rendkívüli helyzetekben segítőkét a stressz és trauma kezelésére, mentális egészségük megőrzése érdekében. A megelőzés fontosságát, tréning vagy más formájú felkészítés, támogatás formájában külön hangsúlyozzák, de további elemzésekre van szükség ezek pontos formájának, struktúrájának megállapításához.

Ami viszont a további kutatásokat, elemzéseket illeti a szerzők kitérnek annak nehézségeire. Egy általuk említett tanulmányban például a civil szervezet munkaerő-osztályának munkatársai felmérése során derült ki, hogy pszichológiai támogatásuk kevésbé élvezett elsőbbséget, mint a helybeli lakosságé. Megállapítják továbbá, hogy a segítők érezhetik úgy, hogy kognitív-érzelmi szükségleteik kevésbé fontosak, mint a többi emberé. Itt ismét párhuzamba szükséges állítani az előbbi megállapítást a disszertáció kutatási nehézségeivel, elemszám méretével.

Végezetül, ez a tanulmány is megerősítése lehet a disszertációban említésre kerülő szakirodalmi hivatkozások viszonylag kis számának, azáltal, hogy megállapítja: „a katasztrófa segélymunkásokra nehezedő pszichológiai hatások kutatásai korlátozottak.” Lee, Park és Sim (2018) a poszttraumás tünetegyüttes jeleit és a megküzdési módok fajtáit hasonlította össze a Dél-koreai tűzoltók és az ország átlagpopulációja között. Tanulmányukat azzal kezdik, hogy megállapítják, miszerint a hivatásos tűzoltókat kétfajta stressz is éri munkájuk során: az egyiket, maga a veszélyhelyzet, a rendkívüli esemény okozza, a másikat a szerepük, mint akiknek megbízható, problémát megoldó segítséget kell nyújtaniuk. Mindez megnövekedett distresszből fakadó pszichológiai problémákkal járhat. Ezen okokból kifolyólag már a DSM-V is azt sugallja, hogy a tűzoltók és más veszélyhelyzeti segítők körében magas kockázata van a PTSD kialakulásának. Több kutatásban kaptak 13,7 és 57% közötti PTSD kialakulási arányt, a kritikus helyzetekben munkájukat végzők között, de megemlítik, hogy viszonylag kevés adat van a tűzoltók pszichológiai reakcióiról, mutatóiról a feltételezhetően traumatizáló eseményekkel összefüggésben (PTE, potentially traumatic events). A kutatásban részt vevő 212 tűzoltó eredményeit 2013 januárjától 2015 szeptemberéig gyűjtötték, míg az átlagpopuláció mintája 500 főt számlál. Az átlag munkatapasztalat a tűzoltóknál 14,37 év volt (szórás: 9,13) amely eredmény – mint később elemezzük – nem tér el jelentősen a jelen kutatás mintájának átlag munkatapasztalatától (M: 9,81 év, SD: 6,30). A kutatásban részt vett nők alacsony száma (12 fő) is hasonló ahhoz, amit Magyarországon kaptunk a hivatásos katasztrófa-krízisintervenciót végzők mintájában. Az IES-R kérdőívvel (Események Hatása Kérdőív), a WCCL eszközzel (a Megküzdési Módo Ellenőrző Listája, Ways of Coping Checklist), a Gyermekkor Trauma Kérdőívvel (CTQ-SF) és a BDI-vel (Beck Depresszió Kérdőív) felvett adatok elemzése után a szerzők megállapítják, hogy a depresszió tekintetében a tűzoltók és a traumatikus eseményt nem átélt átlagpopuláció tagjai jelentősen alacsonyabb értéket kaptak az átlagpopuláció azon tagjainál, akik arról nyilatkoztak, hogy átéltek már traumatikus eseményt. A Gyermekkor Trauma Kérdőíven kapott értékek azonban a tűzoltóknál és a traumát átélt embereknél voltak jelentősen magasabbak ($p < 0,001$). Az események Hatása kérdőíven a tűzoltók alacsonyabb értékeket kaptak a traumát megélt átlagot képviselő személyeknél. A megküzdési módok esetében a dél-koreai tűzoltók problémafókuszú irányultsága mindkét normál populációnál jelentősen erőteljesebb volt. A PTSD és a megküzdési módok összefüggéseit is vizsgálták a kutatók, akik megállapították, hogy a problémafókuszú és

a szociális támogatást kereső megküzdési módok elsősorban a tűzoltók körében jelentősen csökkentik a poszttraumás tüneteket

(-0.64, $p < 0,001$, illetve -0.78, $p < 0,001$). Az eredmények elemzésével a szerzők megállapították, hogy az aktív megküzdési hozzáállás, mint a tervezés, szociális támogatás keresése, és a kognitív áttervezés, átkeretezés jótékony hatású lehet a hivatásos tűzoltók körében a pszichológiai distressz csökkentésében. Ezek a megküzdési formák aktív viselkedésbeli hozzáállásról tanúskodnak. Ezek szerint a felmérésben részt vett személyek a stresszel telített helyzeteket kognitív úton vagy aktivitással kezelik. Megállapították továbbá, hogy a tűzoltók kisebb enyhébb PTSD és depresszív tünetekről számoltak be, mint az átlag dél-koreai populáció.

A kutatók ugyanakkor megállapították azt is, hogy a feszültségcsökkentés, mint passzív, érzelemvezérelt megküzdési mód szintén korrelál a traumát követő tünetek jelentkezésével, de ez a hatás általánosságban erősebb az átlagpopulációnál, mint a tűzoltóknál. tehát – ahogyan elemzésüket zárják – a PTSD-vel szembeni passzív megküzdésnek kisebb a szerepe a hivatásos tűzoltók esetében.

Ugyancsak dél-koreai kutatók, Jang, Kim, Park és Kim (2020) elemezték a tűzoltók életminőségének és mentális egészségének összefüggéseit (a szakirodalmi áttekintés fejezetben már hivatkoztunk arra a tényre, hogy az elmúlt időszakban inkább a távolkeleti kutatók publikálnak eredményeket a hivatásos katasztrófavédelmi állománnyal kapcsolatban). Tanulmányukban megemlítik - ami közös vonás a magyarországi katasztrófavédelmi struktúrához hasonlítva – hogy a dél-koreai tűzoltók szintén az összes olyan esemény kapcsán bevethető, amelyek biztonsági kockázatot rejtenek magukban. Tehát, a hazaiakhoz hasonlóan, nem csak tűzesethez hívhatják őket, hanem mindenféle mentési munkálatban részt vesznek (autóbaleset, lezuhant ember, fa kidőlése stb.) Ez a munkaköri kötelezettség-hasonlóság közelítheti a mentális egészségre, életminőségre vonatkozó jellegzetességeket a dél-koreai és a magyarországi tűzoltók, mentést végzők között. Még egy fontos hasonlóságot említenek Dél-Korea és Magyarország között, ami még inkább fontossá teszi számunkra a Jang és munkatársai által kapott eredményeket. Megállapítják, hogy országukban a főváros jelentősége eltúlzott, gazdasági, oktatási, kulturális és politikai értelemben is.

Munkájukban többek között a japán tűzoltók körében végzett vizsgálatra való hivatkozásból (Saijo és mtsai, 2008) indulnak ki, hogy a feladatok sokasága és sokrétűsége negatívan befolyásolja a hivatásos tűzoltók mentális egészségét. Mivel a munkaköri stressz aláássa a mentális egészséget, ennek kezelése, ennek támogatása a

tűzoltók mentális egészsége szempontjából központi helyet érdemel (Ha és mtsai, 2008). Jang és mtsai. 206 tűzoltót vizsgáltak, 110 fővárosit és 96-t vidéki településekről. A kor, a nem, az iskolai végzettség, a családi állapot, munkatapasztalat mellett a Beck Depresszió Kérdőív, a Pszichoszociális Jólét Kérdőív rövid változatát (PWI-SF, Psychosocial Well-being Index – Short Form), a Koreai Munkaköri Stressz Kérdőív (Korean Occupational Stress Scale, KOSS) és a WHO Életminőség Kérdőívét (WHOQOL-BREF) használták, mint mérőeszközöket. Ezekkel megállapították, hogy jelentős különbség tapasztalható a vidéki és fővárosi tűzoltók között a mentális egészség mindegyik mért aspektusában, kivéve az életminőséget. Az életminőséggel kapcsolatban leszögezik, hogy erre a változóra a legnagyobb hatással a pszichoszociális jólét van a vizsgált mintán, utána következik mértékében a munkaköri stressz, a depresszió és az életminőségre legkisebb hatású a munka- és élethelyszín.

A szerzők következtetésként megállapítják, hogy elengedhetetlenül szükségesek a mentális egészségre hatást gyakorló tényezőkre - mint a pszichoszociális egészségre gyakorolt stressz, a munkaköri stressz és a depresszió - olyan beavatkozásokat, támogatási módokat alkalmazni, amelyekről a tűzoltók életminőségének javítása függ.

Wagner, Pasca és Crosina (2016) hivatásos tűzoltók 94 fős mintáján, a kutatásban részt vevők személyiségének és mentális egészségének viszonyára kérdőíves felméréssel keresték a választ. Azt az eredményt kapták, hogy a neuroticizmus vonása és a barátságosság, az egyetértés hiánya jelentősen előrevetíti az ellenséges magatartást, ellenséges érzelmeket. Az utóbbi pedig jelentős, pozitív irányú prediktora a szomatizációnak, az obszesszív-kompulzív tüneteknek, a depresszióknak, a pszichotikus megbetegedésnek. Ebből következően megállapítják, hogy az ellenséges érzelmekre történő figyelem, azok csökkentése, tompítása jótékony hatású lenne a tűzoltók esetében, pl. harag- és frusztrációkezelő tréning segítségével.

Kyron és mtsai. (2021) a veszélyhelyzeteket kezelő segítők, a rendőrség, a mentők és a tűzoltóság tagjait érintő összefoglaló tanulmányában több, a jelen kutatás témájába vágó megállapítást tesz. Először is felhívják a figyelmet, hogy az övük előtt összesen egy átfogó, elemző szakcikk jelent meg a potenciálisan traumatikus események mentális, érzelmi kockázati tényezőivel, illetve a PTSD hatásaival kapcsolatban hasonló mintákon végzett kutatások összegyűjtésével (DiGangi és mtsai., 2013). A szerzők ebben az esetben 66 tanulmány adatait összegezték, ebből 18 vonatkozik tűzoltókra. Ezek alapján azt a mára már általánossá váló következtetést vonják le, hogy a segítők magasabb kockázatnak vannak kitéve a lakosság többi tagjánál, ami a mentális zavarokat, az

öngyilkosságra való hajlamot, a krónikus fájdalmat és az alvászavarokat illeti. Külön összegzik a kognitív tényezőkre, a megküzdési lehetőségekre, a személyiségvonásokra kapott kutatói ismereteket. Megállapítják, hogy a rumináció, az őrlődés - amit jelen kutatás is vizsgál - egyértelműen együttjár a PTSD kialakulásával., de a depresszív tünetek megjelenésével nem. A frusztráltság, az ellenségesség vonása ugyancsak pozitívan korrelál a PTSD megjelenésével. Csakúgy, mint a negatív én-ézelések is. Ugyanakkor leszűrjük azt a tanulságot is, hogy a szociális támogatottság, a társas támasz jelentősen tudja csökkenteni a napi stresszorok okozta depresszív tünetek kialakulását. A megküzdési módok tekintetében - amely egy másik fókusz a jelen kutatásnak és értekezésnek - az összegzésben először kizárólag olyan fizikai szempontok kerülnek említésre, mint a szabadidős tevékenység és a relaxáció. Utána azonban az elkerülést, mint megküzdési módot vizsgálva megállapítják, hogy az nem vetíti előre a PTSD megjelenését. Wagner, Pasca és Crosina (2016) előzőekben említett kutatásához hasonlóan a személyiségvonások közül a neurotikus jegyeket emelik ki ebben az átfogó tanulmányban, mint a PTSD kialakulásával korreláló tényezőt. A poszt-traumás stressz tünetzavarral kapcsolatban végezetül megállapítják, hogy a megrázó munka- és életesemények után, mint amilyen egy komolyabb tüzeset (erdő- és bozóttüzek, ipari tüzesetek stb.) nagyobb ennek kialakulási esélye.

A hazai szakirodalomban, a nemzetközihez hasonlóan, viszonylag kevés kutatásról találunk hivatkozást. A felsőzsolcai, 2010-s árvíz alkalmat adott elemzésekre (V. Komlósi, Rózsa, Milanovich, Lénárt és Komlósi, 2010) de kutatási eredmények ismertetése nélkül. Született átfogó munka is (Zellei, 2000; Sebestyén, 2015) amelyekben az elméleti megfontolások mellett a tapasztalat hangsúlyos, de a témában releváns kutatási eredmények bemutatása nélkül.

Viszonylag nagy, 200 fős tűzoltómintát vizsgálva Hornyacsek (2012) tényfeltáró kérdőívet alkalmazva, több releváns megállapítás mellett azt a témánkat érintő eredményt kapta, hogy még a hivatásos, nap mint nap mentést végző emberek is tapasztalnak döntésképtelenséget a vészhelyzet helyszínére érve, továbbá félelmet, koncentrációzavart, vagy a „sírni lenne kedve” érzését. Ugyanakkor ezek a reakciók 88 és 89,5% közötti arányban mindössze 1-3 perc alatt elmúlnak.

A Pécsi Tudományegyetem kutatói (Zsidó és Csókási, in press) a Vészhelyzeti Reakció Kérdőív megalkotása közben - nem kifejezetten a beavatkozó állomány jellegzetességeit vizsgálva, megállapítja - hogy „minél szorongóbb és depresszióra hajlamosabb valaki,

valamint minél érzékenyebb valakinek a viselkedéses gátló rendszere (BIS), annál valószínűbb, hogy egy vészhelyzet során lefagy, leblokkol, szervezetlen viselkedést mutat és nem lesz képes aktívan cselekedni”. „A feladatközpontú megküzdés valóban jellemző azokra, akik nap, mint nap vészhelyzetekben vesznek részt, rájuk szinte alig jellemző az érzelmi fókuszú megküzdés. Azonban az elkerülő stratégia esetén nem találtunk különbséget. Összegzésképpen tehát elmondható, hogy több olyan faktort is találtam, melynek mentén elkülöníthetők voltak a veszélyes foglalkozást űzők (részben tűzoltók – szerző megj.) és élménykeresők az átlag populációtól. Előbbi két csoport tagjai úgy jellemezhetők, mint kevésbé szorongók, kevésbé hajlamosak a depresszióra, kevésbé érzékenyek a környezet ingereire és alacsonyabb a viselkedéses gátló rendszerük érzékenysége.”

Egy krízishelyzetet jelentő esemény lezajlása és a fokozott igénybevétel érzésének összefüggéseit vizsgálva a Pécsi Tudományegyetem adjunktusa (Deák, 2016) figyelemkeltő eredményekre jutott az árvízi védekezéssel kapcsolatban. A Magyar Vöröskereszt hivatásos munkatársainál a fokozott stressz érzete már három nappal az esemény várt bekövetkezése előtt jelentkezett, s az után további három napig volt azonos intenzitással jellemző. (Ti. az árvíz Ausztria felől Magyarországra történő megérkezését a vízszint emelkedése alapján előre lehetett jelezni, következésképp a hivatásos munkatársak felkészülése jóval az esemény bekövetkezése előtt megkezdődött. Ez okozta a fokozott stressz érzetét már három nappal az esemény bekövetkezése előtt.) Ugyanakkor, az önkéntesek a legnagyobb stresszt kizárólag az esemény alatt regisztrálták, azaz kognitív-érzelmi megterheltségük napokkal rövidebb volt. Fontos kiemelni azonban, hogy az önkéntesek bevonása csak az árvíz megérkezésekor kezdődött, a felkészülésben/előkészületekben nem vettek részt. Az eredmény arra hívja fel a figyelmet, hogy a hivatásos munkatársak segítése fokozott figyelmet igényel.

Mindenképpen tovább tágítja a felmérés elméleti alapjait Mayer (2012) a doktori disszertációjában ismertetett kockázatkereső magatartás megélését elemző kutatása, amely során, az egyik almintát tűzoltók alkották. A 170 fő mindegyike férfi volt, átlagéletkoruk 32,15 év. A TCI (Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív), a BSSS-8 Szenzoros Élménykeresés Skála rövidített változata, az RS-15 Reziliencia Kérdőív és az AMS-R Teljesítménymotiváció Skála használatával azt kapta, hogy a tűzoltók Önirányítottság és Együttműködés alskálákon jelentősen magasabb értékeket kaptak a másik három almintá (extrém sportolók, bűnözők és kontroll) tagjaihoz képest. A rezilienciára irányuló képességük is jelentősen magasabb a többiekhez viszonyítva. A

karakterérettség tekintetében a 170 főből 137 kapott olyan eredményt (80,6%), amely az érettségét igazolta, és csak 33-an (19,4%) voltak nem érettnek tekinthetők. Mayer leszögezi, hogy a tűzoltókra kevésbé jellemző az anticipátoros szorongás, mint a másik három minta tagjaira, kevésbé félnek a veszélytől, magabiztosabbak, energikusabbak, jobban telve energiával. Ugyanakkor a segítőkészség mellett, a mások elismerésétől való függés is jobban sajátosságuk az összehasonlításban szereplő emberekhez képest. Nagyfokú unalomtűrés jellemző rájuk.

Végezetül V. Komlósi, S. Nagy, Rózsa 2018-ban lefolytatott vizsgálatával záránk az elméleti háttér ismertetését. Több olyan foglalkozási csoport eredményeit hasonlították össze, akik rendszeresen traumatizált személyekkel találkoznak munkájuk során, mint egészségügyi dolgozók, pedagógusok, szociális szolgálatot teljesítők, illetve a rendvédelem szakemberei (tehát nem mindannyian katasztrófavédelmi munkatársak), akik 103 fővel alkották a saját mintájukat. A WHO jól-lét tesztjével (WHO-5), depressziót mérő kérdőívvel (CES-D), szubjektív testi tüneteket mérő skálával (PHQ-15), a rezilienciát mérő kérdőívvel (CD-RISK), a Szakmai Életminőség Skálával (ProQol), a munkájukat terhelő események listázásával a traumatizáció és a kiégés közötti jelentős mértékű pozitív kapcsolatot találtak.

Az elméleti kitekintés leszűrt tanulságait összegezve megállapítható, hogy ahogyan ezt egyébként Herman (2011) megjegyzi a trauma jelenségére vonatkoztatva is, a katasztrófa krízisintervenciót végzők személyiségjegyeinek, mentálhigiénéjének kutatásában és az ezáltal történő támogatásuk lehetséges módjaiban, még mindig sok a fehér folt. Milyen személyiségjegyeket, érzelemszabályozási, megküzdési jellegzetességeket érdemes a kiválasztásnál elsősorban figyelembe venni? Ezek hogyan viszonyulnak a nemcsak sikeres, hanem a személy elégedettségét, jóllét érzését is szülő folyamatos, akár évtizedeken át tartó munkavégzéshez? Hogyan tudja a pszichológia a saját eszközeivel támogatni e fokozott stresszel járó tevékenységet? Kellő és időben történő odafigyeléssel ezen a jelentős mentálhigiénés terheltséget jelentő tevékenységi körben megakadályozható-e a kiégés? Mit tudnak tenni maguk a veszélyhelyzet-kezelést végzők a lelki egyensúlyuk megőrzéséért a mindennapi szinten, a gyakorlatban? Felmérésünk, több egységre és vizsgálati fókuszra bontva többek között ezekre a kérdésekre keresi a választ, vagy legalább igyekszik gondolat ébresztő felvetéseket, további ötletek alapjául szolgáló megállapításokat tenni, elsősorban leíró formában.

4. A VIZSGÁLATOK

4.1. A VIZSGÁLATOK CÉLJA

Az általános szempontokat elsőként szem előtt tartva és szűkítve a célokat a specifikusság felé, először a szakterületen még mindig nem kielégítően meghatározott katasztrófa-krízisintervenció tevékenységének **pontosabb definícióját** elősegítő további pszichológiai ismeretek megszerzése említhető. Elsősorban a tevékenység végzőire vonatkozóan teszünk kísérletet a szakkifejezés és a tevékenység pontosítására, belefoglalva a bővített definícióba azokat a részletes szükségleteket, amelyek a kutatási eredmények alapján célszerűnek tűnnek, mivel részleteiben meghatározzák a specifikus pszichológiai intervenció kognitív, érzelmi jellemzőit. Ezek elsősorban a definíció részét képező rezilienciára és érzelmi megterhelésre vonatkozó pontosítások lehetnek.

A vizsgálat másik célja a **kapott eredmények gyakorlati alkalmazhatóságának elemzése**, és a lehetőségek szerint a katasztrófa-krízisintervenciót végző hivatásos és önkéntes személyek **képzésébe való beépítése**, ezáltal a hatékonyabb munkavégzés lehetővé tétele, továbbá a munkaterhelés csökkentése, és közvetve a kiégés megakadályozása.

A legfontosabb vizsgálati cél abból a tényből következik, hogy amint az a szakirodalmi ismertetésben több helyen is említésre került, a segítő- és mentőegységek hivatásos és önkéntes tagjaira vonatkozó mentális, érzelmi, kognitív sajátosságokat elemző vizsgálatokból hiány állapítható meg e tudományterületen. A vizsgálat elsődleges célja, hogy a maladaptív sémák, a megküzdés, az érzelemszabályozás, a veszélyhelyzetkezelési viselkedés terén tovább bővítse az ismeretek tárházát. Ezen klinikai- és személyiségjellemzők kiválasztására magyarázatul szolgál, hogy a felsorolt változó-csoportok mérésével kapcsolatos publikációk nem szerepelnek az áttekintett adatbázisokban. Ezekből az állapítható meg, hogy a szakirodalom a PTSD kialakulásának a stresszel járó munkaterhelésből adódó jellemzőivel, a mentális jólléttel, a kiégéssel foglalkozik elsősorban. Ezért célunk az volt, hogy jelen felméréssel több változót vizsgáljunk, Hornyacsek (2012) jelentős eredményeire alapozva az érzelemszabályozás terén (CERQ kérdőív), Deák (2016) alapján a megküzdés kérdéskörében (CISS-48), illetve bekapcsolva a vizsgálódásba a részben tudattalan kognitív folyamatokat is, amelyekre a korai maladaptív sémák kérdőív épül (YSC-FV). Tehát, a legtöbb eddigi kutatással ellentétben, amelyekre például Connorton és mtsai. (2012) hivatkoznak összefoglaló tanulmányukban, nem egy mérőeszköz használatát terveztük, néhány

változót vizsgálva, hanem egy komplex és lehetőleg minél átfogóbb képet szeretnénk volna kialakítani a veszélyhelyzetet kezelőkkel kapcsolatban.

4.2. A VIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE

1. A veszélyhelyzeti pszichológiai elsősegélyt végzők komplex, érzelmi-kognitív-viselkedési reakció jellemzőinek, a jelen kutatás átfogó mértékében foglalkozó vizsgálatok száma nem kielégítő. Ez elmondható hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt.
2. A kutatásban kapott eredmények segítségével, a katasztrófa-krízisintervenciót végző személyek érzelmi, kognitív felkészítésére és munkájuk támogatására is javaslatokat igyekszünk tenni. Véleményünk szerint tréningek formájában, vagy a jelenlegi interaktív oktatási formákat a kapott eredmények alapján módosítva, kiegészítve, a felmérés hozzájárulhat a pszichoszociális segítségnyújtásban részt vevők megélt munkastressz-szintjének csökkentéséhez.
3. Az eredmények alapján, véleményünk szerint pontosíthatók lesznek a hivatásos segítők munkaalkalmassági vizsgálatának kritériumai.
4. Az önkéntes segítők esetében egzakt módon, kérdőívekkel mért alkalmassági elvárások eddig nem kerültek meghatározásra Magyarországon. A kutatás eredményei alapján ezt jelentős feladatnak érezzük.
5. Véleményünk szerint a vizsgálat jelentőségének szempontjait bővíti az a szemlélet, hogy amennyiben a kutatás során kapott adatokkal gyakorlati szinten (például pszichoedukációval, feszültségcsökkentő tréninggel stb.) növelhető a veszélyhelyzeti beavatkozók pszichés jólléte, az kihat a segítségnyújtás magasabb minőségére, ezáltal a károsultak, áldozatok krízisreakciónak időbeli rövidülésére, ami hosszú távon, tágabb perspektívában társadalmi, gazdasági előnyökkel is jár.

4.3. A VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK, MINTAVÉTEL

A kutatásban 127 fő töltötte ki a felmérés mérőeszközeit alkotó négy önbeszámoló kérdőívet (ld. 3.4 alfejezet). További 27 személlyel, a Pécsi Tudományegyetem hallgatóival is sikerült felvenni a négy kérdőívet tanóra keretei között. Ezt a populációt bizonyos kontrollvizsgálatok esetében elemeztük. A célul kitűzött kétszáz fős elemszámot több ok miatt nem sikerült elérni:

1. A tapasztalatok alapján a négy kérdőív kitöltése meglehetősen hosszú időt igényelt (a 1,5 órát is meghaladhatta), ami még rövid szünet beiktatása mellett is megterhelő volt a kitöltést vállalók számára.
2. A kérdőívekre adott válaszok tudatos önvizsgálatot feltételeznek, ami nem szokványos elvárás a veszélyhelyzet-kezelésben résztvevőktől. Az időtényező mellett, ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a 178 kiosztott teszteggyüttesből 77-t nem kitöltöttek, hanem visszatették a borítékba, további egy személy pedig kizárólag a demográfiai adatokat töltötte ki, a kérdőíveket üresen hagyta, így 100 értékelhető tesztet kaptunk.
3. Habár a Pécsi Tudományegyetemnek együttműködési megállapodása volt a kérdőívek felvételének időszakában a Baranyai Megyei Katasztrófavédelmi Igazgatósággal, ez nem volt biztosított országos szinten, az együttműködési megállapodás hiánya miatt, így a felmérésbe bevonhatók száma is korlátozott volt két megyére és a főváros néhány egységére.

A nehézségek ellenére megállapíthatjuk azonban, hogy mivel a Young Séma Kérdőív (teljes változat) és a CERQ kérdőív klinikai teszteknek minősülnek, a klinikai kutatások esetén pedig a kérdéses vizsgálatnál jóval kisebb elemszámúakat is publikálnak, a 127 fős mintanagyság elfogadható és a releváns statisztikai elemzésekhez, megállapításokhoz megfelelő. A hipotézisek ellenőrzésére, megállapítások tételére alkalmas nagyságú.

További szempontként említhető, hogy a kutatási területen nincs kialakult gyakorlat a minta nagyságát tekintve, hiszen, mint említésre került, már maguk a vizsgálatok nehézségbe ütköznek, nemzetközi szinten is, így a kapott minta-elemszám a vizsgálat céljai és hipotézisei szempontjából megfelelőnek tekinthető.

A kutatásban a vészhelyzet-kezelési populációt 100 fő jelenti (70 fő hivatásos segítő és 30 fő önkéntes). A csoporttagok kiválasztása rétegzett véletlen és hozzáférés alapú mintavétellel történt. A hivatásosok mintája elsősorban Baranya és Tolna megyében, a tűzoltóságokon és katasztrófavédelmi központokban került kiválasztásra, az önkéntes csoport tagjai a Magyar Máltai Szeretetszolgálat és a Johannita Segítő Szervezet, az adatok felvételének időpontjában Budapesten és környékén élő, veszélyhelyzeti fókuszú pszicho-szociális munkatársai köréből kerültek ki. A hivatásos állomány tagjainak mintája elsősorban férfi tűzoltókból áll (62 fő, további 3 fő katasztrófavédelmi referens, 5 fő pedig támogató szakszemélyzet), az önkéntesek mintáját körülbelül azonos arányban alkotják férfiak és nők. A kérdőíves felmérésre, a hivatásos állomány tagjainál – a központi engedélyeztetés mellett – a váltásparancsnokok hozzájárulásával, támogatásával

került sor. Az önkéntesek esetében, a két segélyszervezet Veszélyhelyzet Kezelési Csoportvezetőjének hozzájárulásával történt a tesztek kitöltése. Az egyetemi hallgatói alminta tagjai önkéntesen és egyénileg döntöttek a kitöltés vállalásáról. Az adatfelvétel anonim módon történt: a résztvevők egy külön borítékban adták le a beleegyező nyilatkozatot a kérdőívektől elkülönítve. A beleegyező nyilatkozatok biztonságos tárolása biztosított volt. Megállapítható, hogy ezzel a kutatási etika követelményei megvalósultak. A kérdőívek kitöltése a hivatásos állomány részéről a laktanyák pihenő helyiségében történt, az önkéntesek tesztjeit a két segélyszervezet oktatási irodájában vettük fel. Tekintettel a négy kérdőív kitöltéséhez szükséges idő hosszára, 45 perc után 5 perc szünetre volt lehetőségük a vizsgálati személyeknek. A tapasztalatok alapján a kitöltést vállalók (178 kiosztott kérdőív csomagból 100 fő) fegyelmezetten viszonyultak a másfél óra hosszúságú felméréshez.

Az egyetemi hallgatók almintája szintén rétegzett véletlen, hozzáférés alapú mintavétellel történt. A 31 kérdőív csomagból 27 volt értékelhető. Az anonimitás biztosítása és a kitöltés körülményei hasonlóak voltak, mint a krízisintervencióban tevékenykedő kísérleti személyek esetében. Egyetemi tanteremben, a zavaró körülmények kiszűrésének igyekezte mellett zajtott az adatfelvétel.

A doktori munkában elemzésre kerülő kérdőíves vizsgálat 2018 második felétől 2019 közepéig tartott. Tisztában vagyunk azzal a ténnyel, hogy a közel egy éves időtartamú tesztfelvétel torzíthatta az eredményeket az esetlegesen megváltozott külső változók hatására, mint pl. a munkaközösség személyi összetételének megváltozása, rendelkezések – érzelmekre, megküzdési módok hatékonyságának megítélésére stb - befolyással bíró módosulása, de véleményünk szerint nem olyan mértékben, amely az elemszámra tekintettel jelentős mértékben hatott volna a személyiségvonások, megküzdési módok, veszélyhelyzet-kezelési stratégiák, korai maladaptív sémák vizsgálatában kapott általános eredményekre.

4.4. AZ ALKALMAZOTT VIZSGÁLATI MÉRŐESZKÖZÖK

A vizsgált törvényszerűségek megállapítására a beavatkozó állomány tagjainak, kvantitatív alapú, kérdőíves módszerrel történő mérése tűnt célravezetőnek a következő eszközökkel:

4.4.1. Kognitív Érzelem-Regulációs Kérdőív (CERQ)

A **Kognitív Érzelem-Regulációs Kérdőív**re (Garnefski és mtsai, 2001; magyar változat: Miklósi és mtsai, 2011) azért esett a választás, mert a kognitív érzelem-szabályozó stratégiák pszichoterápiás eszközökkel módosítható kognitív tényezők, ezért vizsgálatuk kiemelten fontos lehet a pszichés zavarok megelőzésében és gyógyításában.

A CERQ 36 tételből áll, és az érzelmek szabályozásában szerepet játszó, tudatos figyelmi és gondolkodási folyamatokat vizsgálja. A válaszadó azt értékeli, hogy milyen gyakran aktivizálja az adott gondolkodási folyamatokat a helyzet által keltett érzéseinek befolyásolása érdekében. A válaszokat ötfokú Likert-skálán lehet megadni, ahol a „szinte soha nem jellemző rám” válasz szerepel 1-es értéként, és a „szinte mindig jellemző rám” mint 5-ös érték. A magasabb pontszámok az adott stratégia nagyobb mértékű használatára utalnak. A magyar változat pszichometriai jellemzőit 261 egyetemi hallgatón vizsgálták, és megállapították, hogy a mutatók megfelelő belső homogenitásúak, a Cronbach- α 0,68-0,88 (belső megbízhatóság Cronbach- α =0,80), a teszt-reteszt együttható 0,58-0,88 között mozgott ($p < 0,001$) (Miklósi, Martos, Kocsis-Bogár és Perczel-Forintos, 2011). A kilenc alszállából öt adaptív jellegű (elfogadás, fókuszváltás, tervezés, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés), míg négy nem-adaptív kognitív megküzdési stratégiát, mechanizmust vizsgál, amelyek szerepet játszanak az érzelmi zavarok kialakulásában, fenntartásában (önvád, rumináció azaz örlődés, katasztrofizálás, mások hibáztatása). Ezek az érzelemszabályozási formák pszichoterápiás eszközökkel módosítható kognitív stratégiák, ezért vizsgálatuk kiemelten fontos lehet a pszichés problémák prevenciójában és kezelésében.

A kérdőív a következő érzelem-szabályozó mechanizmusokat vizsgálja:

- *Önvád* (pl. „Úgy érzem, én vagyok a hibás azért, ami történt”): a személynek azon kognícióira vonatkozik, melyekben önmagát teszi felelőssé a negatív életesemény bekövetkezéséért
- *Rumináció* vagy *örlődés* („Gyakran rágódom azon, mit is érzek, azzal kapcsolatban, amit átéltem”): az átéltekkel kapcsolatos érzéseinkkel, gondolatainkkal való állandó és terméketlen foglalatosság
- *Katasztrofizálás* („Gyakran gondolok arra, hogy amit átéltem, sokkal rosszabb annál, mint amit mások átéltek”): a történetek negatív aspektusainak, káros következményeinek felnagyítása

- *Mások hibáztatása* („*Úgy érzem, más a hibás azért, ami történt*”) vagyis a felelősség kívülre helyezése
- *Elfogadás* („*Azt gondolom, el kell fogadnom, azt, ami történt*”): egyfajta rezignált attitűd a történésekkel kapcsolatban
- *Pozitív fókuszváltás* („*Kellemesebb dolgokra gondolok*”) a figyelem átirányítása a negatív eseményekről kellemes kogníciókra
- *Tervezés*, („*Azon gondolkodom, hogy mi a legjobb, amit tehetek*”): vagyis az azzal való foglalatosság, hogy milyen viselkedéses stratégiákat lehetne alkalmazni a helyzet megoldására
- *Pozitív átértékelés* („*Arra gondolok, tanulhatok valamit a helyzetből*”): a helyzet pozitív jelentéssel való felruházása, akár a személyes növekedés terminusaiban is
- *A perspektívába helyezés* („*Arra gondolok, hogy az egész sokkal rosszabb is lehetett volna*”): az áléltek negatív megítélésének redukciója oly módon, hogy más élményeinkkel vagy mások élményeivel vetjük össze azokat

Meg kell említeni, hogy a magyar verzió nem klinikai populációból kapott eredmények alapján került validálásra, ezt a kérdőív korlátjának tekinthetjük. A mérőeszköz kutatási célokra térítés- és engedélymentesen használható a következő elérhetőség alapján: (<https://www.universiteitleiden.nl/en/research/research-projects/social-and-behavioural-sciences/cognitive-emotion-regulation-questionnaire-cerq>). A sokszorosítása azonban bejelentési kötelezettséggel jár. A minta nagyságának megfelelő példányszám kinyomtatása jóváhagyásra került, az engedély a Mellékletek c. fejezetben található.

4.4.2. Young-féle Séma Kérdőív (YSQ-FV)

A mentális működési struktúrákat, a sémákat vizsgáló **Young-féle Séma Kérdőív** (Young, 1994, magyar változat: Unoka, Rózsa, Fábíán, Mervó és Simon, 2004) a korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz. A pszichopatológia és a pszichoterápia kognitív szemléletű megközelítésében fontos szerepe van a sémáknak. A kérdőívet megalkotó Young szerint a személyiségzavarok- és problémák esetében a korai maladaptív sémák állhatnak. Összesen 19 ilyen viselkedési-kognitív mintázatot azonosított eredetileg, amelyek öt sémartományba csoportosíthatók az alábbiak szerint:

- *Elhagyatottság-instabilitás* („Aggódok, hogy azok, akiket szeretek hamarosan meghalnak, annak ellenére, hogy nincs olyan egészségügyi problémájuk, ami ezt indokolttá tenné”)
- *Érzelmi depriváció-érzelemmegvonás* („Többnyire nem volt senkim, akihez tanácsért vagy érzelmi támogatásért fordulhattam volna”)
- *Bizalmatlanság-abúzus* („Ha valaki kedvesen viselkedik velem, feltételezem, hogy akar valamit”)
- *Csökkentértékűség-szégyen* („Senki, akire vágyom, nem kívánna, nem szeretne, ha ismerné a hiányosságaimat”)
- *Társas izoláció-elidegenedettség* („Nem tartozom sehova, magamnak való vagyok”)
- *Elutasítottság sémák* („Társasági helyzetben buta és unalmas vagyok”)

Előbbi mintázatok alkotják az **Elszakítottság-elutasítottság** sématartományt, ami azt jelenti, hogy akinél ezek a sémák aktívak, azok hiányt szenvednek a biztonságos kötődés folyamatában. Tartanak attól, hogy a gondoskodás, a szeretet, a biztonság iránti vágyuk nem nyer kielégítést.

- *Dependencia-inkompetencia* („Ha a hétköznapi helyzetekben saját ítélőképességemben bízom, rossz döntéseket hozok”)
- *Sérülékenység-veszélyeztetettség* („Attól félek, hogy minden pénzemet elvesztem, és nyomorogni fogok”)
- *Összeolvadtság-éretlenség* („Nagyon nehezen tartok távolságot intim kapcsolatokban, nehezen tudom megőrizni azt az érzést, hogy saját független személyiségem van”)
- *Kudarca ítélttség* („Gyakran összevetem a teljesítményemet másokéval, és azt érzem, hogy ők sokkal sikerebbek nálam”)

Ezen mintázatok alkotják a **Károsodott autonómia és teljesítőképesség** sématartományt. A kérdőíven elért magas pontszám ebben a sématartományban arra utal, hogy a személyek nem érzik magukat képesnek a szülőktől való leválásra, az autonómia, az önálló élet elérésére. Feltételezhető, hogy ezen személyek önbizalma sérült a szülői viselkedés által, nem kaptak támogatást szülő részről a családon belüli kompetens viselkedéshez.

- *Feljogosítottság-grandiozítás* („Amikor akarok valamit másoktól, nagyon nehezemre esik elfogadni a visszautasítást”)

- *Elégtelen önkontroll-önfegyelem* („Úgy tűnik, képtelen vagyok erőt venni magamon, hogy elvégezzek egy unalmas vagy rutin feladatot”)

Ez a két alskála alkotta a **Határok károsodott volta** sémata tartományt. Az együttműködés, az elköteleződés, mások szükségleteinek tiszteletben tartásának sérülését feltételezi, az aktív (magas pontszámot eredményező) sémata tartomány.

- *Behódolás* („Úgy érzem, nincs más választásom, mint, hogy mások kéréseire beadjam a derekam, különben valamilyen módon megtorolnák, vagy elutasítanak”)
- *Önfeláldozás* („Mások szükségleteit előbbre helyezem a sajátjaimnál, különben büntetést érzek”)
- *Elismeréshajszolás* („Önbecsülésem elsősorban azon múlik, hogy mások milyenek tartanak”)

A fenti három alskála a **Kóros másokra irányultság** sémata tartományt alkotják, és a magas pontszámok mások igényeinek túlzott figyelembe vételére utalnak. Az ilyen személyek saját szükségleteiket inkább figyelmen kívül hagyják, nem belső késztetéseik szerint viselkednek, hanem külső szempontok érvényesülnek náluk. Feltételezhető, hogy a magas pontszámot elérő személyek gyerekként nem követhették saját hajlamaikat.

- *Negativizmus-pesszimizmus* („Még ha jól is mennek a dolgok, azt érzem, hogy ez csak átmeneti”)
- *Érzelmi gátoltság* („Úgy érzem, hogy muszáj kordában tartanom érzelmeimet és az indulataimat, különben valami rossz történhet”)
- *Könyörtelen mércék-hiperkritikusság* („Próbálom a lehető legtöbbet nyújtani, a 'megfelelő' nem elég jó”)
- *Büntető készenlét* („Többnyire nem fogadom el mások kifogásait. Egyszerűen csak nem akarják felvállalni a felelősségüket, és nem akarnak fizetni a következményekért”)

Ezek a sémák képezik az **Aggályosság és gátlás** sémata tartományt, és a spontaneitás jellemzőire utalnak. Magas értékek esetén a teljesítményelvadásoknak való megfelelés magas, erős a belső szabályozás, túlzott az etikai normáknak való megfelelés.

A teszt a 231 beteg, 153 kontrollszemély és 98 gimnazista mintán végzett magyar vizsgálatok alapján kifejezetten megbízhatónak mondható, a Cronbach- α 0,83 és 0,96 közötti tartományba esik. A teszt-reteszt megbízhatóság 0,50-0,82, és a kérdőív validitása

szintén megfelelő négy további mérőeszközzel összehasonlítva (SCL-90 R, Rosenberg Self-Esteem Questionnaire, DAS, PDQ-R).

A kérdőív tételeire 6 fokozatú skálán lehet válaszolni („egyáltalán nem igaz rám – 1, tökéletesen igaz rám – 6). A kérdőívnek nincsenek fordított tételei. Teljes változata került alkalmazásra, amely 240 tételből áll. A részletek feltérképezésének céljából került alkalmazásra a teljes változat, amelynek negatív vonzata azonban, a kitöltéséhez szükséges körülbelül egy óras időtartamban jutott kifejezésre a vizsgálati személyek egy részénél. A kérdőív magyar változatának kutatási célokra való használatát a pszichometriai jellemzőket hazai mintán vizsgáló és publikáló Unoka Zsolt, a nemzetközi jogtulajdonos jóváhagyására hivatkozva engedélyezte.

A kutatás tervezett komplex, átfogó jellege okán a kérdőív teljes, Unoka-féle változatának használata mellett döntöttünk (Unoka és mtsai., 2004) annak ellenére, hogy tisztában voltunk a rövidített változat (Vankó, 2012) 90 tétele által biztosított kevésbé időigényes és kevésbé mintázat alapú válaszadást lehetővé tevő kitöltés előnyeivel. Ugyanakkor ez a verzió csak a youngi, második változat (Young és mtsai., 2005) által tartalmazott 18 sémát méri (az eredeti, 1994-s 16 sémához akkor három újabb került hozzáadásra, egy pedig kimaradt, a faktoranalízis eredményei alapján) és nem ad támpontot a *Társas izoláció-elidegenedtség* alskála vonatkozásában, amit Unoka és mtsai. 2004-ben mégis beemeltek a kérdőívbe.

4.4.3. Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőív (CISS-48)

A résztvevők megküzdési stratégiáinak feltárása a **Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőív** (Coping Inventory for Stressful Situations) (Endler és Parker, 1990, 1994, fordította Perczel Forintos és Annus, 2004) felvételével történt. A 48-ból 16 tétel a feladatközpontú megküzdésre, 16 item az érzelemközpontúra, míg 16 tétel az elkerülésre irányuló megküzdésre vonatkozik. A válaszok 5 fokú Likert-skálán adhatók „az egyáltalán nem jellemző rám” mint 1-es, és a „nagyon jellemző rám”, mint 5-ös érték közötti tartományban. Kanadai mintán a kérdőív megbízhatónak minősült, a Cronbach- α 0,76-0,92 értékeket mutatott, amit egy 281 fős hazai klinikai mintán végzett felmérés eredményei is alátámasztanak (Andó, Annus, Rózsa és mtsai. 2009). Mindhárom megküzdési alskála reliabilitás mutatója 0,80 feletti. A kérdőív használata nincs korlátozva, nem engedélyhez kötött, továbbá nem tartalmaz fordított tételleket.

- A **Problémafókuszú megküzdés** alszála tétéleire példák:
„A problémára összpontosítok, és végiggondolom, hogyan oldhatnám meg”;
„Átgondolom, hogyan oldottam már meg hasonló problémákat”
- Az **Érzelemközpontú megküzdési** stílusra utaló tételek:
”A régi szép időkre gondolok”; „Hibáztatom magam, hogy ebbe a helyzetbe kerültem”
- Példák az **Elkerülésre irányuló megküzdésre**:
„Kedvenc étellemmel vigasztalom magam”; „Azon idegeskedem, hogy mit tegyek”

4.4.4. Vészhelyzeti Reakció Kérdőív (VRK)

A **Vészhelyzeti Reakció Kérdőív** (Zsidó és Csókási, in press, Zsidó és mtsai., 2020) a vonásszorongás, a szenzoros élménykeresés, a stresszel való megküzdés, a viselkedés aktiváló-gátló rendszerének érzékenysége és a depresszióra való hajlam összefüggéseit vizsgálja a vészhelyzetben várható viselkedéssel. 30 tétel négy faktor köré csoportosul: általános tettekézség, specifikus tettekézség, specifikus tehetetlenség és általános tehetetlenség. A kérdőív arra a kérdésre próbál mérőeszközt nyújtani, hogy különböznek-e egyáltalán, és ha igen, milyen személyiségvonásokban térnek el a veszélyes foglalkozást űző emberek az átlag populációtól.

- Az **Általános Tettekézség** vagy más néven **Aktivitás** skála tétélei a személy általános vonásait méri fel. Ezek az állítások arra kérdeznak rá, hogy a személy mennyire bízik magában, mennyire kockázatkereső, milyen szinten érdekelt extrém foglalkozások és sportok űzésében, a teljesítményét hogyan befolyásolja a szervezet aktivitási, készenléti (arousal) szintje (például: „Szeretem a kihívásokat, kalandokat, megpróbáltató feladatokat”).
- A **Specifikus Tettekézség** vagy **Ágencia** skála tétélei helyzeteket írnak le. Arra keresik a választ, hogy válaszadók milyen mértékben képesek aktívak, cselekvőképesek maradni negatívnak értékelt élethelyzetben (pl: „Úgy érzem, egy pánikoló tömegben is képes lennék higgadt és cselekvőképes maradni”).
- A **Specifikus Tehetetlenség** vagy **Tehetetlenség** skála részben a Specifikus Tettekézség ellentéte. A fordított tételek a szorongást, a tehetetlenséget, a cselekvőképtelenséget vizsgálják a negatívnak megélt helyzetekben (pl: „Ha egy este kihalt utcán sétálok egyedül, és valami neszt hallok, tehetetlennek érzem magam és előnt a pánik”).

- Az **Általános Tehetetlenség** vagy **Leblokkolás** tételei az Aktivitáséival állíthatók párhuzamba, és azt vizsgálják, hogy a válaszadó milyen mértékben hajlamos a pánikra, szorongásra, milyen mértékben érzi fenyegetőnek a nehézként megélt élethelyzeteket (pl: „Általában fenyegető szituációban hatalmába kerít a szorongás”).

A tételekre adott válaszok 5 fokú Likert-skálán értékelhetők, „Az egyáltalán nem igaz Önre”, mint 1-es és a ”Teljes mértékben igaz Önre”, mint 5-ös érték közötti fokozatokban. A négy alskála Cronbach- α értékei 0,80-0,86 között mozognak, így megállapítható, hogy a kérdőív megbízható. A teszt-reteszt vizsgálat korrelációs együtthatói 0,63-0,86 közé esnek ($p < 0,01$).

A kérdőív Aktivitás és Ágencia skálája 8-8 egyenes tételt tartalmaz, a tehetetlenség és leblokkolás skálák pedig 8-at és 6-ot. Utóbbi kettőt fordított tételként kell értelmezni abban az esetben, ha a kérdőíven a személy által kapott összpontszám abszolút mértékét használjuk elemzésre. Minél magasabb a négy alskála összpontszáma (ezért kell fordítani az utóbbi kettő pontszámításán), annál jobb a veszélyes helyzetekkel való megküzdés módja, annál hatékonyabb a viselkedés, a megoldáskeresés.

Összegzésül, a mérőeszközökkel kapcsolatban megállapítható, hogy a választott négy kérdőívvel a kognitív, mentális és érzelmi folyamatok, illetve olyan, a téma szempontjából specifikus személyiségjegyek váltak kutatásunk célpontjává, mint a vészhelyzeti érzelmi szabályozás, a korai maladaptív viselkedési sémák vészhelyzeti viselkedésre való hatásai, a megküzdési stratégiák törvényszerűségei, a hatékony helyzetfelismerés és döntéshozatal jellegzetességei. Ezen jellemzők vizsgálata pedig kutatásunk alapcéljának tekinthető.

A mérőeszközök mellett, a kutatásban demográfiai, iskolázottsági adatok is felvételre kerültek, és szerepelnek a munkatapasztalat időhosszára, a beosztásra vonatkozó kérdések is. Továbbá, a vizsgálati személyeket kértük a következő, a munkájukat részletesebben bemutató, az azzal kapcsolatos megéléseikre vonatkozó kérdések megválaszolására is:

1. nevezzenek meg három kifejezést, szót, amik leginkább jellemzik munkájukat
2. rákérdeztünk arra, hogy mit tartanak munkájuk, hivatásuk pozitívumainak
3. mi jelenti a legnagyobb megterhelést munkájukkal kapcsolatban és
4. kérdést tettünk fel arra vonatkozóan, hogy milyen meghatározó epizódok jutnak eszükbe munkájukkal kapcsolatban.

A fenti kérdések vizsgálatára, a pszichológiai tartalomelemzés (Ehman, 2002) szempontjai kerültek előtérbe. Elsősorban kvantitatív elemzéssel igyekeztünk további részleteket felderíteni a kérdőíves eredmények árnyalására.

4.5. A VIZSGÁLATOK HIPOTÉZISEI

Két vizsgálatot végeztünk. Az első a teljes populáció tekintetében elemzi a kutatásunk fókuszát leginkább jellemző változókat. Ebben összehasonlítjuk a teljes mintán kapott adatokat az alábbi négy vizsgálati alcsoport szerint. Ezt úgy terveztük megvalósítani, hogy a vizsgált tevékenységben való részvétel mértéke és a munkában töltött tapasztalat változók mentén bontottuk a teljes vizsgálati mintát. Ezen - a kutatás vizsgálati személyei által végzett krízisintervenciós tevékenység szempontjából legfontosabbnak vélt - változók mentén négy, közel azonos elemszámú alminta alakult ki, a következők szerint:

1. Katasztrófa-krízisintervenciót végző hivatásos személyek kevesebb, mint 10 év munkatapasztalattal. (A célszerű rövidítés okán KIH+ jelöléssel említjük) – 32 fő
2. Veszélyhelyzet-kezelést végző hivatásos személyek több, mint egy évtizedes munkatapasztalattal – 28 fő (A továbbiakban a következő rövidítést használjuk: KIH++).
3. Katasztrófa-krízisintervenciót önkéntes módon végző személyek – 30 fő
4. Egyetemi hallgatókból álló kontrollcsoport, akiknek nincs tapasztalatuk veszélyhelyzet-kezeléssel kapcsolatban – 27 fő

Az I. vizsgálatban arra voltunk kíváncsiak, hogy a hivatásos és azon belül is, a több munkatapasztalattal rendelkező résztvevők érzelemszabályozási mintái, a rendkívüli helyzetekkel való megküzdési módjai eltérnek-e, és ha igen, milyen jellegzetességek mentén teszik ezt a másik három alminta tagjaihoz képest. Kíváncsiak voltunk továbbá arra, hogy a korai maladaptív sémák aktivitása terén van-e kompenzáló, szublimáló hatása a kutatás fókuszában lévő tevékenység hivatásos űzésének és a munkatapasztalat időhosszának.

A második és vállaltan fontosabbnak érzett vizsgálat kizárólag a katasztrófa-krízisintervenciót végzők mintájának érzelemszabályozási, megküzdési jellemzőit, korai maladaptív sémáinak ismérveit, veszélyhelyzeti reakciómintáit veszi górcső alá. Tekintettel a kutatás fókuszára, a második vizsgálatnál kapcsolatban több megválaszolendő kérdés adódott, mint az első felmérés esetén, így ez utóbbira

vonatközóan nagyobb számú hipotézist is fogalmztunk meg. Hipotéziseink a következók

Vizsgálat I. hipotézisei

1. A több, mint egy évtizedes munkatapasztalattal rendelkező hivatásos veszélyhelyzet-kezelő személyek korai maladaptív sémái összességében nem mutatnak olyan aktivitást, viselkedésüket befolyásoló hatást, mint a többi minta tagjai, azaz esetükben alacsonyabb átlagokat várunk a Young-féle séma kérdőívben, mint a másik három csoport átlagai.
2. A több, mint egy évtizedes tapasztalattal rendelkező hivatásos katasztrófa-krízisintervenciót végző személyeknél aktívabbak az adaptív kognitív érzelemszabályozási formák, mint a másik három minta tagjai esetében, azaz a KIH++ csoportban magasabb pontokat várunk a CERQ adaptív skáláin a másik három csoport átlagaihoz viszonyítva.
3. A hivatásos segítők jelentős mértékben kimutatható módon inkább használják a problémafókuszú megküzdési módot a többi vizsgálati személlyel való összevetésben, azaz esetükben magasabb pontokat várunk a CISS48 Problémáfókuszú megküzdés skálán.
4. A Veszélyhelyzeti Reakció Kérdőívben az Aktivitás és Ágencia dimenziók átlagai jelentősen magasabbak a nagyobb munkatapasztalatú hivatásos beavatkozóknál, mint a másik három csoport esetében.

Vizsgálat II. hipotézisei

1. A korai, gyermekkori traumák hatásai, az aktív maladaptív Young-féle sémák negatív arányban hatnak a katasztrófa-krízisintervenciót végzők adaptív érzelemszabályozási, megküzdési (problémáfókuszú) és veszélyhelyzeti reakcióira. A korai maladaptív sémák aktivitását ugyanakkor a munkatapasztalat és a nagyobb életkor tompítja, pozitívan befolyásolja. Tehát negatív korrelációt várunk a sémák és az adaptív válaszreakciók (érzelemszabályozás, problémáfókuszú megküzdés, vészhelyzeti viselkedés) között, továbbá szintén negatív kapcsolatot az életkorral és a munkatapasztalattal.

2. A CERQ által mért Önvád és Rumináció, mint maladaptív érzelemszabályozási jellegzetesség negatívan, míg a Perspektívába helyezés, a Pozitív fókuszváltás, a Pozitív átértékelés hatékonyságot növelően jut kifejezésre a katasztrófa-krízisintervenciót végzők hatékonyságára. A munkatapasztalatok és az életkor a katasztrófa-krízisintervenciót végző személyeknél pozitív hatással van az érzelemregulációs és megküzdési folyamatokra, azaz a nagyobb életkor és munkatapasztalat növeli az adaptív érzelemszabályozás használatát és a problémafókuszú megküzdés valószínűségét.
3. A stresszel, veszélyhelyzettel való megküzdési stratégiák problémafókuszú irányultsága pozitív irányban támogatja a sikeres katasztrófavédelmi munkát, azaz pozitív korrelációt várunk a CISS48 problémafókuszú megküzdés skála és a VRK kérdőív között.
4. Az Aktivitás alskála a Vészhelyzeti Reakció Kérdőíven mért adatok alapján a leghatékonyabb viselkedési forma kritikus helyzetekben, tehát az ezen kapott pontszám nagysága fordítottan arányos a korai maladaptív sémák, a maladaptív érzelemszabályozási módok, illetve az érzelemfókuszú és elkerülő megküzdési stratégiák mutatóival.

A második vizsgálattal kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a fenti hipotézisek vizsgálata mellett részben exploratív jellegű a kutatásnak azon része, amelyben a résztvevők önreflexió szintjén adott válaszait elemezzük a tevékenységükre, a végzett munkájuk jellemzésére vonatkozóan. Exploratív szintű továbbá a regresszióelemzés során kapott adatok halmazának vizsgálata is, amelyet a módszer Stepwise formáját alkalmazva nyertünk.

5. A VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI

A kutatás (a kutatási engedély a Mellékletekben) keretében két vizsgálat lefolytatására nyílt lehetőség. Az első a teljes mintán felvett, négy kérdőívvel végzett vizsgálat eredményeit ismerteti. A másik vizsgálat ismertetése a disszertáció vezértémájául szolgáló katasztrófa-krízisintervenciós tevékenységet végző hivatásos és önkéntes segítők 101 fős mintáján kapott eredményekre összpontosít. Az eredmények feldolgozásakor a hiányzó egyes adatokat helyettesítettük az átlaggal (kevesebb 1 %-nál).

5.1. ELSŐ VIZSGÁLAT

Az első vizsgálatban a teljes, 127 fős minta alcsoportjai közötti összefüggéseket vizsgáltuk először demográfiai adatok szintjén, majd a kérdőíveken kapott eredmények tekintetében. A vizsgált változók közti együttjárások ellenőrzése korrelációs elemzéssel történt, a csoportok összehasonlítását pedig egyszempontos függetlenmintás varianciaanalízissel végeztük. A 127 főből álló vizsgált populációt négy almintára bontottuk a katasztrófa-krízisintervenció végzésének önkéntes vagy hivatásos volta mentén, továbbá azokra, akik nem végeznek ilyen tevékenységet. A hivatásos állomány tagjai további két almintát alkotnak a munkatapasztalatuk hossza mentén. A munkatapasztalat eloszlását figyelembe vevő meghatározott kritérium szerint, a 10 évig terjedő munkatapasztalattal rendelkezők alkotnak egy almintát, 32-en, míg 28 személynek 10 évnél nagyobb a rutinja.

Összefoglalva az iménti leíró bemutatását az első vizsgálat mintájának, a négy alcsoport a következők szerinti jellemzőkkel rendelkezik:

1. almintá: Hivatásos segítők több, mint 10 év munkatapasztalattal (célszerű rövidítéssel: KIH+)
2. almintá: Hivatásos katasztrófa-krízisintervenciót végzők kevesebb, mint 10 év munkatapasztalattal (rövidítve: KIH++)
3. almintá: Önkéntes veszélyhelyzet-kezelők, akik maguk döntenek el, hogy mikor, hol segítenek, nem nap mint nap ezt a tevékenységet végzik
4. almintá: Egyetemi hallgatók, akik nincsenek kapcsolatban a rendkívüli helyzetek pszichológiai kezelésével.

5.1.1. Demográfiai jellemzők

Nemek közötti eloszlás

A 127 fős minta nemek közötti eloszlásában 78 (61,4%) személy vallotta magát férfinak, 39 (30,7%) nőnek. Ez az arány általánosságban megfelel a rendkívüli helyzetekben krízisintervenciót, segítséget nyújtók nemzetközi szinten mért arányának (Connorton és mtsai. 2012, 147. old.) Ugyanakkor érdemes megemlíteni, hogy a kontroll- és az önkéntes csoport tagjait jelentősen több nő alkotja, mint a hivatásos segítőkét (32 a 7 ellenében). A minta tagjainak 7,9% (10 fő) nem válaszolt a nemre vonatkozó kérdésre, ezért szerepel a 2. ábrán látható táblázatban összesen 117 fő adata.

2. ábra - A minta összetétele nemek és krízisintervenció tapasztalat szerint

	Kontroll	Önkéntes	Hivatásos (1)	Hivatásos (2)	Összesen
Férfi	8	17	28	25	78
Nő	19	13	4	3	39
Összesen	27	30	32	28	117

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenció tapasztalattal (KIH+). Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenció tapasztalattal (KIH++).

Életkorra vonatkozó adatok

A 127 fős teljes mintából az életkorra 113-an adtak választ. Ez alapján a minta átlagéletkora 36,72 év, 9,41 év standard eltérés mellett. A legidősebb személy 67 éves volt, a legfiatalabbak 20 évesek. Részleteiben a legkisebb átlagéletkorral az önkéntesek és a 10 évnél kevesebb munkatapasztalattal bírók rendelkeznek 33,97 évvel, 9,73 illetve 6,91 év standard eltéréssel, míg a legmagasabb átlagéletkor a 10 évnél több munkatapasztalattal rendelkező almintáé 41,96 évvel, 4,40 év standard eltéréssel. Az életkorra vonatkozó kérdésre 14 fő nem válaszolt (3. ábra).

3. ábra - A minta életkori adatai

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	minimum	maximum
Kontroll	26	37,31	12,80	2,51	22	67
Önkéntes	30	33,97	9,73	1,78	20	56
Hivatásos (1)	29	33,97	6,91	1,28	22	43
Hivatásos (2)	28	41,96	4,40	0,83	34	51
Összesen	113	36,72	9,41	0,89	20	67

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenció tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenció tapasztalattal.

Családi állapot

A vizsgált populációból 45-en egyedülállóak (nőtlenek, elváltak, hajadonok), 53 élnek házasságban és 8-an pár- vagy élettársi kapcsolatban. Az önkéntesek almintában 20 fő él

egyedülálló életet, míg a hivatásos segítők 10 évnél kevesebb munkatapasztalattal rendelkező csoportjában, hasonló átlagéletkor mellett 9-en, és 17-en házások illetve pár- vagy élettársi kapcsolatban élnek. 16,5%, azaz 21 fő nem válaszolt a kérdésre (4. ábra).

4. ábra - A minta összetétele családi állapot szerint

	Házás	Kapcsolatban	Egyedülálló	Összesen
Kontroll	10	5	10	25
Önkéntes	9	1	20	30
Hivatásos (1)	15	2	9	26
Hivatásos (2)	19	0	6	25
Összesen	53	8	45	106

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal. Kapcsolatban: élettársi kapcsolatban vagy elkötelezett párkapcsolatban él, de nem házас. Egyedülálló: nőtlen, hajadon vagy elvált.

Iskolai végzettség

Az iskolai végzettségre kérdezve nem a kutatásokban talán már megszokottabb tanulással töltött évekre kérdeztünk rá. Úgy éreztük, hogy a hagyományos kategóriák jobban értelmezhetők a vizsgálati személyek számára, hiszen az, hogy mit végzett el valaki, annak tudása azonnal rendelkezésére áll, míg amennyiben a tanulási évek száma a kérdés, azt számolnia kell, és lehetnek félreértések, mint például az évismétlés esetében. Iskolázottság tekintetében tehát elmondható, hogy a minta 2 személyének általános iskolai végzettsége van, középfokú iskolai tanulmányokat 53 ember végzett, 20-an fejeztek főiskolát, 26-an egyetemet és 16 főnek egyetemre épülő további tanulmányai vannak. A hivatásos állomány tagjai közül 44-en középiskolai végzettségűek, míg a kontroll- és önkéntes csoport tagjai közül 9-en rendelkeznek középiskolai végzettséggel, ugyanakkor 15-en főiskolával, 19-en egyetemi fokozatot jelöltek be, és 12-nek van egyetemre épülő további iskolázottsága. Ez összesítve 46 fő felsőfokú végzettséggel. Az alanyok 7,9%, 10 fő nem adott választ a kérdésre (5. ábra).

5. ábra - A minta összetétele legmagasabb iskolai végzettség szerint

	Alapfokú	Középfokú	Főiskola	Egyetem	Posztgraduális	Összesen
Kontroll	0	1	7	10	9	27
Önkéntes	1	8	8	9	3	29
Hivatásos (1)	1	27	2	3	0	33
Hivatásos (2)	0	17	3	4	4	28
Összesen	2	53	20	26	16	117

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal

Születési hely szerinti eloszlás

A születési helyre vonatkozó kérdésre 109 fő válaszolt, 3-an 5000 főnyi lakosságot meg nem haladó falun, községben születtek, kisvárosban (5-20.000 fő) 13-an, 20-100.000 lakosú településen 35-en, nagyvárosban, egymillió lakosig 34-en, illetve metropoliszban, ami valószínűsíthetően Budapest, 24-en. 18 személy, 14,2% nem válaszolt a kérdésre (6. ábra).

6. ábra - A minta összetétele a születési hely népességszáma szerint

	Község	Kisváros	Középváros	Nagyváros	Metropolisz	Összesen
Kontroll	1	1	8	15	2	27
Önkéntes	1	1	1	5	20	28
Hivatásos (1)	1	7	12	11	0	31
Hivatásos (2)	0	4	14	3	2	23
Összesen	3	13	35	34	24	109

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal. Településtípusok meghatározása népességszám szerint: község: 5 ezer főig; kisváros: 5-20 ezer főig; középváros: 20-100 ezer főig; nagyváros: 100 ezertől 1 millió főig; metropolisz: 1 millió fő felett.

Lakóhely szerinti adatok

Lakóhely tekintetében pontosan ugyanannyi válasz érkezett, mint a születési helyre vonatkozóan. Jelentős eltérés a falun, községben élek számában mutatkozik, amíg 3-an születtek ilyen településen, jelenlegi lakóhelyül 14-en választották, ugyanakkor amíg 35-en születtek közepméretű városban (20-100.000 fő), jelenleg 25-en laknak ilyen településen. Nagyvárosban is 5 fővel kevesebb lakik, mint az ott születettek száma, metropoliszban pedig kettővel többen laknak az ott született személyekhez képest (7. ábra).

7. ábra - A minta összetétele a lakóhely népességszáma szerint

	Község	Kisváros	Középváros	Nagyváros	Metropolisz	Összesen
Kontroll	3	0	5	16	3	27
Önkéntes	1	3	2	2	21	29
Hivatásos (1)	7	6	9	8	0	30
Hivatásos (2)	3	6	9	3	2	23
Összesen	14	15	25	29	26	109

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal. Településtípusok meghatározása népességszám szerint: község: 5 ezer főig; kisváros: 5-20 ezer főig; középváros: 20-100 ezer főig; nagyváros: 100 ezertől 1 millió főig; metropolisz: 1 millió fő felett.

5.1.2. Kérdőíveken kapott eredmények ismertetése a négy almintá vonatkozásában

Az Excel formátumban összesített adatok feldolgozásához az SPSS 20-s változatát használtuk.

5.1.2.1. Young Séma Kérdőív almintákra bontott adatai

A kérdőíven kapott eredmények két szempont szerint is ismertetésre kerülnek. Először a 19 alskálát elemezzük, mint a kérdőív által vizsgált alapelemeket, majd az ezeket tartalmazó, rendszerező öt sématartomány szerint csoportosított eredmények jellegzetességeit írjuk le (8-10. ábra). A kérdőív alkalmazásáról a kutatás mintáihoz hasonlókon csak érintőlegesen sikerült szakirodalmi adatokat találnunk, ezért az eredményeket a felmérés keretei között elsősorban önmagukban és egymáshoz viszonyítva voltunk kénytelenek elemezni.

Egyszempontos függetlenmintás varianciaanalízissel négy alskálán mutatható ki jelentős különbség ($p < 0,05$) egyes alminták között. Az **Érzelmi depriváció-érzelemmegvonás** dimenziójában az önkéntesek jelentősen magasabb értéket mutatnak (15,9) a KIH++ beavatkozókhoz képest (11,48) ($F(3,102) = 3,12$, $p < 0,05$) (lásd 8. ábra). Ez azt jelenti, hogy az önkéntesek csoportjánál jelentősen aktívabb ez az alséma. Ez az alskála annak a személy általi feltételezését mutatja, hogy az érzelmi támogatottság iránti vágyát mások nem fogják elégséges mértékben kielégíteni. Továbbá, hogy nem oszthatja meg érzelmeit másokkal (Perczel-Forintos, 2012). Az önkéntesekkel ellentétben – a kapott eredmény alapján – a nagy munkatapasztalattal rendelkező hivatásosok átélhetik, megélhetik a munkájuk fontosságából, elengedhetlenségéből adódó figyelmet.

8. ábra - Az YSQ-FV 19 alskálájának leíró adatai almintánként és a teljes mintára vonatkozóan

		N	M	SD	min.	max.
Érzelmi depriváció – érzelemmegvonás	Kontroll	27	14,70	6,20	9	36
	Önkéntes	30	15,90	7,49	9	40
	Hivatásos (1)	26	12,46	5,05	9	30
	Hivatásos (2)	23	11,48	3,53	9	24
	Összesen	106	13,79	6,07	9	40
Elhagyatottság – instabilitás	Kontroll	27	32,22	14,63	19	85
	Önkéntes	30	32,70	14,34	18	92
	Hivatásos (1)	26	28,50	9,55	18	59
	Hivatásos (2)	23	25,91	8,08	18	49
	Összesen	106	30,08	12,36	18	92
Bizalmatlanság – abúzus	Kontroll	27	31,81	10,62	17	55
	Önkéntes	30	30,87	12,97	17	81

	Hivatásos (1)	26	30,46	9,55	17	51
	Hivatásos (2)	23	28,57	11,36	17	59
	Összesen	106	30,51	11,15	17	81
Társas izoláció – elidegenedettség	Kontroll	27	19,70	9,22	10	45
	Önkéntes	30	17,27	7,62	10	35
	Hivatásos (1)	26	15,58	6,38	10	38
	Hivatásos (2)	23	13,78	6,07	10	34
	Összesen	106	16,72	7,69	10	45
Csökkenértékűség – szégyen	Kontroll	27	23,93	10,94	15	63
	Önkéntes	30	21,97	6,00	15	34
	Hivatásos (1)	26	21,81	9,74	15	60
	Hivatásos (2)	23	19,17	5,62	15	34
	Összesen	106	21,82	8,45	15	63
Társas elutasítottság érzése	Kontroll	27	15,22	5,51	9	32
	Önkéntes	30	14,40	5,26	9	29
	Hivatásos (1)	26	14,42	6,13	9	34
	Hivatásos (2)	23	11,65	3,69	9	21
	Összesen	106	14,02	5,35	9	34
Kudarca ítélettség	Kontroll	27	14,19	5,33	9	29
	Önkéntes	30	14,53	4,90	9	25
	Hivatásos (1)	26	14,00	5,49	9	25
	Hivatásos (2)	23	11,74	3,36	9	20
	Összesen	106	13,71	4,93	9	29
Dependencia – inkompetencia	Kontroll	27	23,07	7,21	15	50
	Önkéntes	30	22,77	6,58	15	37
	Hivatásos (1)	26	23,19	10,62	15	55
	Hivatásos (2)	23	20,00	5,90	15	34
	Összesen	106	22,35	7,78	15	55
Sérülékenység – veszélyeztetettség	Kontroll	27	22,52	8,21	14	48
	Önkéntes	30	23,40	8,82	14	51
	Hivatásos (1)	26	21,73	8,36	14	46
	Hivatásos (2)	23	18,78	4,41	14	30
	Összesen	106	21,76	7,86	14	51
Összefonódottság – éretlenség	Kontroll	27	15,63	3,67	11	28
	Önkéntes	30	16,73	7,04	11	41
	Hivatásos (1)	26	18,19	10,31	11	53
	Hivatásos (2)	23	14,17	4,04	11	25
	Összesen	106	16,25	6,91	11	53
Feljogosítottság – grandiozitás	Kontroll	27	23,70	7,16	13	38
	Önkéntes	30	24,07	10,50	12	58
	Hivatásos (1)	26	21,19	9,94	11	48
	Hivatásos (2)	23	17,09	4,01	11	24
	Összesen	106	21,75	8,79	11	58
Elégtelen önkontroll – önfegyelem	Kontroll	27	27,26	9,34	15	48
	Önkéntes	30	27,73	9,73	15	63
	Hivatásos (1)	25	26,68	13,19	15	69
	Hivatásos (2)	23	21,48	6,00	15	37
	Összesen	105	25,99	10,09	15	69
Behódolás	Kontroll	27	17,19	5,82	10	37
	Önkéntes	30	18,17	6,69	10	36

	Hivatásos (1)	26	16,35	7,31	10	42
	Hivatásos (2)	23	14,52	4,63	10	24
	Összesen	106	16,68	6,30	10	42
Önfeláldozás	Kontroll	27	48,37	14,08	23	77
	Önkéntes	30	47,67	13,82	27	84
	Hivatásos (1)	26	42,73	17,05	17	69
	Hivatásos (2)	23	38,74	13,25	17	62
	Összesen	106	44,70	14,92	17	84
Elismerés hajszolása	Kontroll	27	27,78	8,22	14	42
	Önkéntes	30	28,63	9,97	14	50
	Hivatásos (1)	26	28,19	10,33	14	50
	Hivatásos (2)	23	21,48	6,10	14	34
	Összesen	106	26,75	9,24	14	50
Negativizmus – pesszimizmus	Kontroll	27	21,63	9,07	11	47
	Önkéntes	30	20,40	10,19	11	51
	Hivatásos (1)	26	20,00	9,34	11	51
	Hivatásos (2)	23	16,26	5,62	11	28
	Összesen	106	19,72	8,95	11	51
Érzelmi gátoltság	Kontroll	27	14,85	6,46	9	33
	Önkéntes	30	16,47	6,86	9	29
	Hivatásos (1)	26	15,31	7,55	9	32
	Hivatásos (2)	23	13,17	5,09	9	23
	Összesen	106	15,06	6,61	9	33
Könyörtelen mércék – hiperkritikusság	Kontroll	27	43,00	14,00	17	68
	Önkéntes	30	42,47	15,82	20	85
	Hivatásos (1)	26	40,73	15,70	17	69
	Hivatásos (2)	23	33,96	11,99	16	62
	Összesen	106	40,33	14,78	16	85
Büntető készenlét	Kontroll	27	33,37	11,16	14	56
	Önkéntes	30	33,90	13,66	14	79
	Hivatásos (1)	26	30,69	12,33	14	58
	Hivatásos (2)	23	26,26	8,39	14	44
	Összesen	106	31,32	11,92	14	79

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal (KIH+). Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal (KIH++). A jelentős különbséget mutató értékek vastagon szedve.

A sémartományok standard szórásával kapcsolatban az alábbi ábrán észrevehető, hogy a KIH++ minta tagjainak kérdőívre adott válaszai mind az öt dimenzió esetében a legkisebb értékkel rendelkeznek. Különösen nagy szórás mérték-különbség látható a KIH+ és a KIH++ minták között a Károsodott autonómia és teljesítőképesség sémartomány eredményei kapcsán.

Figyelemreméltó eredmény született olyan szempontból is, hogy az azonos, vagy közel azonos tevékenységet végzők két mintája között jelentkezett jelentős különbség, és nem a veszélyhelyzet-kezelők és az egyetemi hallgatók csoportjai között. Ez a mutató az önkéntes vállalású segítség és a hivatásos hozzáállás viszonylatában érzékeltetheti azt, hogy az önkéntesség lehet egyfajta „két szék közötti vagy a tudathasadáshoz hasonló

érzelemhasadásos állapot” ezen maladaptív séma tekintetében, tehát, egyrészt a pszichés sérülésből kifolyólag azt feltételezik, hogy hiába végeznek társadalmilag hasznos karitatív munkát, mégsem kapnak számukra elégséges figyelmet, ugyanakkor segítők maradnak az elismerés igénye okán.

Ugyanez mondható el az **Elismerés hajszolás** alskálával kapcsolatban is, amelynél szintén különbség mutatható ki az önkéntesek (27,78) és a sok tapasztalattal rendelkező hivatásosok között (21,48); $F(3,102) = 3,46$, $p < 0,05$. Az önkénteseknél aktívabb az elismerés hajszolása gyerekkori sérülés-séma. Az alskála a mások általi elismerésre, jóváhagyásra fektetett hangsúlyt feltételezi, ami az önbecsülés rovására megy. Együtt járhat a rang, a tekintély túlhangsúlyozásával, amelynek következtében a döntések nem autentikusak, hitelesek, és túlérzékenység jellemző az elutasítással szemben. A kapott eredmény utalhat arra, hogy a nap mint nap katasztrófa-krízisintervenciót végző hivatásosok megtanulják, hogy elsősorban ne az elismerésre vágyjanak, de előfordulhat az is, hogy az elismerések közvetett begyűjtése miatt választják ezt a hivatást.

A **Társas izoláció** alséma kapcsán az mondható el, hogy a legalább közel egy évtized munka tapasztalattal rendelkező hivatásosok (13,78) és a kontrollcsoport tagjainak átlaga között (19,7) mutatható ki jelentős különbség; $F(3,102) = 2,86$, $p < 0,05$. Ez az alskála a többi embertől magát különbözőnek érző személyre utal, aki a világtól elszigetelődött, nem érzi magát különösebben a csoport részének. Az egyetemi hallgatókból álló kontrollcsoport tagjainál jelentős mértékben aktívabb ez a séma, mint az említett hivatásos segítők esetében. Az eredmény véleményünk szerint azt jelzi, hogy a nagy tapasztalatú tűzoltók sokkal inkább egymásra utaltak, sok a közös tapasztalat a személyek között, illetve szükséges is az együttműködés a hatékonyságot növelendő, a veszélyes munkahelyzeteket csökkentendő, így ez a séma a szocializációval, a katasztrófavédelemben történő asszimilációval nem tud érvényesülni. Szakirodalmi adatok nem adnak támpontot annak eldöntésre, hogy az említett folyamat segíti őket a maladaptív séma kevésbé aktív voltában, vagy korábban sem aktivizálódott a minta tagjaiban.

A **Feljogosítottság-grandiozítás** séma esetében szintén az előbb említett mértékű és irányú a különbség; $F(3,102) = 3,57$, $p < 0,05$. Ezen az alskálán a kontrollcsoporthoz hasonló eredményt mutattak az önkéntes személyek is (kontroll csoport: 23,70; önkéntesek: 24,07). Az alskála a személy érzett felsőbbrendűségére utal, és arra is, hogy az embernek képesnek kell mutatkoznia, hogy szinte bármit megvalósítson, annak reális lehetőségeit akár figyelembe sem véve, az észszerűséget mellőzve. A hatványozott

versengést is magában foglalhatja, a saját nézőpont túlzott hangsúlyozását, mások viselkedésének saját elképzelései szerinti kontrollját, ellenőrzését. A társas izolációhoz hasonló módon, a kontrollcsoportnál és az önkéntesek esetében jelentősen aktívabb ez a korai maladaptív séma a nagy munkatapasztalatú hivatásosokkal összehasonlítva (17,09). Az eredmény utalhat az utóbbiak élet- és veszélyhelyzeteket reálisabban megítélő mivoltára, de akár azon munkaszocializációs jellegzetessége is, hogy megtanulják egymás véleményét jobban elfogadni, nem hangsúlyozhatják túl saját nézőpontjukat a hierarchikus szervezeti működés és a hatékonyság miatt sem.

A több sémát magában foglaló sémartományok tekintetében egyszempontos függetlenmintás varianciaanalízissel szignifikáns különbséget találtunk a **Károsodott határok**, $F(3,102) = 3,19$, $p < 0,05$; és a **Kóros másokra irányulás** dimenziókban, $F(3,102) = 3,33$, $p < 0,05$ (lásd 10. ábra). A Bonferroni-féle páros összehasonlítás alapján a KIH++ csoport pontszáma az elsőként említett dimenzió esetében szignifikánsan alacsonyabb volt (38,57), mint az önkéntesek átlaga (51,8) és a segítő munkát nem végző kontroll csoport pontszáma (50,96). A két hivatásos csoport között nem volt különbség (hivatásos csoport 10 évnél kevesebb tapasztalattal: 47,4) (lásd 9. ábra)

9. ábra - Az YSQ-FV öt sémartományának leíró adatai almintánként és a teljes mintára vonatkozóan

		N	M	SD	min.	max.
Elszakítottság és elutasítás	Kontroll	27	137,59	46,70	84	234
	Önkéntes	30	133,10	44,86	78	300
	Hivatásos (1)	26	123,23	41,38	78	272
	Hivatásos (2)	23	110,57	33,26	78	202
	Összesen	106	126,93	42,86	78	300
Károsodott autonómia és teljesítőképesség	Kontroll	27	75,41	20,13	50	137
	Önkéntes	30	77,43	22,11	49	132
	Hivatásos (1)	26	77,12	32,69	49	170
	Hivatásos (2)	23	64,70	15,25	49	104
	Összesen	106	74,08	23,74	49	170
Károsodott határok	Kontroll	27	50,96	14,39	31	79
	Önkéntes	30	51,80	18,11	27	103
	Hivatásos (1)	25	47,40	22,33	26	117
	Hivatásos (2)	23	38,57	8,89	26	56
	Összesen	105	47,64	17,35	26	117
Kóros másokra irányultság	Kontroll	27	93,33	23,60	58	146
	Önkéntes	30	94,47	23,81	53	149
	Hivatásos (1)	26	87,27	29,91	42	161
	Hivatásos (2)	23	74,74	19,96	42	115
	Összesen	106	88,13	25,47	42	161

Aggályosság és gátlás	Kontroll	27	112,85	32,58	61	179
	Önkéntes	30	113,23	41,24	55	244
	Hivatásos (1)	26	106,73	38,00	52	209
	Hivatásos (2)	23	89,65	25,76	57	153
	Összesen	106	106,42	36,07	52	244

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal. A jelentős különbséget mutató értékek vastagon szedve.

A **Károsodott határok** sémartomány magában foglalja az imént elemzett Feljogosítottság-grandiozítás sémát és a feltételezés szerint ennek hatása lehet olyan erős, hogy összevont, hasonló jelenségeket leíró dimenziók esetén is kiemelkedik a tartományt meghatározó másik alséma mellől, és szinte önmagában magyarázza azt. A Károsodott határokat ugyanis csak két alskála méri, így az egyik intenzív hatása jelentősebben megmutatkozhat az összképben (lásd 10. ábra).

10. ábra – Az alminták közötti különbségek az YSQ-FV egyes sémartományainak átlagos pontszámaiban, valamint a Bonferroni-korrekcióval végzett post hoc páros összehasonlítások szignifikanciája

	(a)	(b)	$M_{(a)} - M_{(b)}$	SE	p
Elszakítottság és elutasítás	kontroll	önkéntes	4,49	11,21	1,000
		hivatásos (1)	14,36	11,61	1,000
		hivatásos (2)	27,03	11,99	,158
	önkéntes	kontroll	-4,49	11,21	1,000
		hivatásos (1)	9,87	11,32	1,000
		hivatásos (2)	22,53	11,71	,343
	hivatásos (1)	kontroll	-14,36	11,61	1,000
		önkéntes	-9,87	11,32	1,000
		hivatásos (2)	12,67	12,10	1,000
	hivatásos (2)	kontroll	-27,03	11,99	,158
		önkéntes	-22,53	11,71	,343
		hivatásos (1)	-12,67	12,10	1,000
Károsodott autonómia és teljesítőképesség	kontroll	önkéntes	-2,03	6,25	1,000
		hivatásos (1)	-1,71	6,47	1,000
		hivatásos (2)	10,71	6,68	,672
	önkéntes	kontroll	2,03	6,25	1,000
		hivatásos (1)	0,32	6,31	1,000
		hivatásos (2)	12,74	6,52	,322
	hivatásos (1)	kontroll	1,71	6,47	1,000
		önkéntes	-0,32	6,31	1,000
		hivatásos (2)	12,42	6,74	,409
	hivatásos (2)	kontroll	-10,71	6,68	,672
		önkéntes	-12,74	6,52	,322
		hivatásos (1)	-12,42	6,74	,409
Károsodott határok	kontroll	önkéntes	-0,84	4,46	1,000
		hivatásos (1)	3,56	4,67	1,000
		hivatásos (2)	12,40	4,77	,065
	önkéntes	kontroll	0,84	4,46	1,000
		hivatásos (1)	4,40	4,56	1,000
		hivatásos (2)	13,23	4,66	,033

	hivatásos (1)	kontroll	-3,56	4,67	1,000
		önkéntes	-4,40	4,56	1,000
		hivatásos (2)	8,83	4,86	,433
	hivatásos (2)	kontroll	-12,40	4,77	,065
		önkéntes	-13,23	4,66	,033
		hivatásos (1)	-8,83	4,86	,433
Kóros másokra irányultság	kontroll	önkéntes	-1,13	6,54	1,000
		hivatásos (1)	6,06	6,78	1,000
		hivatásos (2)	18,59	7,00	,055
	önkéntes	kontroll	1,13	6,54	1,000
		hivatásos (1)	7,20	6,61	1,000
		hivatásos (2)	19,73	6,84	,029
	hivatásos (1)	kontroll	-6,06	6,78	1,000
		önkéntes	-7,20	6,61	1,000
		hivatásos (2)	12,53	7,06	,474
	hivatásos (2)	kontroll	-18,59	7,00	,055
		önkéntes	-19,73	6,84	,029
		hivatásos (1)	-12,53	7,06	,474
Aggályosság és gátlás	kontroll	önkéntes	-0,38	9,38	1,000
		hivatásos (1)	6,12	9,72	1,000
		hivatásos (2)	23,20	10,04	,137
	önkéntes	kontroll	0,38	9,38	1,000
		hivatásos (1)	6,50	9,48	1,000
		hivatásos (2)	23,58	9,80	,108
	hivatásos (1)	kontroll	-6,12	9,72	1,000
		önkéntes	-6,50	9,48	1,000
		hivatásos (2)	17,08	10,13	,568
	hivatásos (2)	kontroll	-23,20	10,04	,137
		önkéntes	-23,58	9,80	,108
		hivatásos (1)	-17,08	10,13	,568

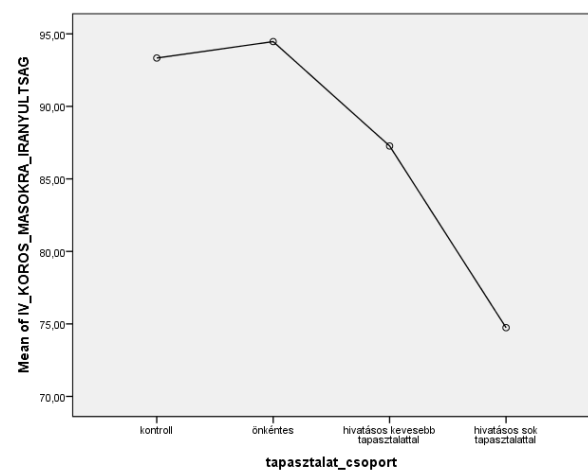
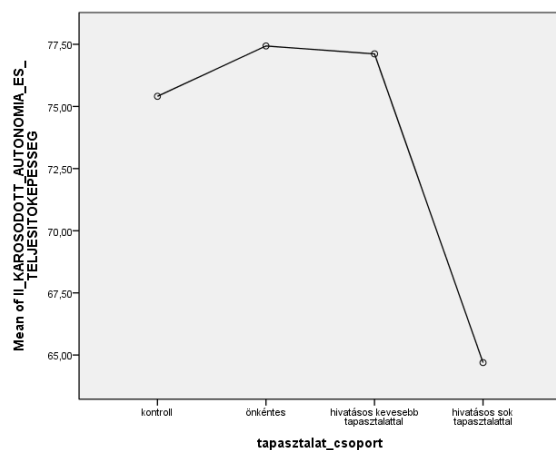
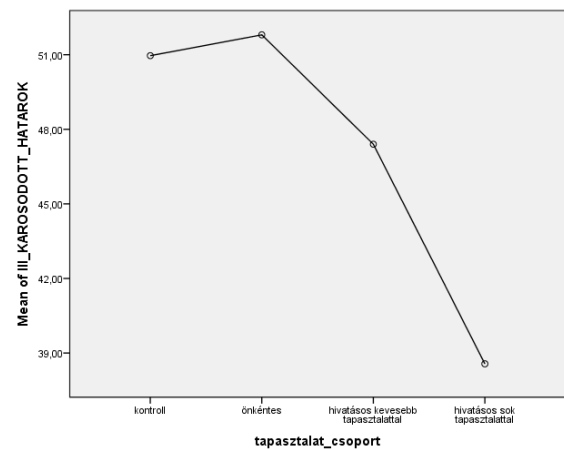
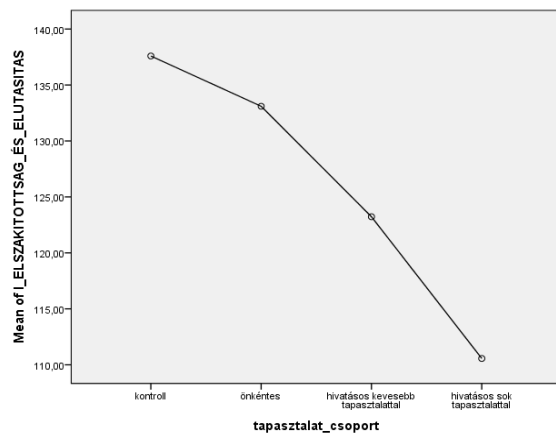
Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal. A jelentős különbséget mutató értékek vastagon szedve.

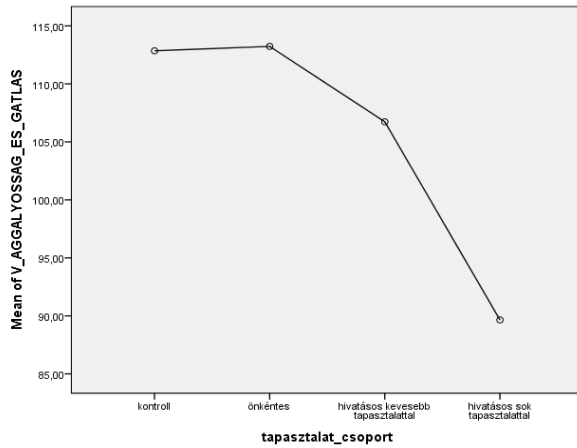
A **Kóros másokra irányultság** dimenzió a Behódolás, az Önfeláldozás és az Elismerés-hajszolás sémáit egyesíti. A mások vágyainak való megfelelést, a kontroll átadását másoknak és az előbbieken már elemzett elismertség iránti vágyat. Ezek tükrében értelmezhető az önkéntes segítők jelentősen aktívabb séma-dimenziója a tapasztaltabb hivatásosokhoz képest. Ezzel kapcsolatban is figyelemreméltó, hogy a jelentős különbség az előbb említett két csoport között mutatkozik kizárólag, a kontrollcsoporthoz képest nem.

A következő ábrákon látható dimenzió-átlagokat szemlélve az **Elszakítottság és elutasítás** sématartományban tendencia szinten kapott mutatókkal és pontszám csökkenési irányokkal kapcsolatban megállapítható, hogy a kontrollcsoportnál a legmagasabb, és az értékek fokozatosan csökkenő tendenciát mutatnak oly módon, hogy a következő legmagasabb átlagérték az önkénteseket jellemzi, majd következnek a

hivatásos katasztrófa-krízisintervenciót végzők 10 évig terjedő munkatapasztalattal és a legalacsonyabb pontszám, azaz a legkevésbé aktív ez a korai maladaptív séma a KIH++ mintánál.

A másik négy sémartománnyal kapcsolatos eredményeket ismertetve szintén kijelenthető, hogy szinte ugyanolyan irányban csökkennek a pontszámok tendencia szintjén, mint az előzőekben elemzett Elszakítottság és elutasítás alséma-együttes esetén, az önkéntesek hasonlóan magas értékeket értek el, mint a kontrollcsoport tagjai. A KIH++ beavatkozó állomány személyeinél mind az öt sémartománnyal kapcsolatban látszik, hogy legalább tendencia szintjén azok a legkevésbé aktívak a többi csoporthoz képest. (lásd alábbi diagramokat)





Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal.

5.1.2.2. A Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőíven (CISS48) kapott eredmények

Egyszempontos függetlenmintás varianciaanalízissel nem találtunk szignifikáns különbséget az alminták között a megküzdési módok tekintetében (problémafókuszú megküzdés: $F(3,112) = 0,15$ $p > 0,05$; érzelemfókuszú megküzdés: $F(3,112) = 2,31$ $p > 0,05$; elkerülés: $F(3,112) = 1,13$ $p > 0,05$). A három alszála egyike (problémafókuszú, érzelemfókuszú, elkerülő) esetében sem állítható, hogy jelentősen meghatározná az egyetemi hallgatókból álló kontrollcsoport tagjainak, az önkénteseknek és a két hivatásos almintát alkotó személyekre jellemző stresszhelyzettel való megküzdési módját (lásd 11. ábra). Ez az eredmény beleillik abba a képbe, amit Zsidó és Csókási (in press) kapott a Vészhelyzeti Reakció Kérdőív szerkesztése során, ahol a hivatásos tűzoltók szintén nem különböznek jelentősen az átlag férfi populáció tagjaitól a megküzdés formák terén.

11. ábra - A CISS-48 kérdőívvel felmért megküzdési módok leíró adatai almintánként és a teljes mintára vonatkozóan

		N	M	SD	min.	max.
Problémafókuszú megküzdés	Kontroll	27	63,26	7,91	51	78
	Önkéntes	30	63,97	8,44	45	80
	Hivatásos (1)	31	62,68	7,63	36	74
	Hivatásos (2)	28	63,07	7,00	48	76
	Összesen	116	63,24	7,68	36	80
Érzelemfókuszú megküzdés	Kontroll	27	40,81	9,97	22	63
	Önkéntes	30	38,07	12,21	16	59
	Hivatásos (1)	31	34,97	9,67	16	57
	Hivatásos (2)	28	34,54	8,63	19	52

	Összesen	116	37,03	10,40	16	63
Elkerülő megküzdés	Kontroll	27	43,22	8,79	22	57
	Önkéntes	30	39,93	10,23	22	56
	Hivatásos (1)	31	44,32	9,79	31	73
	Hivatásos (2)	28	43,25	10,42	24	63
	Összesen	116	42,67	9,86	22	73

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenció tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenció tapasztalattal.

A táblázat pontszámairól leíró jelleggel megállapítható, hogy az elkerülő megküzdési módra mindkét hivatásos állomány tagjai nagyobb értéket kaptak, mint az önkéntesek, ez azonban, nem szignifikáns. A mutatóból kiolvasható még, hogy az elkerülő magatartásra való irányultság a teljes minta szintjén több pontszámmal járt, mint az érzelemorientált. A veszélyhelyzeti segítők is, a CISS-48 kérdőív elkerülő stratégiát jelentő tételeit intenzívebben, nagyobb pontszámmal értékelve választották, mint az érzelemközpontúakat. A munka célorientáltsága és a társadalmi elvárások szempontjából érthető az ilyen stratégia. Az „érzelmekbe menekülés” egyértelműen céltalan, haszontalan mentési, segítési stratégia.

5.1.2.3. A Kognitív Érzelem-Szabályozási Kérdőív (CERQ) almintákra bontott eredményei

Az érzelemszabályozásban szerepet játszó, és a kérdőív által mért kognitív folyamatok tekintetében a rumináció és az elfogadás terén a hivatásos veszélyhelyzet-kezelési állomány mindkét csoportjának értékei jelentősen eltérnek a kontroll almintá pontszámaitól (lásd 12-13. ábra). A **Rumináció** jelentősen alacsonyabb mértékű a hivatásos mindkét csoportnál a kontrollszemélyekhez képest; $F(3,112) = 7,53$ $p < 0,001$. Az **Elfogadás** is azonos irányú, tehát magasabb értékű az egyetemi hallgatóknál; $F(3,112) = 4,11$ $p < 0,01$. Ez ugyanakkor adaptív stratégia, amely a kontrollcsoport tagjaira jellemző leginkább. Jelentheti ez azonban azt is, hogy a hivatásos segítők kevésbé fogadják el a „kész tények elé állítást”, a kész helyzetet, hiszen a mentési feladat célja az elsődleges, ami járhat azzal az érzéssel, hogy „próbálkozzunk tovább, nem fogadhatjuk el a helyzetet”.

12. ábra - A CERQ kérdőívvel felmért kognitív érzelmszabályozási stratégiák leíró adatai almintánként és a teljes mintára vonatkozóan

		N	M	SD	min.	max.
Önvád	Kontroll	27	11,19	2,82	4	17
	Önkéntes	30	10,10	2,75	4	15
	Hivatásos (1)	31	9,71	3,15	4	17
	Hivatásos (2)	28	9,82	2,16	6	15
	Összesen	116	10,18	2,78	4	17
Elfogadás	Kontroll	27	13,37	2,31	8	19
	Önkéntes	30	12,13	3,07	4	19
	Hivatásos (1)	31	11,48	3,01	4	17
	Hivatásos (2)	28	11,07	1,68	7	14
	Összesen	116	11,99	2,71	4	19
Rumináció	Kontroll	27	13,59	3,26	4	20
	Önkéntes	30	11,70	4,71	4	20
	Hivatásos (1)	31	9,87	3,14	5	20
	Hivatásos (2)	28	9,89	1,89	7	16
	Összesen	116	11,22	3,70	4	20
Pozitív fókuszváltás	Kontroll	27	11,26	4,30	4	20
	Önkéntes	30	10,70	3,58	4	17
	Hivatásos (1)	31	12,65	3,91	4	20
	Hivatásos (2)	28	11,57	2,87	7	18
	Összesen	116	11,56	3,73	4	20
Tervezés	Kontroll	27	16,26	2,89	8	20
	Önkéntes	30	16,70	2,56	9	20
	Hivatásos (1)	31	15,90	3,19	6	20
	Hivatásos (2)	28	15,32	2,04	12	19
	Összesen	116	16,05	2,72	6	20
Pozitív ártértékelés	Kontroll	27	15,67	3,19	6	20
	Önkéntes	30	16,30	2,91	8	20
	Hivatásos (1)	31	15,29	3,16	6	20
	Hivatásos (2)	28	14,96	2,33	10	20
	Összesen	116	15,56	2,93	6	20
Perspektívába helyezés	Kontroll	27	13,30	3,31	6	20
	Önkéntes	30	13,53	3,95	4	20
	Hivatásos (1)	31	12,65	3,50	7	20
	Hivatásos (2)	28	12,46	2,22	8	16
	Összesen	116	12,98	3,31	4	20
Katasztrófizálás	Kontroll	27	8,48	3,26	4	14
	Önkéntes	30	7,67	3,25	4	17
	Hivatásos (1)	31	7,48	2,91	4	17
	Hivatásos (2)	28	8,64	2,31	4	13
	Összesen	116	8,04	2,96	4	17
Mások hibáztatása	Kontroll	27	8,19	3,13	4	15
	Önkéntes	30	8,00	3,23	4	14
	Hivatásos (1)	31	7,65	2,63	4	17
	Hivatásos (2)	28	8,61	2,23	4	14
	Összesen	116	8,09	2,82	4	17

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenció tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenció tapasztalattal. A jelentős különbség vasatagon jelölve.

13. ábra – Az alminták közötti különbségek a CERQ egyes alskáláinak átlagos pontszámaiban, valamint a Bonferroni-korrekciónal végzett post hoc páros összehasonlítások szignifikanciája

	(a)	(b)	$M_{(a)} - M_{(b)}$	SE	p
Önvád	kontroll	önkéntes	1,09	0,73	,841
		hivatásos (1)	1,48	0,72	,265
		hivatásos (2)	1,36	0,74	,414
	önkéntes	kontroll	-1,09	0,73	,841
		hivatásos (1)	0,39	0,71	1,000
		hivatásos (2)	0,28	0,72	1,000
	hivatásos (1)	kontroll	-1,48	0,72	,265
		önkéntes	-0,39	0,71	1,000
		hivatásos (2)	-0,11	0,72	1,000
	hivatásos (2)	kontroll	-1,36	0,74	,414
		önkéntes	-0,28	0,72	1,000
		hivatásos (1)	0,11	0,72	1,000
Elfogadás	kontroll	önkéntes	1,24	0,69	,456
		hivatásos (1)	1,89	0,69	,041
		hivatásos (2)	2,30	0,70	,008
	önkéntes	kontroll	-1,24	0,69	,456
		hivatásos (1)	0,65	0,67	1,000
		hivatásos (2)	1,06	0,68	,741
	hivatásos (1)	kontroll	-1,89	0,69	,041
		önkéntes	-0,65	0,67	1,000
		hivatásos (2)	0,41	0,68	1,000
	hivatásos (2)	kontroll	-2,30	0,70	,008
		önkéntes	-1,06	0,68	,741
		hivatásos (1)	-0,41	0,68	1,000
Rumináció	kontroll	önkéntes	1,89	0,91	,237
		hivatásos (1)	3,72	0,90	,000
		hivatásos (2)	3,70	0,92	,001
	önkéntes	kontroll	-1,89	0,91	,237
		hivatásos (1)	1,83	0,88	,236
		hivatásos (2)	1,81	0,90	,282
	hivatásos (1)	kontroll	-3,72	0,90	,000
		önkéntes	-1,83	0,88	,236
		hivatásos (2)	-0,02	0,89	1,000
	hivatásos (2)	kontroll	-3,70	0,92	,001
		önkéntes	-1,81	0,90	,282
		hivatásos (1)	0,02	0,89	1,000
Pozitív fókuszváltás	kontroll	önkéntes	0,56	0,98	1,000
		hivatásos (1)	-1,39	0,97	,947
		hivatásos (2)	-0,31	1,00	1,000
	önkéntes	kontroll	-0,56	0,98	1,000
		hivatásos (1)	-1,95	0,95	,255
		hivatásos (2)	-0,87	0,97	1,000
	hivatásos (1)	kontroll	1,39	0,97	,947
		önkéntes	1,95	0,95	,255
		hivatásos (2)	1,07	0,97	1,000
	hivatásos (2)	kontroll	0,31	1,00	1,000
		önkéntes	0,87	0,97	1,000
		hivatásos (1)	-1,07	0,97	1,000

Tervezés	kontroll	önkéntes	-0,44	0,72	1,000
		hivatásos (1)	0,36	0,71	1,000
		hivatásos (2)	0,94	0,73	1,000
	önkéntes	kontroll	0,44	0,72	1,000
		hivatásos (1)	0,80	0,69	1,000
		hivatásos (2)	1,38	0,71	,334
	hivatásos (1)	kontroll	-0,36	0,71	1,000
		önkéntes	-0,80	0,69	1,000
		hivatásos (2)	0,58	0,71	1,000
	hivatásos (2)	kontroll	-0,94	0,73	1,000
		önkéntes	-1,38	0,71	,334
		hivatásos (1)	-0,58	0,71	1,000
Pozitív átértékelés	kontroll	önkéntes	-0,63	0,78	1,000
		hivatásos (1)	0,38	0,77	1,000
		hivatásos (2)	0,70	0,79	1,000
	önkéntes	kontroll	0,63	0,78	1,000
		hivatásos (1)	1,01	0,75	1,000
		hivatásos (2)	1,34	0,77	,509
	hivatásos (1)	kontroll	-0,38	0,77	1,000
		önkéntes	-1,01	0,75	1,000
		hivatásos (2)	0,33	0,76	1,000
	hivatásos (2)	kontroll	-0,70	0,79	1,000
		önkéntes	-1,34	0,77	,509
		hivatásos (1)	-0,33	0,76	1,000
Perspektívába helyezés	kontroll	önkéntes	-0,24	0,88	1,000
		hivatásos (1)	0,65	0,88	1,000
		hivatásos (2)	0,83	0,90	1,000
	önkéntes	kontroll	0,24	0,88	1,000
		hivatásos (1)	0,89	0,85	1,000
		hivatásos (2)	1,07	0,87	1,000
	hivatásos (1)	kontroll	-0,65	0,88	1,000
		önkéntes	-0,89	0,85	1,000
		hivatásos (2)	0,18	0,87	1,000
	hivatásos (2)	kontroll	-0,83	0,90	1,000
		önkéntes	-1,07	0,87	1,000
		hivatásos (1)	-0,18	0,87	1,000
Katasztrófizálás	kontroll	önkéntes	0,81	0,79	1,000
		hivatásos (1)	1,00	0,78	1,000
		hivatásos (2)	-0,16	0,80	1,000
	önkéntes	kontroll	-0,81	0,79	1,000
		hivatásos (1)	0,18	0,76	1,000
		hivatásos (2)	-0,98	0,78	1,000
	hivatásos (1)	kontroll	-1,00	0,78	1,000
		önkéntes	-0,18	0,76	1,000
		hivatásos (2)	-1,16	0,77	,816
	hivatásos (2)	kontroll	0,16	0,80	1,000
		önkéntes	0,98	0,78	1,000
		hivatásos (1)	1,16	0,77	,816
Mások hibáztatása	kontroll	önkéntes	0,19	0,75	1,000
		hivatásos (1)	0,54	0,75	1,000
		hivatásos (2)	-0,42	0,76	1,000
	önkéntes	kontroll	-0,19	0,75	1,000
		hivatásos (1)	0,35	0,73	1,000
		hivatásos (2)	-0,61	0,74	1,000

hivatásos (1)	kontroll	-0,54	0,75	1,000
	önkéntes	-0,35	0,73	1,000
	hivatásos (2)	-0,96	0,74	1,000
hivatásos (2)	kontroll	0,42	0,76	1,000
	önkéntes	0,61	0,74	1,000
	hivatásos (1)	0,96	0,74	1,000

Megjegyzés. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenciós tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenciós tapasztalattal. A jelentős különbséget mutató értékek vastagon jelölve.

A két alskálára adott a hazai, 261 fős mintán kapott eredményekkel való összehasonlítási lehetőség. A kérdőív magyarországi validációja (Miklósi és mtsai. 2011) során nyert eredmények alapján a Rumináció alskála normál populáción mért átlaga 12,34 (SD:3,60), míg a kutatásunk hivatásos állományi átlaga 9,87 (SD: 1,89) és 9,89 (SD: 3,14) a kontrollcsoporté pedig 13,59 (SD: 3,26) Az Elfogadás érzelemszabályozási stratégia normál populáción mért átlaga 11,43 (SD: 2,87), míg ezen értékek a hivatásosoknál 11,48 (SD:3,00) és 11, 07 (SD:1,68), illetve a kontrollcsoport esetében 13,37 (SD:2,30).

Összehasonlításra került a validáció és a kutatásunk mintája. Ezek az eredmények jelentős különbséget jeleznek az Önvád, a Rumináció, a Katasztrófizálás, mint maladaptív érzelemszabályozási forma, továbbá a Pozitív átértékelés és a Perspektívába helyezés, mint adaptív mód tekintetében, mind az öt skála esetén $p < 0,01$ szignifikancia szinten. A SOTE graduális és posztgraduális egyetemi hallgatóival összevetve az Önvád, a Rumináció és a Katasztrófizálás jelentősen alacsonyabb értéket mutat a jelen minta segítő személyeinél, azaz megállapítható, hogy ezen érzelemszabályozási formák náluk kevésbé aktívak, kevésbé gyakran használják azokat. Ez azt jelenti, hogy kevésbé nagyítják fel a veszélyt, kisebb mértékben és kevesebbszer rágódnak a negatív gondolatokon, amely formák egyébként jelentős hatásúak az intenzív ingerekre, a stresszre adott kóros érzelmi reakciók kialakulásában, a személyiségben és viselkedésben való rögzülésében (Garnevski, Kraai és Spinhoven, 2001). Ezekkel az értékekkel ellentétben a jelen kutatás mintája magasabb értékeket mutat a Pozitív átértékelés és a Perspektívába helyezés alskálákkal kapcsolatban. Érdeemes felhívni a figyelmet arra, hogy a felmérésben résztvevő személyek egy része jelen esetben is a Pécsi Tudományegyetem hallgatója (27 fő) hasonlóan az Érzelemregulációs Kérdőív magyar változatának mintájához, feltételezhető, hogy az említett öt alskálán kialakult jelentős eredménykülönbség a katasztrófa-krízisintervenciót végzők hatásának tudható be. Összehasonlítottuk ugyanis a Miklósi és mtsai. által kapott eredményeket kizárólag a veszélyhelyzeti segítőkével is, és

ugyanazon az öt alskálán térnek el jelentősen az értékek. Ennek részletesebb kifejtésére a II. vizsgálattal kapcsolatban kerül sor.

5.1.2.4. A Vészhelyzeti Reakció Kérdőíven kapott eredmények ismertetése

Az **Aktivitás** alskála tekintetében (lásd 14. ábra) a kontrollcsoporthoz képest a KIH+ és a KIH++ csoportjai jelentősen nagyobb pontszámot értek el; $F(3,112) = 9,11$ $p < 0,001$.

A **Tehetlenség** és **Leblokkolás** alskálákon kapott pontszámok éppen fordítottak, és az önkéntes, illetve a két hivatásos csoport által kapott értékek jelentősen alacsonyabbak a kontrollcsoportéinál, tehát megállapítható, hogy a katasztrófa-krízisintervencióban részt vevők jelentősen kevésbé érzik tehetetlenségüket és blokkolnak le; Tehetlenség: $F(3,112) = 7,25$ $p < 0,001$; Leblokkolás: $F(3,112) = 9,57$ $p < 0,001$.

A teljes kutatási mintánkat összevetettük a kérdőív összeállításakor, a szerzők által kapott eredményekkel. Tekintettel arra, hogy a disszertáció teljes kutatási mintájában nem kizárólag veszélyhelyzeti segítők szerepelnek, elsősorban a Zsidó, Csókási szerzőpáros által vizsgált átlag férfiakhoz célszerű hasonlítani az általunk kapott eredményeket (jelen mintát 78 férfi, 39 nő alkotja). Ezek alapján megállapítható, hogy jelen kutatás vizsgálati személyei jelentősen kisebb értéket értek el a Tehetlenség és a Leblokkolás alskálákon is, azaz ők – valószínűleg a hivatásos és önkéntes katasztrófa-krízisintervenciók személyek eredményeinek hatására – kevésbé érzik veszélyhelyzetben a tehetetlenséget, a leblokkolást. Előbbi $p < 0,05$, utóbbi $p < 0,01$ szinten érvényes. Az Ágencia alskála esetében nem mutatható ki jelentős különbség; $F(3,112) = 2,24$ $p > 0,05$.

14. ábra - A VRK alskálaival felmért veszélyhelyzeti reakciómódok leíró adatai almintáként és a teljes mintára vonatkozóan

		N	M	SD	min.	max.
Aktivitás	Kontroll	27	18,74	5,62	12	34
	Önkéntes	30	23,83	5,78	13	36
	Hivatásos (1)	31	25,19	4,73	11	32
	Hivatásos (2)	28	24,96	4,90	15	34
	Összesen	116	23,28	5,80	11	36
Ágencia	Kontroll	27	27,41	4,56	17	38
	Önkéntes	30	30,77	5,28	15	40
	Hivatásos (1)	31	29,10	5,50	15	40
	Hivatásos (2)	28	29,96	4,93	16	38
	Összesen	116	29,34	5,18	15	40
Tehetlenség	Kontroll	27	17,59	4,93	10	30
	Önkéntes	30	13,17	5,12	8	31
	Hivatásos (1)	31	12,77	4,98	8	28
	Hivatásos (2)	28	11,93	4,70	8	26

	Összesen	116	13,79	5,33	8	31
Leblokkolás	Kontroll	27	13,93	3,97	8	24
	Önkéntes	30	10,10	4,12	6	25
	Hivatásos (1)	31	8,94	4,21	6	26
	Hivatásos (2)	28	9,07	3,54	6	18
	Összesen	116	10,43	4,40	6	26
Tehetlenség (fordított pontozással)	Kontroll	27	30,41	4,93	18	38
	Önkéntes	30	34,83	5,12	17	40
	Hivatásos (1)	31	35,23	4,98	20	40
	Hivatásos (2)	28	36,07	4,70	22	40
	Összesen	116	34,21	5,33	17	40
Leblokkolás (fordított pontozással)	Kontroll	27	22,07	3,97	12	28
	Önkéntes	30	25,90	4,12	11	30
	Hivatásos (1)	31	27,06	4,21	10	30
	Hivatásos (2)	28	26,93	3,54	18	30
	Összesen	116	25,57	4,40	10	30

Megjegyzés. A Tehetlenség és Leblokkolás alsókálák tételeinek fordított pontozásával kapott pontszámok a válaszadó veszélyhelyzeti reakcióképességének pozitív mutatóiként értelmezhetők. Hivatásos (1): hivatásos segítők 10 évnél kevesebb krízisintervenció tapasztalattal. Hivatásos (2): hivatásos segítők 10 évnél több krízisintervenció tapasztalattal. A jelentős különbséget mutató értékek vastagon szedve.

Az első vizsgálat eredményei bemutatásának zárásaként érdemes megemlíteni, hogy a Veszélyhelyzeti Reakció Kérdőív az összesített pontszámok alapján is értékelhető, amelyet az alábbi táblázat mutat. Ebben az esetben a Tehetlenség és Leblokkolás alsókálákat fordított tételekként kell számolni, és minél magasabb a VRK skála összpontszáma, annál sikeresebb a személyiség veszélyhelyzeti reakció-képességének alkalmazása.

Az összesített vészhelyzeti reakció esetében is ugyanolyan összefüggések állapíthatók meg, mint az alsókálák szerinti mutatók alapján a mintánk csoportjai között; $F(3,112) = 11,33$ $p < 0,001$. A négy alsókálán legmagasabb összpontszáma a hivatásos beavatkozók nagyobb tapasztalattal rendelkező csoportjának van 117,92-s értékkel (SD: 4,53), a KIH+ minta tagjai 116,56 (SD: 4,86) pontot értek el, az önkéntesek pedig 115,33-t (szórás: 5,08) amely értékek jelentősen magasabbak, mint a kontrollcsoport összpontszáma, amely 98,63 (SD: 4,77). Zsidó és Csókási (in press) a kérdőív megszerkesztésekor az átlag férfiakra 108,2-s átlag pontszámot kapott (SD: 15,56), míg a veszélyes foglalkozású személyeknél 124,19-t (SD: 13,26). Utóbbi érték valamivel magasabb, mint a jelen felmérés hivatásos beavatkozóinál, de jóval nagyobb a szórás is. A további részletes elemzés, amely a II. vizsgálatban kerül ismertetésre, a katasztrófa-krízisintervenció végzők mintája és hivatásos tűzoltók között feltár néhány jelentős összefüggést.

5.2. MÁSODIK VIZSGÁLAT

A második vizsgálatban a következő négy részelemzést végeztük és az alábbi összefüggéseket vizsgáltuk:

1. A katasztrófa-krízisintervenciót végző hivatásos és önkéntes segítők eredményeinek összefüggései az életkorral és a munkatapasztalattal, illetve az egyes kérdőívek alskáláinak interkorrelációs összefüggései

2. A használt mérőeszközök skálái közötti együttjárások vizsgálata a végzett tevékenység tükrében

3. A VRK összpontszámra, mint az első vizsgálatban azonosított, megfelelő hatékonyságúnak tűnő prediktorra vonatkozó regresszióanalízis eredményei

4. A hivatás leírására szolgáló, a krízisintervenciós tevékenységre önreflexió szintjén megadott kifejezések minőségi elemzése

A második vizsgálat kizárólag a katasztrófa-krízisintervenciót végzők 100 fős csoportja eredményeinek leíró jellegű ismertetésére, majd további részleteket feltárva, az elvégzett regresszióanalízis által kapott adatok bemutatására szorítkozik. A regressziós elemzéssel arra kerestük a választ, hogy a megküzdés és érzelemszabályozás különböző módjai, valamint a sématarományok milyen mértékben jelzik a vészhelyzetben mutatott viselkedést (azaz a tevékenység hatékonyságának mérési lehetőségével azonosított VRK összpontszámot). Ebben az esetben nem az alminták összehasonlítása tűnt célravezetőnek, hanem elsősorban a disszertáció fókuszában lévő tevékenységet ellátók elsősorban leíró bemutatása az életkor, a munkatapasztalat, az iskolai végzettség és a kérdőívek és azok alskáláinak korrelációs együtthatóit alapul véve. Ugyanakkor végeztünk összehasonlítást is a rendelkezésre álló más kutatások eredményeit alapul véve. A hipotézisek felvetésein keresztül kerestük a választ az érzelemszabályozási formák sajátosságaira, nehézségeire, a megküzdési módok és veszélyhelyzetben mutatott viselkedés, valamint a korai maladaptív, kognitív sémák összefüggéseire. Vizsgáltuk az életkor, a munkatapasztalat és az iskolai végzettség imént említett változókra tett hatását is. Összehasonlítottuk továbbá egymással a négy mérőeszköz eredményeit, alskálákra bontva azokat, illetve megvizsgáltuk az egyes kérdőívek dimenzióinak egymás közötti összefüggéseit is. Végezetül a leíró elemzések kiegészítésre kerültek a rendelkezésre álló, más kutatások esetében kapott eredményekkel való összehasonlítás adataival is.

Mielőtt rátérnénk a mérőeszközök által kapott eredményekre, ismertetjük ennek a mintának – mint az összes vizsgálati személy 4/5-ének - fontosabb demográfia adatait: A katasztrófa-krízisintervenciót végzők kutatási mintáját 70 hivatásos és 30 önkéntes munkatárs alkotja. Közülük összesítve 70 férfi és 20 nő (10 személy nem válaszolt a nemre vonatkozó kérdésre, azaz 10%). A minta átlagéletkora 36,41 év (szórás: 8,14) nem különbözik jelentősen a teljes kutatási minta átlagéletkorához képest 36,72 év (szórás: 9,41). A minta munkatapasztalatának átlaga 9,81 év (szórás: 6,30). Az első kérdésre 9-en, a másodikra 14-en nem adtak választ, amelynek feltételezett oka lehet, hogy még a teljes anonimitás biztosítása mellett sem óhajtottak olyan adatokat közölni, ami beazonosításuknak esetleges támpontja lehet.

Fontos az eredmények részletes ismertetése előtt megemlíteni, hogy az iskolai végzettség és a kérdőíveken kapott eredmények összefüggésében egyetlen jelentős korrelációs érték sem mutatkozott (2 fő alapfokú, 52-en középfokú, 13-an főiskolai, 16-an egyetemi és 7 fő egyetemre épülő további végzettséggel rendelkezik), így a továbbiakban kizárólag az életkorról és a munkatapasztalattal kapcsolatos adatokat vizsgáljuk.

5.2.1. Az életkor és a munkatapasztalat kérdőívekkel való összefüggései és az alskálák interkorrelációi

Ebben az alfejezetben ismertetjük a demográfiai jellemzők (életkor és munkatapasztalat) összefüggéseit a négy kérdőív skáláin elért pontszámokkal. A leíró statisztikai eredmények a 15. ábrán láthatók, míg a korrelációs együtthatókat a 16-19. ábrákon tüntetjük fel.

15. ábra - Az életkor, a munkatapasztalat és a négy kérdőív adatainak leíró statisztikája kizárólag a krízisintervenciót végzők mintáján

	N	M	SD
Életkor	91	36,41	8,14
Tapasztalatok	86	9,814	6,30
Problémafókuszú megküzdés	97	62,53	8,17
Érzelemfókuszú megküzdés	97	35,40	10,31
Elkerülő megküzdés	97	42,93	10,06
Önvád	97	9,67	2,71
Elfogadás	97	11,39	2,76
Rumináció	97	10,30	3,51
Pozitív fókuszváltás	97	11,55	3,53
Tervezés	97	15,66	3,04
Pozitív átértékelés	97	15,19	3,18
Perspektívába helyezés	97	12,67	3,46
Katasztrófizálás	97	7,85	2,82
Mások hibáztatása	97	7,97	2,71
Érzelmi depriváció-érzelemmegvonás	87	13,69	6,26

Elhagyatottság-instabilitás	87	29,68	11,92
Bizalmatlanság-abúzus	87	30,23	11,70
Társas izoláció-elidegenedettség	87	15,83	7,09
Csökkenetértékűség-szégyen	87	21,66	8,14
Társas elutasítottság érzés	87	13,92	5,58
Kudarca ítéltés	87	13,74	5,16
Dependencia-inkompetencia	87	22,70	8,88
Sérülékenység-veszélyeztetettség	87	21,95	8,22
Összefonódottság-éretlenség	87	16,57	7,67
Feljogosítottság-grandiozitás	87	21,07	9,32
Elégtelen önkontroll-önfegyelem	86	25,40	10,26
Behódolás	87	16,66	6,95
Önfeláldozás	87	42,59	15,00
Elismerés-hajszolás	87	26,31	9,76
Negativizmus-pesszimizmus	87	18,91	8,68
Érzelmi gátoltság	87	15,15	6,70
Könyörtelen mércék-Hiperkritikusság	87	38,66	15,01
Büntető készenlét	87	30,11	12,18
Aktivitás	97	24,62	5,28
Ágencia	97	29,65	5,84
Tehetlenség	97	12,59	4,93
Leblokkolás	97	9,27	4,01
Összesített VRK pontszám	97	116,41	14,99

5.2.1.1. A Young Séma Kérdőívén kapott összefüggések

A Young Séma Kérdőív eredményei nem normál eloszlásúak, ezért a Spearman-féle nem parametrikus tesztet futtattuk. Az eredményekből az látszik, hogy a veszélyhelyzeti beavatkozó hivatásos és önkéntes segítők életkora egyik Young-féle sématartománnyal sincs jelentős együttjárásban, de a munkatapasztalat a Kóros másokra irányultsággal igen, ellentétes irányultsággal (-0,250, $p < 0,05$) és az Aggályosság és gátlás tartomány is - ugyan csekély mértékben és fordítottan (- 0,227) - alig esik ki a jelentősen korreláló ($p = 0,051$) változók közül (16. ábra). Ezen eredmények alapján megállapítható, hogy a minta tekintetében, a több munkatapasztalattal kis mértékben csökken a fenti két sématartomány aktivitásának hatása.

16. ábra - Az életkor, a munkatapasztalat és a YSQ-FV sématartományai közötti együttjárások Spearman-féle korrelációs együtthatói

	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Életkor	,669**	-,090	-,134	-,132	-,193	-,166
2. Munkatapasztalat		-,077	-,152	-,213	-,250*	-,227
3. Elszakítottág és elutasítás			,852**	,678**	,582**	,653**
4. Károsodott autonómia és teljesítőképesség				,773**	,676**	,710**
5. Károsodott határok					,740**	,793**
6. Kóros másokra irányultság						,818**
7. Aggályosság és gátlás						

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$. A jelentős együttjárás kiemelve.

Amennyiben az öt maladaptív sématartományt alkotó 19 alskála korrelációit vizsgáljuk az életkorral és a munkatapasztalattal összefüggésben, akkor a Spearman teszten -.244 mértékű együttható mutatkozik ($p < 0,05$) az utóbbi változó és az Elismerés hajszolás

korai maladaptív sémát mérő alskála között (lásd 17. ábra). Az Elismerés hajszolás a Kóros másokra irányultság tartomány alskálája, így ez a korreláció tekinthető a teljes sémata tartományra vonatkozó, munkatapasztalattal összefüggő befolyásoló tényezőnek. A Könyörtelen mércék, hiperkritikusság értéke és a munkatapasztalat közötti korrelációs mutató is jelentős fordítottan irányban ($r = -0,246$ $p < 0,05$), és tulajdonképpen elmondható, hogy ez a séma is rendelkezik olyan mértékű hatással, amely az egész sémata tartományt statisztikailag jelentősen befolyásolja, hiszen egyedül ez az alskála hat jelentősen az Aggályosság és gátlás dimenzióra (amely $p < 0,05$ helyett $0,051$ -en tekinthető jelentősnek). Összegzésként ugyanakkor megállapítható, hogy a munkatapasztalat növekedésével csökken az Elismerés hajszolás és a Könyörtelen mércék maladaptív séma aktivitása, ezáltal hatása a személyekre, habár a korrelációs mutatók alacsony összefüggést mutatnak. Ugyanakkor mindkét séma a minta esetében és a vizsgált összefüggés tekintetében jelentősen befolyásolja azokat a korai maladaptív kognitív berögződéseket, amelynek részét képezik.

17. ábra - Az életkor és a munkatapasztalat korrelációi a YSQ-FV 19 alskálájával

	Életkor	Munkatapasztalat
Érzelmi depriváció – érzelemmegvonás	-,030	,014
Elhagyatottság – instabilitás	-,007	,011
Bizalmatlanság – abúzus	-,057	-,079
Társas izoláció – elidegenedettség	-,184	-,170
Csökkentértékűség – szegény	-,079	-,026
Társas elutasítottság érzése	-,131	-,131
Kudarca ítéltés	-,217	-,214
Dependencia – inkompetencia	-,059	-,120
Sérülékenység – veszélyeztettség	-,068	-,081
Összefonódottság – éretlenség	-,167	-,166
Feljogosítottság – grandiozitás	-,106	-,171
Elégtelen önkontroll – önfegyelem	-,129	-,215
Behódolás	-,068	-,068
Önfeláldozás	-,157	-,210
Elismerés hajszolása	-,134	-,244*
Negativizmus – pesszimizmus	-,118	-,079
Érzelmi gátoltság	-,120	-,096
Könyörtelen mércék – hiperkritikusság	-,173	-,246*
Büntető készenlét	-,145	-,195

Megjegyzés. * $p < ,05$. A jelentős együttjárások kiemelve.

5.2.1.2. Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőív (CISS-48) az életkorral és munkatapasztalattal, valamint a skálák együttjárásai

A 18. ábrán látható táblázat korrelációs együtthatóit szemügyre véve megállapítható, hogy a katasztrófa-krízisintervencióban részt vevők életkora, illetve munkatapasztalata

nincs hatással a megküzdési módok egyikére sem. A Problémafókuszú megküzdés esetében nem normál eloszlásúak az eredmények, így azzal kapcsolatban a Spearman-féle korrelációs számítás került alkalmazásra.

18. ábra - A CISS-48 kérdőív alskáláinak korrelációi az életkorral és a munkatapasztalattal

		Életkor	Munkatapasztalat
CISS-48	Problémafókuszú megküzdés	-,093	-,012
	Érzelemfókuszú megküzdés	,024	,043
	Elkerülő megküzdés	-,077	,020

Megjegyzés. A $p < ,05$ szignifikanciaszinten a közölt együttthatók egyike sem szignifikáns.

A 19. ábrán szereplő táblázatból az állapítható meg, hogy a vizsgált mintán jelentős együttjárás mutatható ki az érzelmi és az elkerülő megküzdési forma között, de ez kis mértékű.

19. ábra - A CISS-48 alskálái közötti interkorrelációs együttthatók

	Érzelemfókuszú megküzdés	Elkerülő megküzdés
Problémafókuszú megküzdés	-,063	,128
Érzelemfókuszú megküzdés		,292**

Megjegyzés. ** $p < ,01$.

5.2.1.3. A CERQ eredményeinek együttjárása az életkorral és munkatapasztalattal, alskáláinak interkorrelációi

A kognitív érzelemszabályozási jellemzőkkel kapcsolatban ugyanaz állapítható meg, mint a megküzdési módok esetén. Nincs jelentős összefüggés egyik CERQ alskála, illetve az életkor és tapasztalat vonatkozásában (20. ábra). Ez az eredmény, akárcsak a megküzdési módokra vonatkoztatva találkozik Klee és Renner (2012) megállapításával, hogy tekintettel a Mitchell-féle segítői személyiség a szerzők által prediszpozíciónak vélt koncepciójára (azaz, hogy hozzuk magunkkal, nem a munkaszocializáció következménye), a segítőik énje nem változik jelentősen a munkatapasztalattal.

20. ábra - A CERQ alskálák összefüggései az életkorral és a munkatapasztalattal

		Életkor	Munkatapasztalat
CERQ	Önvád	,016	,046
	Elfogadás	-,128	-,060
	Rumináció	-,062	,030
	Pozitív fókuszváltás	-,129	-,079
	Tervezés	-,112	-,187

Pozitív átértékelés	-,147	-,061
Perspektívába helyezés	-,130	-,110
Katasztrofizálás	,025	,195
Mások hibáztatása	-,021	,184

Megjegyzés. A $p < ,05$ szignifikanciaszinten a közölt együtthatók egyike sem szignifikáns.

A kérdőív esetén a Rumináció, a Tervezés és a Pozitív átértékelés skálák nem normál eloszlású eredményeket adnak, ezért ezen érzelemszabályozási módok esetén a Spearman-féle korrelációt számoltuk.

21.. ábra - A CERQ alskálái közötti együjtjárások együtthatói

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Önvád	,304**	,702**	,307**	,322**	,222*	,394**	,501**	,526**
2. Elfogadás		,199	,033	,103	,238*	,281**	,173	,191
3. Rumináció			,363**	,309**	,278**	,479**	,543**	,637**
4. Pozitív fókuszváltás				,188	,295**	,293**	,262**	,354**
5. Tervezés					,702**	,592**	,061	,049
6. Pozitív átértékelés						,583**	-,033	,018
7. Perspektívába helyezés							,350**	,280**
8. Katasztofizálás								,694**
9. Mások hibáztatása								

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

A korrelációs eredmények további szempontjaira figyelve kiemelhető (21. ábra), hogy az Önvád és a Perspektívába helyezés kognitív megküzdési forma az a kettő, amely az összes többi alskálával korrelációban van .222 és .702 közötti mértékben. Ezek többsége nem magas együjtjárás, de azon egyszerű pszichometriai magyarázaton kívül, hogy e két alskálának vannak a leginkább hasonló tételei a többiekhez, esetleg érdemes lehet a további kutatások során megvizsgálni, hogy az Önvád, mint maladaptív érzelemszabályozási forma működési struktúrája, stratégiája benne szerepel-e a többi módozatban, különböző mértékű, igaz, nem magas összefüggés szintjén. Továbbá a veszélyhelyzet-kezelő személyek belső pszichés működési jellegzetességeire is utalhat az eredmény olyan értelmezése, hogy meghatározott mértékű önreflexió, önhibáztatás, az önmagukra vonatkozó felelősségvállalás értelmében, fontos eleme a kognitív érzelemszabályozásuknak. Hasonló módon, a Perspektívába helyezés értékei utalhatnak ennek az adaptív érzelemszabályozási módnak a kiemelkedő fontosságára is a minta tekintetében. Ez a kognitív stratégia, a negatív élmények hatását hivatott csökkenteni mások élményeivel, tapasztalatával vagy saját egyéb élményeinkkel összevetve.

5.2.1.4. Vészhelyzeti Reakció Kérdőív eredményei

A katasztrófa-krízisintervencióban részt vállalók életkora és munkatapasztalata nem mutat korrelációt egyik alskálával sem (lásd 22. ábra).

22. ábra - A VRK alskálái és összpontszámának együttjárásai az életkorral és a munkatapasztalattal

		Életkor	Munkatapasztalat
VRK	Aktivitás	-,162	,030
	Ágencia	,028	,076
	Tehetlenség	,068	-,032
	Leblokkolás	,118	,048
	VRK összpontszám	-,108	,038

Megjegyzés. A $p < ,05$ szignifikanciaszinten a közölt együttjárások egyike sem szignifikáns.

Ugyanakkor az alskálák egymás közötti eredményeit is vizsgálva a katasztrófa-krízisintervenciót végző személyek mintája esetében megállapítható (23. ábra), hogy a Veszélyhelyzeti Reakció Kérdőíven kapott eredmények alapján az Ágencia alskála áll leginkább ellentétes irányú korrelációban a Tehetlenség ($-.524$ $p < 0,01$) és Leblokkolás alskálákkal ($-.435$, $p < 0,01$) és a leginkább mutat pozitív együttjárást a két negatív alskála fordított tételeivel számolt összpontszám értékével ($.827$, $p < 0,01$), amely kifejezetten magasnak mondható.

23. ábra – A VRK alskálái és összpontszáma közötti együttjárások Pearson-féle korrelációs együtthatói

	Ágencia	Tehetlenség	Leblokkolás	Összpontszám
Aktivitás	,474**	-,200*	-,259*	,673**
Ágencia		-,524**	-,435**	,827**
Tehetlenség			,633**	-,730**
Leblokkolás				-,708**

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

A mintán kapott legutolsó eredmény azt jelzi, hogy a cselekvőképességük megőrzése, a veszélyhelyzeti aktivitásuk nagyon magas szinten együtt jár a veszélyhelyzetben mutatott viselkedésük hatékonyságával. Ezek szerint a cselekvőképesség megőrzése fontos mutatója lehet a kritikus helyzetben való segítségnyújtás hatékonyságának. A megállapítás találkozik Tyharst (1951) közel hetven évvel ezelőtti, de azóta sem tovább vizsgált eredményeivel, amelyek arra adnak támpontot, hogy katasztrófák esetén az emberek 15%-a teljesen leblokkol, 70%-a úgy-ahogy meg tudja őrizni cselekvőképességét, és csak 15%-uk képes szervezeten és hatékonyan működni. Valószínűsíthető - habár a tanulmány nem tér ki rá minden kétséget kizáró módon - hogy az utóbbi 15%-ot többek között a veszélyhelyzetet kezelő személyek alkothatták.

5.2.2. A kutatásban használt négy kérdőív alskáláinak egymás közötti együttjárásai

A továbbiakban a veszélyhelyzet-kezelő munkatársak teszteredményei alapján kapott összes alskála többivel összehasonlított korrelációit ismertetjük. Összehasonlítjuk tehát a Young-féle maladaptív sémákat a CERQ formákkal, a CISS48 megküzdési stratégiákkal és a VRK reakciómintákkal majd a CERQ alskálákból kiindulva azok esetleges együttjárását a CISS48 és VRK alskálákkal, majd az utóbbi kettőt egymás között. Ennek a folyamatnak az a célja, hogy további, a felszínen nem jelentkező, akár rejtett összefüggéseket tárjunk fel a katasztrófa-krízisintervenciót végzők sajátosságaiban.

5.2.2.1. A korai maladaptív sémák és a megküzdés összefüggései

Mivel a Young alskálák eredményei nem normál eloszlásúak a Spearman-féle korrelációs mutatóval számoltunk. Ez alapján nem mutatható ki egy szignifikáns együttjárás sem a Problémafókuszú és Elkerülő megküzdési mód és a Young sémák között, amelyet a 24. ábra mutat.

24. ábra - A CISS-48 kérdőívvel felmért megküzdési módok korrelációi a YSQ-FV 19 alskáláival

	Megküzdési mód		
	Problémafókuszú	Érzelemfókuszú	Elkerülő
Érzelmi depriváció – érzelemmegvonás	-,092	,467**	,005
Elhagyatottság – instabilitás	-,041	,447**	-,040
Bizalmatlanság – abúzus	-,024	,243*	-,027
Társas izoláció – elidegenedettség	-,051	,397**	-,063
Csökcentértékűség – szégyen	-,079	,418**	-,056
Társas elutasítottság érzése	-,168	,327**	-,071
Kudarca ítéltés	-,027	,393**	-,025
Dependencia – inkompetencia	-,110	,384**	,064
Sérülékenység – veszélyeztetettség	,021	,358**	,089
Összefonódottság – éretlenség	-,094	,319**	,108
Feljogosítottság – grandiozitás	,102	,270*	,049
Elégtelen önkontroll – önfegyelem	,041	,372**	-,080
Behódolás	-,039	,329**	-,183
Önfeláldozás	,115	,191	-,131
Elismerés hajszolása	,060	,341**	,061
Negativizmus – pesszimizmus	,013	,376**	-,004
Érzelmi gátoltság	-,170	,331**	-,142
Könyörtelen mércék – hiperkritikusság	,191	,142	-,030
Büntető készenlét	,170	,309**	,048

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Az Érzelemfókuszú megküzdés alskála ugyanakkor az Önfeláldozás és Könyörtelen mércék youngi alskálák kivételével, a többivel mind pozitív, közepes mértékű, .302 és .455 közötti tartományba eső korrelációt mutat ($p < 0,01$ szinten). A Bizalmatlanság, abúzus alskála pedig .243 szinten korrelál ($p < 0,05$). Habár ezek nem minősülnek magas értékeknek, ebből az adatból levonhatjuk azt a következtetést, hogy a korai maladaptív sémák aktivitása a munkafeladatokkal való megküzdés folyamatában inkább valószínűsíti az érzelemvezérelt hozzáállást.

Az Elkerülő megküzdési mód alskála, mint a tesztek alapján normál eloszlású dimenzió, egyik Young-féle maladaptív sémával sem korrelál.

5.2.2.2.A Young Séma Kérdőív és a kognitív érzelemregulációs folyamatok összefüggései

A 25. ábrán látható táblázat eredményeit elemezve a következőket szögezhetjük le:

1. A Mások hibáztatása érzelemszabályozási alskála egyedül az Önfeláldozás és Könyörtelen mércék Young alskálákkal nincsen jelentős összefüggésben, a többi 17 korai maladaptív sémával igen. Nem magasak ezek a korrelációs mutatók, a legnagyobb mértékű .370 ($p < 0,01$), ugyanakkor az adatokból látszik, hogy a maladaptív gyerekkori sémák legtöbbje kis mértékben ugyan, de hatással van a mások hibáztatásának stratégiáját alkalmazó személyekre.
2. Az Elfogadás, Pozitív fókuszváltás, a Tervezés, a Pozitív átértékelés és a Perspektívába helyezés érzelemregulációs módok adaptívnak, az érzelemszabályozást pozitív irányba segítőnek számítanak, ugyanakkor több pozitív korreláció is megállapításra került a Young-féle sémák 8 alskálájával is összevetve. Ezen értékek ugyanakkor szintén nem magasak, .242 és .328 közöttiek. Ez az eredmény utalhat arra az ember természetes személyiségfejlődési jellemzőjére, hogy az érés, a szocializáció, a felnőtté válás folyamatában biztosan előidéződnek érzelmi, kognitív sérülések, amelyeket egy érzékeny mérőeszköz, mint a Young Séma Kérdőív kimutat. Természetesen ez a magyarázat a kapott adatok alapján, csak a kutatási minta vonatkozásában fontolható meg.
3. Általánosságban elmondható, hogy a két mérőeszköz alskálái között sok helyen van jelentős összefüggés, ezek kivétel nélkül alacsony mértékűek. A legmagasabb .485 ($p < 0,01$), de a legtöbb a .300 körüli tartományban marad.

4. A Büntető készenlét Young-féle alskála, ami a megbocsátás nehézségét feltételezi, mások kemény megbüntetésének szükségességének késztetését, az intoleranciát, a türelmetlenséget, az együttérzés hiányát ugyanakkor a 9 CERQ alskála közül héttel is korrelál, ráadásul az adaptívnak számítók közül négygyel, és a többi sémához képest viszonylag magas értékeken (többek között .395 és .407, $p < 0,01$). Ez az eredmény felveti azt a lehetőséget, hogy a sikeres (adaptív) kognitív szempontú érzelemszabályozáshoz, amit a CERQ kérdőív mér, szükséges vagy legalábbis támogató tényező a gyerekkorban elszenvedett érzelmi, kognitív sérülés, a lelki trauma.
5. A Rumináció alskála, (CERQ) az őrlődés, mint érzelemszabályozás jelzője mind a 19 Young alskálával jelentős korrelációt mutat. Ötöt kivéve a többivel $p < 0,01$ szinten, amelyek közül a .429 a legmagasabb, a Társas izoláció, elidegenedettséggel összefüggésben. Egy lehetséges magyarázat lehet erre az, hogy az aktív gyerekkori maladaptív sémák őrlődésre készítetik a személyt a különböző munkaköri helyzetekben.

25. ábra – A YSQ-FV 19 alszámlájának együttjárásai a CERQ kilenc alszámlájával

	Önvád	Elfogadás	Rumináció	Pozitív fókuszváltás	Tervezés	Pozitív átértékelés	Perspektívába helyezés	Katasztrófizálás	Mások hibáztatása
Érzelmi depriváció – érzelemmegvonás	,163	,218*	,323**	,085	,137	,043	,143	,139	,363**
Elhagyatottság – instabilitás	,322**	,166	,386**	,163	,074	-,015	,157	,224*	,370**
Bizalmatlanság – abúzus	,311**	,078	,283**	,252*	,177	-,053	,168	,139	,325**
Társas izoláció – elidegenedettség	,279**	,186	,429**	,188	,182	,060	,244*	,260*	,341**
Csökkenértékűség – szégyen	,229*	,082	,260*	,138	,040	-,063	,143	,187	,361**
Társas elutasítottság érzése	,157	,147	,235*	,058	-,043	-,081	,116	,087	,226*
Kudarca ítélttség	,293**	,200	,242*	,122	,101	-,145	,195	,140	,285**
Dependencia – inkompetencia	,208	,008	,246*	,262*	,111	-,081	,210	,165	,352**
Sérülékenység – veszélyeztetettség	,276*	,170	,287**	,121	,170	-,020	,179	,072	,338**
Összefonódottság – éretlenség	,294**	,121	,331**	,295**	-,014	-,124	,179	,164	,358**
Feljogosítottság – grandiozitás	,366**	,187	,362**	,139	,328**	,131	,395**	,128	,268*
Elégtelen önkontroll – önfegyelem	,350**	,172	,330**	,049	,211	-,046	,242*	,125	,290**
Behódolás	,330**	,167	,339**	,043	,155	-,070	,246*	,132	,232*
Önfeláldozás	,290**	,310**	,297**	,056	,256*	,233*	,275*	-,082	,092
Elismerés hajszolása	,336**	,221*	,365**	,129	,197	,021	,278*	,100	,224*
Negativizmus – pesszimizmus	,362**	,276*	,347**	,023	,170	-,044	,253*	,223*	,298**
Érzelmi gátoltság	,354**	,113	,376**	,097	,093	-,091	,300**	,223*	,333**
Könyörtelen mércék – hiperkritikusság	,325**	,235*	,241*	,206	,260*	,180	,261*	,021	,100
Büntető készenlét	,485**	,395**	,398**	,226*	,366**	,193	,407**	,130	,243*

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

5.2.2.3.A Young Séma Kérdőív és a vészhelyzeti reakciók összefüggései (Zsidó-Csókási-féle VRK)

Ez esetben is a Spearman-féle korrelációs számítást alkalmaztuk. Először a sémartományok szintjén elemezzük az adatokat (26. ábra), majd az egyes Young alsókálák tekintetében is (27. ábra).

26. ábra – A YSQ-FV öt sémartományának korrelációi a VRK négy alsókálájával és összpontszámával

	Aktivitás	Ágencia	Tehetlenség	Leblokkolás	VRK összpontszám
Elszakítottág és elutasítás	,168	-,115	,397*	,392*	-,217*
Károsodott autonómia és teljesítőképesség	,056	-,109	,394**	,388**	-,249*
Károsodott határok	,155	-,028	,369**	,352**	-,146
Káros másokra irányultság	,135	,021	,300**	,288**	-,099
Aggályosság és gátlás	,241*	,012	,255*	,262*	-,050

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Az eredmények azt mutatják, hogy a Vészhelyzeti Reakció Kérdőív Tehetlenség és Leblokkolás dimenziói mind az öt Young-féle sémartománnyal összefüggésben állnak, az Aggályosság és gátlás együttessel valamivel kisebb mértékben (.255 és .262, $p < 0,05$ szinten) a többi négygel azonban $p < 0,01$ szinten .288 és .397 közötti értéktartományban. Az Aktivitás és Ágencia mutatók egyetlen sémartománnyal sem állnak jelentős összefüggésben.

Ezen eredmények alapján kijelenthető, hogy a Zsidó-Csókási-féle veszélyhelyzetben adott tehetlenség és leblokkolás minták–nem túl nagy mértékben, de együtt járnak mindegyik aktív korai maladaptív sémartománnyal.

A Young alsókálák mindegyikével külön-külön összevetve a négy veszélyhelyzeti hozzáállást, megállapítható, hogy a Tehetlenség mutató hármát kivéve, a többi 16 maladaptív sémával korrelál jelentős mértékben, de a legnagyobb mértékű összefüggés .410 ($p < 0,01$), a Dependencia, inkopetencia alsókálával.

Az Aktivitás mutatója ugyanakkor szintén korrelál a Könyörtelen mércék-hiperkritikussággal, a Büntető készenléttel és a Bizalmatlanság-abúzus értékeivel. A legmagasabb érték: .306 ($p < 0,01$).

27. ábra – A YSQ-FV 19 alszkálájának korrelációi a VRK négy alszkálájával és összpontszámával

	Aktivitás	Ágencia	Tehetetlenség	Leblokkolás	VRK összpontszám
Érzelmi depriváció – érzelmegvonás	,090	-,031	,269*	,278**	-,139
Elhagyatottság – instabilitás	,046	-,170	,373**	,462**	-,294**
Bizalmatlanság – abúzus	,306**	-,089	,316**	,271*	-,092
Társas izoláció – elidegenedettség	,075	-,128	,376**	,267*	-,201
Csökcentértékűség – szégyen	,118	-,097	,381**	,281**	-,195
Társas elutasítottság érzése	,089	-,160	,286**	,278*	-,189
Kudarca ítélttség	,083	-,132	,340**	,335**	-,222*
Dependencia – inkompetencia	,004	-,116	,410**	,430**	-,286**
Sérülékenység – veszélyeztetettség	,042	-,099	,375**	,308**	-,238*
Összefonódottság – éretlenség	,017	-,170	,216*	,398**	-,235*
Feljogosítottság – grandiozitás	,195	,058	,319**	,275*	-,058
Elégtelen önkontroll – önfegyelem	,101	-,083	,346**	,377**	-,194
Behódolás	,043	-,101	,348**	,342**	-,224*
Önfeláldozás	,096	,135	,149	,157	,003
Elismerés hajszolása	,144	-,108	,363**	,393**	-,196
Negativizmus – pesszimizmus	,074	-,120	,283**	,283**	-,191
Érzelmi gátoltság	,111	-,170	,257*	,264*	-,180
Könyörtelen mércék – hiperkritikusság	,250*	,091	,200	,172	,019
Büntető készenlét	,255*	,089	,196	,261*	,015

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

5.2.2.4. Érzelemszabályozás és megküzdés összefüggései a veszélyhelyzeti beavatkozónál

A skálákon kapott eredmények jelentős többségükben normál eloszlásúak, így a Pearson-féle korreláció számítás eredménytáblázatából a következőket érdemes kiemelni (28. ábra):

Az Önvád, a Rumináció, a Katasztrofizálás és a Mások hibáztatása típusú érzelemszabályozás jelentős mértékben közepes összefüggést mutat (.543 és .595 között, $p < 0,01$) az érzelmi beállítottságú megküzdéssel.

A problémára irányuló megoldást követők egyik eredménye arra utal, hogy jelentős, és szinte magas összefüggésben van ez a megküzdési mód a helyzet, a teendők pozitív átértékelésével, mint érzelemszabályozási stratégiával (.669 $p < 0,01$).

Más szempontú következtetésre adhatnak alapot azok az adatok, hogy a Perspektívába helyezés és a Pozitív fókuszváltás adaptív érzelmregulációs formák pozitív együttjárásban vannak az Érzelempontú és az Elkerülő megküzdéssel is. Ez jelentheti azt, hogy a széles távlatban való munkavégzés és a fókuszváltás pozitív képessége nem zárja ki (alacsony és közepes mértékben) az olykori érzelmvezérelt megküzdést vagy az elkerülési stratégia alkalmazásának lehetőségét sem.

28. ábra – A CERQ kilenc alskálájának Pearson-korrelációi a CISS-48 kérdőívvel felmért megküzdési módokkal

	Megküzdési mód		
	Problémafókuszú	Érzelemfókuszú	Elkerülő
Önvád	,193	,547**	,201*
Elfogadás	,258*	,194	,162
Rumináció	,222*	,543**	,149
Pozitív fókuszváltás	,204*	,308**	,417**
Tervezés	,715**	,209*	,082
Pozitív ártértékelés	,669**	,067	,161
Perspektívába helyezés	,425**	,313**	,248*
Katasztrófizálás	-,015	,544**	,120
Mások hibáztatása	-,069	,595**	,243*

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

5.2.2.5.Érzelemszabályozás és veszélyhelyzeti reakciók összefüggései

A négy maladaptív érzelemszabályozási mód mindegyike $p < 0,01$ szinten korrelál a Tehetetlenség és Leblokkolás alskálákkal .263 és .338 közötti mértékben (29. ábra) Ebből arra következtethetünk, hogy amennyiben veszélyhelyzetben tehetetlenség és leblokkolás a reakció, akkor a személy önvádaskodással, őrlődéssel, katasztrófizálva és másokat hibáztatva próbálja szabályozni érzéseit.

Az Önvád ugyanakkor az egyetlen CERQ alskála, amely a két negatívnak tekinthető veszélyhelyzeti reakció mellett, az Aktivitás alskálával is pozitív irányú összefüggést mutat, de ennek mértéke alacsony (.226, $p < 0,05$).

Tovább elemezve a kapott eredményeket az látszik, hogy az Aktivitás alskála (Tettrekészség általános formában) mind az öt adaptív CERQ alskálával pozitív korrelációban van alacsony mértékben ($p < 0,05$), ami utalhat arra a jelenségre, hogy egy általános tettrevágyás feltételezi az adaptív érzelemszabályozási formák meglétét. Fordított szemléletmód mellett lehetséges annak megállapítása, hogy az adaptív emócióregulációk jelenléte egy általános tettrekészségre hajlamosítanak.

29. ábra – A CERQ kilenc alskálájának együttjárásai a VRK négy alskálájával és összpontszámával

	Aktivitás	Ágencia	Tehetlenség	Leblokkolás	VRK
					összpontszám
Önvád	,226*	-,018	,300**	,324**	-,090
Elfogadás	,212*	,181	-,058	,117	,121
Rumináció	,190	,034	,263**	,338**	-,066
Pozitív fókuszváltás	,290**	-,019	,201*	,146	,012
Tervezés	,288**	,321**	,045	,048	,228*
Pozitív ártértékelés	,275**	,402**	-,115	-,079	,332**
Perspektívába helyezés	,284**	,273**	,004	,180	,165
Katasztrófizálás	,080	-,148	,287**	,360**	-,209*
Mások hibáztatása	,153	-,198	,295**	,330**	-,190

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

5.2.2.6. Megküzdési módok és veszélyhelyzetben adott reakciók összefüggései

A megküzdési stratégiák és a veszélyhelyzeti reakciók összefüggései közül érdemes kiemelni a VRK négy alskáláján kapott összesített pontszámának közepes mértékű korrelációját a Problémafókuszú irányában pozitív előjellel (.431, $p < 0,01$) és az Érzelemfókuszú mód irányában vakó együttjárást negatív előjellel (-.347, $p < 0,01$) (30. ábra). Tehát a VRK összesített pontszámát használva mutatóként, közepes megbízhatósággal, de következtethetünk az előbb említett két megküzdési forma jelenlétére, utóbbinál a pontszám mértékével fordított arányban

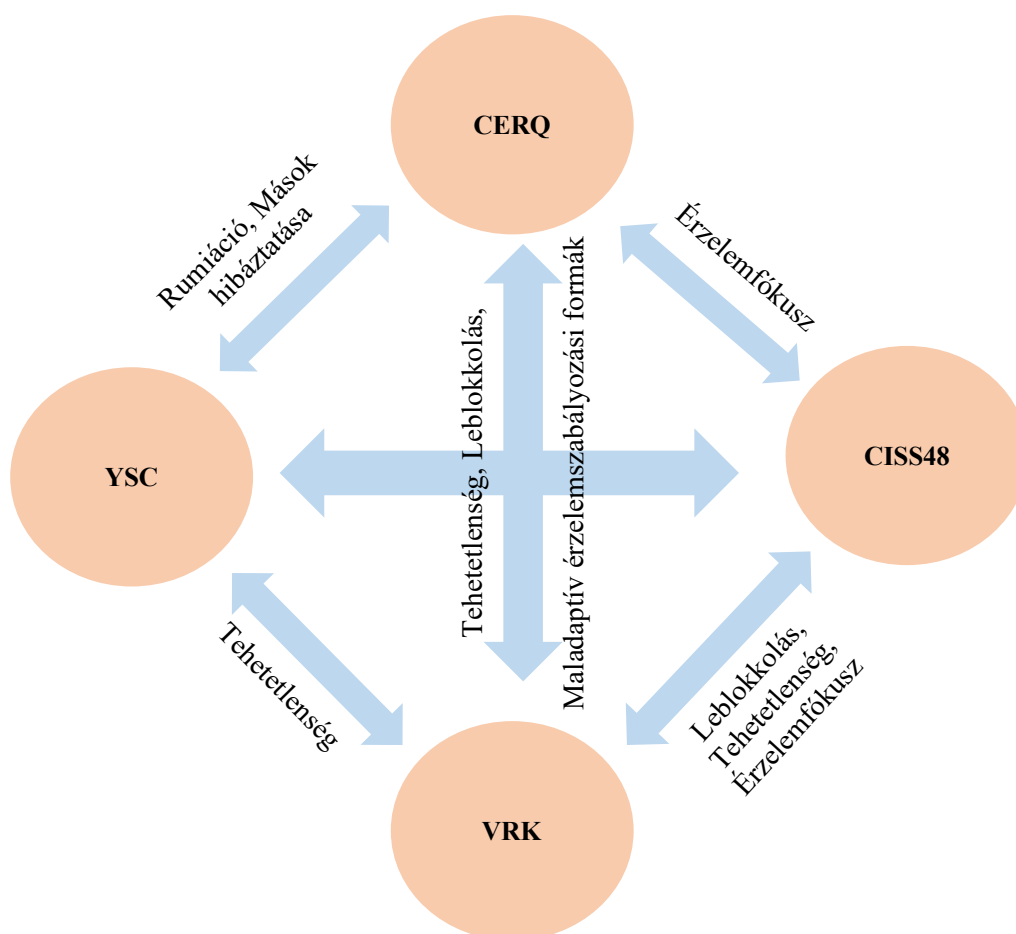
Folytatva az eredmények elemzését megállapítható, hogy az Aktivitás és az Ágencia a Problémafókuszú megküzdéssel korrelál pozitív irányban, míg a Tehetelenség és Leblokkolás alskálák az Érzelemközpontúval. Az Elkerülő mód pedig egyik VRK alskálával sem.

30. ábra – A VRK négy alskálájának és összpontszámának korrelációi a CISS-48 kérdőívvel felmért megküzdési módokkal

	Megküzdési mód		
	Problémafók.	Érzelemfók.	Elkerülő
Aktivitás	,265**	-,043	,182
Ágencia	,415**	-,188	,088
Tehetlenség	-,229*	,530**	,083
Leblokkolás	-,197	,473**	,078
VRK összpontszám	,431**	-,347**	,068

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

31. ábra - A kérdőívek interkorrelációinak összefoglaló, sematikus bemutatása



5.2.3. A regresszióelemzés során kapott eredmények

A regresszióelemzés alkalmazásával a krízisintervenciót végző hivatásos és önkéntes tagok együttes mintáján arra kerestük a választ, hogy az együttjárási mutatók alapján hatékony prediktornak tűnő Vészhelyzeti Reakció Kérdőíven kapott összpontszámra, mint koncepció-kiindulási alapra mely változók, alskála elemek hatnak legnagyobb mértékben. Egyszerűbben fogalmazva, milyen személyiség jellemzők - beleértve a sémákat is - vetítik előre a magasabb VRK összpontszámot. Az előzőekben ismertetett eredmények alapján, a VRK-n kapott összpontszám mutatója elképzelésünk szerint emelkedő mértékben, a krízishelyzetben adott adaptív válaszok mértékét jelzi. A VRK összpontszámot tekintjük tehát kimeneti változónak, amelyre vonatkoztatva keressük a választ, hogy a mérőeszközök által feltérképezett korai maladaptív sématarományok, az

érzelemszabályozás CERQ-en mért tényezői és a CISS-48 megküzdési módjainak eredményei milyen mértékben hatnak a fent nevezett mutatóra (VRK összpontszám). A lehetséges vizsgálati irányok közül a Stepwise módszert választottuk azon indok alapján, amit Székelyi és Barna (2008, 241. old.) így fogalmaz meg a Túlélőkészlet az SPSS-hez című kötetében: "A Stepwise módszerben az a csodálatos, hogy egyetlen, a modellbe már bekerült független változónak sincs "bérelt helye". Ha egy új változó beléptetésével egy már bent lévő változó magyarázóereje oly mértékben lecsökken, hogy a hozzá tartozó t -érték nem szignifikáns magyarázatot jelez, a "legyengült" változó kilép a modellből." Az SPSS-20 programot használva Stepwise módszerrel futtatott elemzés alapján a 17 változót (5 Young-sémataromány, 9 CERQ alskála, 3 CISS-48 alskála) a regresszióanalízis négy szignifikáns modellen keresztül tudta értelmezni. Ezek közül a 4. modell bejósoló értéke a legmagasabb, 41,5%; $F(4, 83) = 15,73, p < 0,001$ (32. és 33. ábra).

32. ábra - A VRK összpontszám szignifikáns prediktorainak sztenderdizált (β) regressziós együtthatói és hozzájárulásuk a magyarázott varianciához

	1. modell	2. modell	3. modell	4. modell
Problémafókuszú megküzdés (CISS-48)	,47***	,42***	,39***	,38***
Károsodott autonómia és teljesítőképesség (YSQ-FV)		-,34***	-,57***	-,58***
Károsodott határok (YSQ-FV)			,32*	,41**
Katasztrófizálás (CERQ)				-,26**
F	23,73***	20,62***	16,62***	15,73***
ΔF	23,73***	13,81***	6,05*	8,43**
R^2	,22	,34	,38	,44
ΔR^2	,22	,11	,05	,06
Korrigált R^2	,21	,32	,36	,42

Megjegyzés. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

33. ábra - A VRK összpontszám szignifikáns prediktorainak regressziós együtthatói és multikollinearitása az egyes lépésenkénti modellekben

Modell	Prediktor	b	SE	β	t	p	VIF
1.	Problémafókuszú megküzdés (CISS-48)	0,81	0,17	,47	4,87	,000	1,00
2.	Problémafókuszú megküzdés (CISS-48)	0,72	0,16	,42	4,64	,000	1,02
	Károsodott autonómia és teljesítőképesség (YSQ-FV)	-0,87	0,23	-,34	-3,72	,000	1,02
3.	Problémafókuszú megküzdés (CISS-48)	0,66	0,15	,39	4,32	,000	1,05
	Károsodott autonómia és teljesítőképesség (YSQ-FV)	-1,47	0,33	-,57	-4,41	,000	2,19
	Károsodott határok (YSQ-FV)	0,53	0,21	,32	2,46	,016	2,14
4.	Problémafókuszú megküzdés (CISS-48)	0,65	0,15	,38	4,45	,000	1,05
	Károsodott autonómia és teljesítőképesség (YSQ-FV)	-1,49	0,32	-,58	-4,68	,000	2,19
	Károsodott határok (YSQ-FV)	0,68	0,21	,41	3,22	,002	2,29
	Katasztrófizálás (CERQ)	-1,33	0,46	-,26	-2,90	,005	1,13

Ez azt jelenti, hogy az alábbi személyiség- és klinikai jellemzők 41,5%-ban jelzik előre a veszélyhelyzeti adaptív reakciókészséget, krízisintervenciós hatékonyságot: a CISS-48 kérdőív Problémafókuszú megküzdésre utaló mutatója, amely közepes .382 mértékben ($p < 0,001$) jár együtt a VRK összpontszámával, a Károsodott autonómia és teljesítőképesség Young-sémata-tartomány, amely ellentétes irányú, -.581 mértékű korrelációban van az adaptív reakciókészséggel ($p < 0,001$), a Károsodott határok sémata-tartomány, közepes mértékű, .410 ($p = 0,002$) pozitív irányú együttjárással, ami első értelmezésben nem várt eredmény lehet, és a Katasztrófizálás érzelmszabályozási forma (CERQ), fordított irányú, -.0259 ($p = 0,005$) korrelációval.

A kapott eredmények részletesebb elemzésébe a megvitatás fejezetben térünk ki. A fejezet lezárásaként azonban ide is kívánkozik egy rövid magyarázat. A Károsodott határoknak az adaptív veszélyhelyzet-kezelést jól előrejelző VRK összpontszámát mégis pozitív irányba követésének magyarázata valószínűleg az, hogy a sémata-tartományt alkotó Feljogosítottság-grandiozitás dimenzió hangsúlyos a vizsgált mintában, amely jelzi, hogy a munkájukból kifolyólag is különleges jogokkal, lehetőségekkel vannak felruházva a segítők, illetve azt is mutatja, hogy az embernek képesnek kell lennie arra, hogy szinte bármit megtegyen a mentés érdekében. A sémata-tartomány másik elemét alkotó Elégtelen önkontroll-önfegyelem dimenzió pedig nem kizárólag tolerancia vagy önkontroll képtelenséget jelez, hanem a konfliktus, a konfrontáció elkerülésének igényét is.

5.2.4. A hivatást jellemző kifejezések minőségi elemzése

Amint a módszertant ismertető fejezetben jeleztük a négy, fentiekben bemutatott és az általuk kapott eredményeket elemzett kérdőívek adatainak felvétele mellett, a felmérésben résztvevőktől kértük még az alábbiakat:

1. írjanak három szót, kifejezést, amelyek leginkább jellemzik a munkájukat
2. megkérdeztük, hogy mit tartanak munkájuk, hivatásuk pozitívumainak,
3. választ vártunk arra a kérdésre, hogy „Mi jelenti a legnagyobb megterhelést a munkájával kapcsolatban?”
4. végül kértük, hogy említsen egy meghatározó epizódot, emléket a munkájával összefüggésben

A munkájukkal kapcsolatos kifejezések tekintetében az alábbi táblázat tartalmazza a katasztrófa-krízisintervenciót végzők válaszait, a rokonértelmű szavak, kifejezések

csoportosításával. A lehetséges 300 kifejezésből 49-et nem adtak meg, tehát összesen 251 szót elemeztünk. Az alábbiak a legtöbbet előforduló kifejezések:

34. ábra - Az önkéntes és hivatásos segítők által a munkájuk jellemzésére választott szavak és kifejezések tematikusan rendszerezett csoportjainak gyakorisági adatai

Jellemzők	Gyakoriság
Segítőkészség, segíteni, segítségnyújtás, mentés, életmentés	35
Megbízhatóság, felelősség, kötelesség, pontosság	30
Kihívások, változás, izgalom, érdekesség	27
Elhivatottság, hivatástudat, szolgálat	25
Kitartás, koncentráció, fegyelem	23
Problémamegoldás, szakmaiság, felkészültség	23
Nyugalom, jókedv	16
Közösség, összetartozás, csoport	15
Stressz, veszély, fárasztó	12
Emberség, empátia, becsület, lelkiismeretesség	12
Önfeláldozás, alázat, bátorság, hősiesség	11

További, a munkájukat jellemző kifejezések közül olyanok is említésre kerültek, mint furfang, logika, trükk, tradíció, szellemi, szerethető, utazás, kommunikáció, nevelés, egyedi, életforma. A két utóbbi kifejezés két helyen is szerepel, a többi előbb említett szó csak egyszer fordul elő.

A krízisintervenciós szakemberekkel ellentétben a kontrollcsoport tagjainak a tevékenységhez való megközelítését a 35. ábrán látható kifejezések jellemzik.

35. ábra - A kontrollcsoport tagjai által a munkájuk jellemzésére választott szavak és kifejezések tematikusan rendszerezett csoportjainak gyakorisági adatai

Jellemzők	Gyakoriság
Vidám, örömteli, kreatív	14
Kihívás, kíváncsiság, változás	11
Felelősség, megterhelés	8
Empátia, figyelem, türelem, szeretet	8
Tanulás, teljesítés	7
Elköteleződés, kitartás	5
Segítés	5
Fontosság, minőség	4

Szerepel az adott válaszok között az anya-szerep, az önismeret, a hangos, a nehéz, és az önállóság is, egy-egy előfordulási esettel. A megható kifejezés ugyanakkor kétszer is előfordult. A lehetséges 81 szóból 12 hiányzik.

Visszatérve a segítők által adott válaszokhoz, részletesebb elemzés alapjául szolgálhat az a kifejező adat, a veszélyhelyzetekben segítőknek a munkájukat ilyen jellegű támogató tevékenységként is láttató 35-ös említési szám. Ez igazolhatja, hogy tisztában vannak feladatuk jellegével, és ha megnézzük a további szavakat, akkor szembeötlő, hogy a társadalom és a munkájuk jellege miatt rájuk háruló felelősséggel tisztában is vannak. A hivatástudat, a koncentráció szükségessége is fókuszban van, ugyanakkor keresik a kihívást, a változatosságot, az érdekességet is. Az izgalmak elől nem is tudnak elmenekülni – ezzel is tudatában vannak. Fontos számukra a szakmaiság, a közösség, ugyanakkor a nyugalom, jókedv szempontjait is észreveszik hivatásukban. A (munkahelyi, munkaköri) stressz említési száma mindössze a 9. helyre teszi e más kutatások által rendszeresen a tevékenységük nehezítő körülményei közé sorolt tényezőt (Mitchell, 2016, Jang és mtsai, 2020)

A kontrollcsoport egyetemi hallgatói az aktuális tevékenységük alapján a vidám, kreatív, örömteli kifejezéseket említették legtöbbször, 14 alkalommal, majd a kihívás, kíváncsiság következik 11 előfordulással. Ezek a szavak természetesnek tekinthetők jelenlegi kötelezettségeik alapján. Talán érdemes itt még megállapítani, hogy a kihívás, változás mindkét csoport esetében előkelő helyet foglal el az előfordulás száma alapján, a katasztrófavédelmi segítőkénél a harmadik, az utóbbi mintánál, mint az előbb említettük, a második. Ez utalhat felgyorsult, úgynevezett modern világunk változás- és kihíváskereső szemléletére, a végzett munkától, feladattól függetlenül.

Arra a kérdésre, hogy „Mit tart munkája hivatása pozitívumainak?” a legtöbb leíró válaszban (és nem kifejezéssel élve) a veszélyhelyzeti segítőkénél szintén a segítségnyújtás, a másokkal való törődés, az emberi kapcsolatok jelentősége, személyek megismerése, a csapatszellem, a kollégák fontossága, a különlegesség, változatosság szerepel.

A kontrollcsoport esetében a hatással lehetünk mások életére, a segítség, az alkotás, a változatosság, az örömforrás jellege, a kíváncsiságra nevelés került említésre. Ezek a tartalmi adatok alapján a későbbiekben további feldolgozást tervezünk.

A „Mi jelenti a legnagyobb megterhelést munkájával kapcsolatban?” kérdésre a katasztrófa-krízisintervenciót végzők a feladatok sokszori felhalmozódását, azok némely esetben felesleges voltát, az utasításokat osztóknak való megfelelést, azok olykori ellentmondásos irányítását, a fokozott stresszt, az állandó készenlétet, a családtól való távolságot, az elhunytakkal sérültekkel való érzelmi bevonódást említik.

Az egyetemi hallgatók a túlzott és nem mindig jól körülírt elvárásokra, a túlterheltségre, a sok koncentrációra, mint kényszerre, a szervezet hierarchizáltságára, bürokráciájára helyezik a hangsúlyt.

A munkájukkal kapcsolatos meghatározó epizód kérésére egyrészt viszonylag kevés válasz érkezett, másrészt mivel ezek esetenként egy-egy érzés, momentum, kapott visszajelzés említésében kimerülnek, így nem érintik szorosan a disszertáció tárgyát, ismertetésüktől eltekintünk.

6. AZ EREDMÉNYEK MEGVITATÁSA

6.1. AZ I. VIZSGÁLAT EREDMÉNYEINEK MEGVITATÁSA ÉS HIPOTÉZISEKKEL VALÓ ÖSSZEGETÉSE

1. hipotézis vizsgálata - A Young Séma Kérdőív vonatkozásában megállapítható, hogy négy korai maladaptív séma jelentősen gyengébb aktivitású a több, mint egy évtizedes munkatapasztalattal rendelkező hivatásos segítők esetében, a másik három csoporthoz viszonyítva. Ezek az Érzelmi depriváció-érzelemmegvonás, az Elismerés hajszolás, a Társas izoláció és a Feljogosítottság-grandiozitás. A négy közül az Érzelmi depriváció-érzelemmegvonás az önkéntesekhez képest jelentősen inaktívabb. Az eredmény, az önkéntesek szempontjából a más emberek által feljűk érzett gondoskodás, empátia, odafigyelés, támogatás meg nem élését jelzi. A pszichológiai szükségletek más emberek által történő kielégítetlenségét feltételezhetjük. Tekintettel arra, hogy az adatok az alskála aktivitását mutatják, az önkéntesek e tekintetben megélt hiányát, és ha ilyen szempontból tekintünk a kérdésre, feltételezésként akár az is megfogalmazható, hogy ez a szükséglet sarkallhatja őket arra, hogy önkéntesként tevékenykedjenek. Ugyanakkor lehet a kapott eredmény magyarázata az is, hogy a nagy tapasztalátű „profik” célorientált fókuszja miatt, egyszerűen nem foglalkoznak ezzel a kérdéssel, nincs előtérben a mások általi empátia megélésének kérdése.

A több tapasztalattal rendelkező hivatásos segítők inaktívabb négy Young-alskálájának eredményei párhuzamba állíthatók Myers (2005) megállapításaival, aki amerikai tűzoltókat vizsgálva, e tevékenységet társadalmilag kiemelkedően megbízhatóságot sugárzó és fontos tevékenységként említi (High Reliability Organisation).

Amennyiben nem a sémákat, hanem az azokat egységekbe foglaló öt sémartománnyal kapcsolatos értékeket nézzük, mindegyik esetében elmondható, hogy a négy alminta közül a nagy tapasztalátű hivatásos beavatkozókat befolyásolják a legkevésbé, azaz náluk a legkevésbé aktívak. Ezen eredmények alapján leszögezhető, hogy az 1. hipotézis megerősítést nyert. A tapasztalt hivatásosok korai pszichés sérüléseinek hatása nem olyan mértékű, azaz a Young-féle maladaptív sémák nem mutatnak olyan intenzív aktivitást, mint a többi vizsgálati személy esetében.

2. hipotézis vizsgálata - A második hipotézissel kapcsolatban leszögezhető az, hogy az adaptív érzelemszabályozás (CERQ) alskáláinak eredményei alapján mind a két hivatásos csoportnál az Elfogadás érzelemszabályozási forma éppen jelentősen kisebb intenzitással

jelenik meg a kontrollcsoporthoz képest. Ugyanakkor a maladaptív típusok közül a Rumináció esetében éppen fordított a különbség iránya. A két hivatásos csoport tagjai jelentősen kevésbé őrölnék a kontroll személyekhez képest. Visszatérve az elsőként említett eredményre, az Elfogadás minta lehet azért is kevésbé jelen a hivatásos segítőknél, mert cél- és megoldás orientált munkájuk miatt „nem engedhetik meg” maguknak ezt a kognitív hozzáállást. A CERQ maladaptív formáival kapcsolatban, mint a jelentősen alacsonyabb rumináció a hivatásosoknál, inkább feltételeztük ezt az összefüggési irányt. Ugyanakkor összegzésül megállapítható, hogy a professzionális segítők adaptív érzelemszabályozási mintáinak jelentős mértékű aktív volta, mint hipotézis nem került igazolásra.

3. hipotézis vizsgálata - A megküzdési módok tekintetében szintén nem találtunk jelentős különbséget az alminták vonatkozásában, így az a hipotézis, hogy a problémafókuszú megküzdés jelentősen jellemzőbb lesz a nagy munkatapasztalatú hivatásos segítőknél, nem igazolódott be.

4. hipotézis vizsgálata - A Vészhelyzeti Reakció Kérdőíven kapott eredmények azt mutatják, hogy a négy almintát összevetve a krízisintervenciós segítők mindhárom csoportja jelentős mértékben ($p < 0,05$) inkább az Aktivitás viselkedés-dimenziót használja a kontroll csoporttal összevetve, míg a Tehetetlenség és Leblokkolás reakciókat jelentős mértékben kevésbé. Ezen viselkedésminták jelentősen kevésbé befolyásolják a segítők veszélyhelyzeti reakcióit, mint az egyetemi hallgatókból álló populáció tagjai. Tekintettel arra a tényre, hogy az Ágencia esetében szignifikáns eltérés ugyanakkor nem mutatható ki a minták között, a 4. hipotézist csak részben sikerült igazolni. Ráadásul éppen a Speciális Tettekkészségről derült ez ki, azaz a veszélyhelyzet-kezelésre inkább jellemző reakcióról. Véleményünk szerint ez az adat további vizsgálatokat, az eredmény tisztázását igényli.

6.2. A II. VIZSGÁLAT EREDMÉNYEINEK ELEMZÉSE ÉS A HIPOTÉZISEK ELLENŐRZÉSE

1. hipotézis vizsgálata - A mérőeszközökkel kapott adatok alapján megállapítható először, hogy amennyiben a veszélyhelyzet-kezelő segítőknél korai maladaptív sémák aktívak, akkor több esetben hatással vannak a maladaptív érzelemszabályozási formákra. A Young-féle sémák többsége elsősorban az Önvád, a Rumináció és a

mások hibáztatása érzelmszabályozási formával áll jelentős összefüggésben, még akkor is, ha ezek nem magasak. Ráadásul nem kizárólag a maladaptív érzelmszabályozásra hat a gyerekkori traumák aktív jelenléte, hanem a Büntető készenlét alszála korrelációi azt mutatják, hogy az adaptív érzelmszabályozás öt formájából négyre is hat (Elfogadás, Tervezés, Pozitív fókuszváltás, Perspektívába helyezés esetén). Tovább erősíti az első hipotézis igazolódását, hogy a korai maladaptív sémák aktivitása hat a megküzdési módokra is, jelentős összefüggést állapítottunk meg a legtöbb Young-alszála és az érzelmfókuszú megküzdési hozzáállás között (legmagasabb érték: .467). Egy, illetve két alszálat kivéve a gyerekkori maladaptív sémák jelentős mértékben befolyásolják a negatívnak értékelt általános vészhelyzeti reakciókat is. A Tehetetlenség és Leblokkolás VRK-alszála nem magas, de jelentős összefüggést mutatnak a gyerekkori traumák aktivitásával. Az 1. hipotézis első szempontja így teljes egészében igazolást nyert.

Az életkor és a munkatapasztalat hatását vizsgálva a korai maladaptív sémákra ugyanakkor az állapítható meg, hogy utóbbi változók közül mindössze kettővel találtunk összefüggést, és azt is kizárólag a munkatapasztalat vonatkozásában. Az iskolai végzettség és az életkor esetében nem állapítható meg együttjárás a Young Séma Kérdőív alszálaival, így az a feltételezés, hogy ezen három változó hatással lesz a maladaptív sémák aktivitására csak kis részben, töredékesen vált valóra. Az Elismerés hajszolás az egyik alszála és a Könyörtelen mércék-hiperkritikusság a másik. Mindkettő kapcsolata a munkatapasztalattal fordítottan arányos, de csekély mértékű: .244 és .246. Érdekes rávilágítani, hogy az Elismerés hajszolás a Kóros másokra irányultság dimenzió alszála, és mivel a többi nem mutat jelentős együttjárást, így ez tekinthető a teljes sématartományra vonatkozó, munkatapasztalattal összefüggő befolyásoló tényezőnek. A Könyörtelen mércék, hiperkritikusságról ugyanez nem mondható el, hiszen az alszálatól eltérően az Aggályosság és gátlás sématartomány szintjén már nem mutatható ki jelentős együttjárás. Úgy tűnik, hogy a másik három séma semlegesíti a Könyörtelen mércék hatását a munkatapasztalatra. Összegzésként ugyanakkor megállapítható, hogy a munkatapasztalat növekedésével csökken az Elismerés hajszolás és a Könyörtelen mércék maladaptív séma aktivitása, ezáltal hatása a személyekre, habár a korrelációs mutatók alacsony összefüggést mutatnak. Azaz a növekvő rutinnal kis mértékben csökken a mások jóváhagyására elismerésére való irányultság, az önbecsülés már kevésbé függ mások reakcióitól. Ugyanígy valamennyire csökken az önmagukkal

szembeni hiperkritikusság, a szigorú mércék alkalmazása önmagukkal szemben. A Young-féle sémák életkori és munkatapasztalat általi tompítására vonatkozó első hipotézis második szempontja nem igazolódott be.

2. hipotézis vizsgálata - A Perspektívába helyezés, a Pozitív fókuszváltás és Pozitív átértékelés érzelemszabályozási minták, az eredmények alapján jótékony hatással vannak a veszélyhelyzet-kezelésre, annak hatékonyságát növelik, de csak korlátozott mértékben. Az Aktivitás alszála mindhárom formával jelentősen korrelál, habár ezek az értékek nem magasak (legmagasabb: .290). Hozzátehetjük, hogy az alszála nem csak a hipotézis felállítása során megnevezett három, hanem mind az öt adaptív érzelemregulációs mintával jelentős összefüggésben áll. Ugyanakkor az Ágencia dimenzió a Pozitív fókuszváltással kicsi mértékben ugyan, de fordítottan korrelál (-.019). A második hipotézisnek a CERQ három adaptív alszáljára vonatkozó feltételezés tehát csak részben igazolódott be. Az említett három alszála növelheti a veszélyhelyzet-kezelés hatékonyságát, de ez a hatás az ismertetett eredmények alapján nem teljesen egyértelmű, és nem is magas.

A Rumináció, az őrlődés, mint kognitív érzelemszabályozási minta mindegyik Young-féle alszállával, tehát korai maladaptív sémával összefüggésben áll (.235 – .429 közötti mértékben), amik nem magasak. Inkább azt tekintjük jelentős eredménynek, hogy kivétel nélkül mindegyik korai traumatizációból eredő érzelmi-kognitív minta részt vesz az őrlődés előidőzésében, folyamatában. Jelentősen korrelál továbbá az érzelemfókuszú megküzdési formával közepes szinten (.543). Ehhez hozzá tehetjük, hogy tapasztalatból tudjuk: az érzelmi befolyásoltság a veszélyhelyzet-kezelésben nem hatékony. Tehát megállapíthatjuk, hogy az őrlődés csökkenti a tevékenység hatékonyságát. Ezt támasztja alá a VRK két negatív vonatkozású reakció típusával kapott pozitív irányú korreláció is. A Rumináció alszála eredményei korrelálnak a Tehetetlenség és a Leblokkolás alszálak eredményeivel is (.263 és .338).

Az Önváddal kapcsolatban az adatok a következő megállapításokat támasztják alá: A Tehetetlenség és Leblokkolás alszállakkal jelentős korrelációban áll, azok pedig nem segítik a veszélyhelyzet kezelést. A megküzdési módokkal összevetve szintén az Érzelemfókuszú és az Elkerülő formákkal mutatható ki összefüggés, amelyek ugyancsak hátráltatják a hatékony munkát a kérdéses szakterületen. A Young-féle sémákkal összehasonlítva, a 19-ből 15-tel korrelációban áll, de a legmagasabb (.485)

is csak közepes összefüggésnek mondható. Együttvéve az ismertett eredményeket, megállapíthatjuk, hogy, az Önvád illetve a fent ismertett Rumináció mutatójával kapcsolatos részhipotézis igazolódott. Ugyanakkor árnyalja a képet, hogy az érzelemszabályozási formák közül az Önvád az az alsókála (a Perspektívába helyezés mellett) amely pozitív korrelációban áll nem csak a maladaptív módozatokkal, hanem kivétel nélkül az adaptív stratégiákkal is.

A vizsgálat egyik fókuszja az életkor, a munkatapasztalat és az iskolai végzettség együttjárásának vizsgálata a CERQ alsókáláival. E tekintetben azt a nem várt eredményt kaptuk, hogy e három tényező egyike sem korrelál jelentős mértékben a kognitív érzelemszabályozás formáival. A minta esetében az iskolai végzettség, az életkor és a munkatapasztalat tehát nincs jelentős hatással a veszélyhelyzetkezelésben alkalmazott érzelemregulációs folyamatokra. Ezáltal, ez a részhipotézis sem igazolódott be.

3. hipotézis vizsgálata - A problémafókuszú megküzdési minta pozitívan korrelál az Aktivitás és Ágencia alsókálákkal (.265 és .415) illetve a CERQ mind az öt adaptív érzelemszabályozási mintájával is (legmagasabbak a Tervezés: .715 és a Pozitív átértékelés: .669). Így leszögezhető, hogy amennyiben probléma irányultságú a megküzdés, az az adaptív érzelemregulációval összefügg, illetve az általános veszélyhelyzeti aktivitással, ami kizárólag támogathatja a katasztrófavédelmi munkát. Másik oldalról szemlélve az összefüggéseket elmondható, hogy az adaptív érzelemreguláció pozitívan összefügg a problémára orientáltsággal a veszélyhelyzetkezelésben, ahol éppen arra van leginkább szükség. Mindezek után megállapítható, hogy a harmadik hipotézis igazolást nyert.

4. hipotézis vizsgálata - A Vészhelyzeti Reakció Kérdőív által mért magatartásformák közül az Aktivitás (általános tettekkészség) (.673), míg az Ágencia, a specifikus tettekkészség (.827) szorosán együtt jár az összpontszámmal. Az összpontszámokkal való egybevetésben ugyanakkor az látszik, hogy az Ágencia magasabb korrelációt ért el az Aktivitás alsókálához képest, ráadásul ez az együttjárás nagyon magasnak mondható, így a negyedik hipotézis nem nyert igazolást. A specifikus, azaz a jobban a kritikus helyzetre alkalmazott tettekkészség még az általános készenlélet feltételező reakciónál is hatékonyabb.

E feltételezés vizsgálata nyomán derült fény arra a valószínűleg általánosítás szintjén is kijelenthető tényre, hogy a kérdőíven mért összpontszám megbízható mutatójának tűnik a rendkívüli helyzetekben tanúsított hatékony viselkedésnek, hiszen Zsidó és Csókási kutatásában a tűzoltók mintája és a jelen kutatás katasztrófa-krisisintervenciót végző személyei is (I. vizsgálat, 4. hipotézisére adott válasz), jelentősen magasabb eredményt kaptak ezen mutatók esetében a különböző kontrollcsoportokhoz képest. Ezért is végeztük az alkalmazott regresszióanalízis számításait a VRK összpontszámának fókuszba állításával.

A hipotézisek igazolódását vagy cáfolatát tartalmazó fejezet végén érdemes ismertetni a kvalitatív eredmények viszonyát is a kérdőíveken kapott adatokkal, habár ez a vizsgálat nem alapult hipotézisen, inkább exploratív jellegű volt. Ami a tevékenységüket leginkább jellemző kifejezések összegzését illeti, az a feltételezés, hogy ez a kvalitatív kiegészítő elemzés csak alátámasztja, megerősíti a kérdőíveken kapott eredményeket a veszélyhelyzeti beavatkozóknál mélyebb, részletesebb elemzést igényel. A munkájukat minősítő kifejezések összegzése alapján (segítőkézség - 38 említés, megbízhatóság, felelősség – 30 említés, kihívások, változás – 27 stb.) illetve az összes használt szó túlnyomó többségének egyértelműen pozitív kicsengése arra enged következtetni, hogy a kérdőívek eredményeit megerősíti ez a fajta tartalmi elemzés. Alátámasztja azért, mert sem a maladaptív korai sémák tekintetében, sem a maladaptív érzelemregulációs formák vonatkozásában nem kaptunk a beavatkozóknál klinikai esetekre utaló eredményeket. Ez jelentheti azt, hogy munkájuk során kifejlesztik, megtalálják azokat a megküzdési-érzelemregulációs- és vészhelyzeti reakció mintákat, amelyekkel munkájuk eredményes ellátása mellett, a tevékenységükkel kapcsolatban észreveszik a pozitív kicsengésű jellegzetes kifejezéseket. Ugyanakkor tisztában kell lennünk azzal, hogy a munkájukkal kapcsolatban először eszükbe jutó három kifejezés említése, összességében ilyen pozitív képet mutat, lehet a társadalmi elvárások introjektálása is. Előfordulhat, hogy ahogyan Myers és Oetzel (2005) említi, „vállukra veszik” az olyan segítők szerepét, akikben a társadalom, a közösség nagyon megbízik, tőlük várja el sokszor az élet- és vagyonmentést, a pszichológiai ideiglenes támaszt (akut stressz kezelése). Ezáltal azonban az említett elvárások is jelentősek, amelyeknek a pozitív értelmű kifejezésekkel a szakemberek meg akarnak felelni, de magukat sem ábrándíthatják ki munkájukat illető esetleges negatív jellemzőkkel. Nem zárható ki tehát, hogy kompenzálnak, éppen a megélt nehézségek érzelmi, kognitív romboló hatásainak csökkentésére.

Érdemes kiemelni, hogy a feladatukkal járó stressz, veszély kifejezések megjelenésének gyakorisága esetükben csak a 9. helyre teszi ezen szempontokat. Ennek több oka is lehet:

- társadalmi elvárások teljesítésének előtérbe helyezése, mint a közösség által kiemelt fontosságúnak tartott segítségnyújtás résztvevői (Myers és Myers, 2002)
- annak a ténynek az elfogadása, hogy munkájuk, tevékenységük stresszel, veszéllyel jár, és ezért ezen tényezőkről kevésbé vesznek tudomást
- a szakirodalomban több helyen említett és a disszertációban is többször említett hozzáállás, hogy egy „macsó” tűzoltó, vagy veszélyhelyzet-kezelő segítő nem helyezheti fókuszba a stresszt, a veszélyt, sőt, még keresheti is az izgalmakat (27 említés, 3. legtöbbször a sorban)

Pusztán az említések száma alapján kissé háttérbe szorult - krízisintervenciós segítőik által megélt – stressz nem lehet elegendő összehasonlítási alap az egyéb kutatások során előtérbe kerülő munkaköri stresszel (Mitchell, 2016) az iménti indokok alapján, de érdekes és további kutatásokra ösztönző kvalitatív eredménye a tartalmi elemzésnek.

Az eredmények megvitatásának – hipotézisekkel való összevetésének – végén fontos megemlíteni, hogy tisztában vagyunk a kapott eredmények elsősorban leíró jellegű, tehát inkább szélességben átfogó feldolgozásának. Az adatok mélységi, további részletkébe menő elemzése a továbbiakban, részekre bontva történhet meg. Ennek egyik oka az a nagy mennyiségű adathalmaz, amit a Young Séma Kérdőív teljes változatával és a másik három önkitalós mérőeszköz alkalmazásával, illetve a leíró tartalom igénylésével kaptunk. A másik okként azt a szempontot nevezhetjük meg, hogy a tudományos rendszerezési és feldolgozási igényt szem előtt tartva, először a „felszínhez közelebbi”, de átfogóbb szemléletet alkalmaztuk.

7. AZ EREDMÉNYEK ÖSSZEHAONLÍTÁSA, ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS

7.1. A KATASZTRÓFA-KRÍZISINTERVENCIÓT VÉGZŐ SZEMÉLYEK ÁLTAL KAPOTT EREDMÉNYEK ÖSSZEHAONLÍTÁSA MÁS MINTÁK ADATAIVAL

7.1.1. A Young Séma Kérdőív adatainak összehasonlítása más kutatások adataival

Unoka és mtsai. által 2004-ben elvégzett validálás során alkotott 153 fős, felnőtt, kontrollcsoport tagjainak eredményeit vettük a veszélyhelyzet-kezelési mintánk összehasonlítási alapjául. A kérdőív pszichometriai ismérveinek elemzésekor volt még klinikai és gimnazista minta is, ezeket nem tartottuk megfelelő viszonyítási alapnak.

A T-tesztek eredményei alapján megállapíthatjuk, hogy a 19 Young-féle alszállából mindössze egy kivételével (Érzelmi gátolság alszálla), tehát 18 esetében a katasztrófa-krízisintervenciós csoport, az önkénteseket is beleszállítva jelentősen kisebb értékeket kapott, mint a validációs kutatás felnőtt kontrollcsoportja. A legtöbb alszálla esetén ez a szignifikancia $p < 0,01$ szinten érvényes. Három alszálla összefüggésében pedig $p < 0,03$. Ebből levonhatjuk azt a következtetést, hogy még a nem hivatásszerűen veszélyhelyzeti pszichológiai segítséget végzőket is beleértve a rendkívüli helyzetekben krízisintervenciót végzők korai maladaptív sémái jelentősen kisebb mértékben aktívak a kontrollcsoport tagjaiénál, azaz jelentősen kisebb mértékben befolyásolják kognitív, érzelmi vonásaikat, érzelemszabályozásukat, viselkedésüket. Fontos azonban megjegyezni, hogy esetleg nem kontrollált változók is közrejátszhattak a kapott eredményekben, mint például, hogy a kérdőív kitöltésének időigényessége miatt jelen kutatás alanyai mintát követő módon adták válaszaikat. Tovább árnyalhatja a kapott eredményeket annak feltételezése, hogy mivel önkitöltős kérdőív, egy másokat mentő segítőtől az várható el amennyiben lelki sérülésekre utaló felvetéseket olvas, hogy azokat magában alulértékeli. Ez párhuzamba állítható a viszonylag kevés kutatási eredményt taglaló tanulmányok megállapításaival (Ehrenreich, 2001; Takahashi, 2014; Zsidó és Csókási, in press)

7.1.2. A CERQ kérdőív adatainak összehasonlítása mások által kapott eredményekkel

Az Önvád és a Rumináció értékei jelentős mértékben kisebbek a katasztrófa-krízisintervencióban résztvevőknél, mint a CERQ kérdőív validációja során kiválasztott

261 fős, egyetemi graduális és posztrgraduális hallgatókból álló mintánál (Miklósi és mtsai., 2011). Mindkét esetben $p < 0,001$ a szignifikancia szintje. Habár a kutatási személyeinknél – mint azt az előző alfejezetben elemeztük – az Önvád skála mutatója a saját felelősségükkel kapcsolatos önreflexiót is magában foglalhatja és mindegyik másik kognitív érzelemszabályozási formával együttjárásban van, ez mégis jelentősen kisebb aktivitású, mint az egyetemi populáció esetén. Az őrlődés szintén kevésbé használt forma a kutatási mintánk alanyainál a Semmelweis Egyetem hallgatóihoz képest. A mérőeszközök alszkáláinak interkorrelációit vizsgáló alfejezetben elemeztük, hogy mindkét módozat pozitívan, igaz viszonylag alacsonyan korrelál a Veszélyhelyzeti Reakció Kérdőív Tehetetlenség és Leblokkolás alszkáláival, amelyek gátolják a rendkívüli helyzetben való hatékony megküzdést. Tehát, ezek az adatok ily módon több szempontból is megerősítést nyertek.

A Pozitív átértékelés és a Perspektívába helyezés alszkálák eredményei az Önváddal és a Ruminációival ellentétben azt jelzik, hogy azokat jelentősen aktívabban használják a kutatási mintánk alanyai az egyetemi hallgatókhoz képest ($p < 0,02$).

Az ötödik alszkála, amellyel kapcsolatban jelentős különbség van a két minta eredményei között, a Katasztrófizálás, ami a történések negatívumainak, káros következményeinek felnagyítására utal. Ez jelentős mértékben nagyobb részben van jelen a veszélyhelyzeti segítőknél ($p < 0,04$). A mintánk csoportjainak jellemzőiből az első vizsgálatban az derült ki, hogy nincs szignifikáns különbség a Katasztrófizálás dimenziójában a hivatásos és az önkéntes segítők között, tehát ez az egyetemi hallgatókkal összehasonlított érték nem magyarázható az önkénteseknek, a rendkívüli helyzeteket esetleg jobban dramatizáló lehetőségével. Az itt kapott mutató jelezheti egyszerűen azt, hogy a veszélyhelyzetkezelést végzők jobban tisztában vannak a történések esetleges negatív következményeivel. Lehet a kapott eredményre továbbá párhuzam a több kutató által (Connorton és mtsai., 2011, Lee és mtsai., 2018) jelzett, a tűzoltók folyamatosan megélt túlzott munkaköri stresszének PTSD-t növelő, és a mentális állapotukat veszélyeztető hatása, ami a negatívumok felnagyításához is vezethet.

7.1.3. CISS48 kérdőíven kapott eredmények összehasonlítása más minták adataival

Habár a Veszélyhelyzeti Reakció Kérdőív megalkotása közben, Zsidó és Csókási a megküzdési módok vizsgálatához használta a CISS48-at, de tűzoltó almintájuk 42 főt számlált, ezért az összehasonlítást kevésbé ezzel a csoporttal, hanem egy jóval népesebb,

kanadai férfiakból álló populációval végeztük el, tekintettel a jelen kutatás 100 fős mintájára. Itt érdemes elmondani, hogy Andó és mtsai, (2009) szintén használták a Megküzdés Stresszhelyzetekben Kérdőívet, de kizárólag alkoholbetegek körében, így azokat az eredményeket sem éreztük megfelelőnek az összehasonlításra. A Problémafókuszú megküzdési skálán jelentősen nagyobb pontszámot értek el a magyar katasztrófavédelmi hivatásosok és önkéntesek ($p < 0,001$), míg az érzelemfókuszú dimenzióban jelentősen kisebb átlagértéket kaptunk velük kapcsolatban ($p < 0,01$). Az Elkerülő alszállán nincs különbség a két csoport eredményei között. Ez az eredmény is azt támasztja alá, hogy a veszélyhelyzeti segítők célravezetően használják a megküzdési stratégiák vizsgált formáit. Sokkal inkább a problémára összpontosítanak, ugyanakkor megpróbálják kizárni, alacsony szinten tartani az érzelemvezéreltséget, mindezt jelentősen hatékonyabban, mint azt a kanadai férfiak mintája mutatja.

Visszatérve Zsidó és Csókási munkájához, a kutatásunk során kapott eredmények, az ő általuk kapott adatokkal viszont hasonlót jeleznek. A hivatásos tűzoltók nem különböznek jelentősen az átlag férfi minta tagjaitól a megküzdési módok terén.

7.1.4. A Veszélyhelyzeti Reakció kérdőív eredményeinek összehasonlítása más eredményekkel

A kérdőív összeállításának folyamatában Zsidó és Csókási (in press) három alcsoportban is alkalmazta a mérőeszközt. Az átlag populáció jelentősen kisebb pontszámot ért el a kutatásunk mintájánál az Aktivitás viselkedésformában ($p < 0,002$), az Ágencia esetében nincs különbség, míg a Tehetetlenség és a Leblokkolás reakcióminták esetében a katasztrófavédelmi pszichológiai segítők értek el jelentősen kisebb értékeket (mindkét alszállán esetén $p < 0,001$ szinten). Az eredmények ezáltal párhuzamba állíthatók a többi kérdőívben kapott összehasonlító értékek összefüggéseivel. Ugyanakkor, amennyiben a VRK megalkotása közben vizsgált tűzoltó csoport eredményeivel hasonlítjuk össze a kutatásunk mintáján kapott értékeket, akkor azt látjuk, hogy a 42 fős, kizárólag hivatásosokból álló csoport jelentősen jobban, többet használja az Aktivitás és az Ágencia, azaz Specifikus Tettekészség alszállán által mért reakcióformát ($p < 0,001$), illetve lényegesen kevésbé befolyásolt a Tehetetlenség mintázata által ($p < 0,001$). A Leblokkolás esetében nincs különbség a két minta között. Ezt az eredményt kiegészítő ismérvek is tekinthetjük kutatásunk adatainak elemzése szempontjából. Valószínűsíthető ugyanis, hogy a két minta közötti jelentős különbséget, úgy a pozitív

reakcióminták, mint a negatív esetében, az általunk a vizsgálatba bevont önkéntesek okozhatták.

7.2. A REGRESSZIÓELEMLÉZÉS ADATAINAK BEILLESZTÉSE A SZAKIRODALOM ÁLTAL VÁZOLT EREDMÉNYEKBE

A Stepwise megközelítéssel kapott modell alapján a Problémafókuszú megküzdés közepes, .382 mértékű ($p < 0,001$), az ellentétes irányú Károsodott autonómia és teljesítőképesség (-.581, $p < 0,001$), a Károsodott határok sématartományok (utóbbi közepes mértékű, .410, $p = 0,002$) és a Katasztrófizálás érzelemszabályozási forma (CERQ), fordított irányú (-.0259, $p = 0,005$) korrelációval az esetek 41,5%-ban meghatározzák a VRK összpontszámát, amit az első vizsgálat eredményei alapján a hatékony katasztrófa-krízisintervenció mutatójaként azonosítottunk. Ez alapján kellő óvatossággal, de feltételezhetjük, hogy e tevékenységet (vagy más megfogalmazásban a veszélyhelyzet-kezelés pszicho-szociális támogatását) e négy dimenzió, sajátosság, személyiségjegy jelentősebben meghatározza a vizsgált többi tényezőnél. Amennyiben ezt a következtetést feltételeesen elfogadjuk, akkor kutatásunk egy újabb klinikai- és személyiségpszichológiai tulajdonságegyüttes meghatározásában lehet kezdeti lépés. A problémafókuszú megközelítés, illetve a negatív irányú katasztrófizálás és sérült autonómia talán kevesebb magyarázatot igényel az eredményekből. A károsodott énhatárok dimenzió pozitív együttjárása a regresszióanalízis szintjén azonban inkább indoklást igényel, amelyet mások által kapott eredményekkel való egybevetéssel igyekszünk magyarázni. Utalhat az eredmény a felsőbbrendűség tudattalan érzésére, a társadalmi megítélés általi "piedesztálra emelésre". De ez a dimenzió tartalmazza a ragaszkodás vonását is, amely így találkozik a többször említett Mitchell-féle segítői személyiségmodellel, annak azon aspektusával, amely a tradicionális beállítottságot, a kompulzivitást helyezi előtérbe. E dimenzió tartalmazza továbbá a frusztráció tolerancia gyakorlásának nehézségét is, ami látszólag lehet ellentmondásban a pszichés kríziskezelők tapasztalt viselkedésével, de ha abból a szempontból nézzük a jelenséget, hogy az ilyen személyeket jóval több frusztráció éri a normál populáció tagjainál, akkor e dimenzió utalhat pusztán csak arra is, hogy az abnormális mértékű frusztrációt egyszerűen már nehéz belső megélés szintjén tolerálni.

A kutatás mintáján kapott problémairányultságú megbirkózás a nehézségekkel a Mitchelli teljesítmény- és cselekvésorientáltság személyiségdimenziójával hozható

azonos irányú párhuzamba. A katasztrófizálás emócióregulációs forma negatív irányú részvétele a VRK összpontszám regresszióelemző vizsgálatában pedig hasonlóságot mutat a Mitchell-féle higgadt, mértéktartó attitűddel.

7.3. SZÉLESEBB ÍVŰ, ÁTFOGÓBB ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS

A katasztrófa-krízisintervenció és az azt végzők kutatása, felmérése hiányos a pszichológiában, aminek elsődleges okait Ehrenreich (2001) említi: 1. a segítő szerep azzal jár, hogy nem ő kell, hogy legyen a középpontban, hanem az áldozat, a károsult; 2. a segítő tevékenységben magától értetődő, hogy annak, aki azt végzi, „bírnia kell” a nehézségeket, tehát nincs miért kutatni. Mindehhez hozzá tehetjük, hogy a tapasztalat szerint mintha a pszichoszociális ellátást végzők tartanának is egy kicsit attól, nehogy kiderüljön róluk valami, ami nem illik az önképükbe, vagy a közösség segítőkről alkotott elképzelésébe. Végül megemlíthető, hogy a sokszor jelentkező, rendvédelmi szervek általi engedélyezési, mintagyűjtési nehézségek is odáig vezetnek, hogy a katasztrófa-krízisintervenciót végzőkről viszonylag kevés megbízható, empirikus tudás áll rendelkezésre. Jelen kutatás 100 fős segítői mintája, ami más típusú és formájú felmérések esetén nem lenne elégséges legalább eléri a hazai, és nemzetközi ilyen jellegű vizsgálatok elemszámát, de egyesekhez képest bőven meg is haladja azt (Connorton és mtsai. 2012; V. Komlósi, S. Nagy és Rózsa, 2018)

A Young Séma Kérdőív teljes változatának használatára katasztrófa-krízisintervenció vagy akár csak veszélyhelyzeti minta esetében nem találtunk hivatkozást a szakirodalomban (a legtöbb tűzoltókra, segítő- és mentőszervezet személyzetére vonatkozó mentálhigiéniával vagy személyiségjegyekkel kapcsolatos kutatás, amely a jelen vizsgálat témájához tartozik, akárcsak érintőlegesen is a PubMed adatbázisban lelhető fel, ott is összesen alig több, mint kettőszáz. A kutatásunkra releváns módon vonatkozó adatokkal, a ScienceDirect, a Researchgate, az Academia, a Goggle Scholar még ennél a viszonylag alacsony számnál is kevesebbet listáz. Nagyon hasonló a helyzet a másik három használt kérdőív eredményeivel kapcsolatban is. A Kognitív Érzelemszabályozási Kérdőív, a Megküzdési MódoK Kérdőív és a néhány éve pécsi kutatók által megszerkesztett Veszélyhelyzeti Reakció Kérdőív (Zsidó és Csókási, in press) használata is alulreprezentált a nemzetközi- és hazai szakirodalomban, a segítő személyek felmérésében. Itt szeretnénk hangsúlyozni, hogy a kérdőívek kiválasztásában nem befolyásolt a kevés vagy nem fellelhető eddigi alkalmazottság figyelembe vétele.

Ezen mérőeszközök használatát kizárólag a kutatási célunk és az azzal kapcsolatos szempontok határozták meg. Ez az oka a Young Séma Kérdőív teljes változata alkalmazásának is.

Összegezve a kutatás mintájának iskolai végzettségére, életkorára és munkatapasztalatára vonatkozó, a kérdőívek által mért ismérvekkel való összefüggéseit megállapítható, hogy olyan változókat mértünk, amik függetlenek az iskoláztatástól, az életkortól és a munkatapasztalattól is (utóbbi esetében két Young-féle alsókálát kivéve).

A katasztrófa-krízisintervenció végzése, illetve az önkéntesség vagy hivatásos munkavégzés, mint egyik kritérium és a munkatapasztalat, mint másik mentén csoportokra bontott teljes minta esetében összegzésül elmondható, hogy a több, mint egy évtizedes tapasztalattal rendelkező hivatásos segítők maladaptív korai sémái kevésbé aktívak, mint egyes dimenziók mentén az önkéntesekéi, más struktúrák esetén az egyetemi hallgatókéi. Ez több tényezőtől adódhat, amelyek közül a következő kettő is szerepet játszhatott: 1. A hivatásos segítők esetleg a közösségi elvárások alapján adhattak önreflexiót a kérdőíven keresztül; 2. A kérdőív alkalmazott teljes változata, a kitöltés időigényessége miatt elősegíthette a mintázat szerinti kitöltést. Ugyanakkor a többi kérdőív eredményeit és a tartomelemzés adatait értékelve valószínűbb a következő két magyarázat: a.) a hivatásos segítők több munkatapasztalattal hatékonyabban kordában tudják tartani (pl. adaptív kognitív érzelemszabályozással – a Rumináció is jelentősen alacsonyabb náluk) a célirányos tevékenységükre ellenkező esetben valószínűleg negatív hatást gyakorló korai pszichés sérüléseiket b.) a hivatásos személyek eleve kevésbé sérültek azon dimenziókban, amit a Young Séma Kérdőív mér, akár ezért is választhatták a veszélyes munkájukat élethivatásnak.

Fentieket egészíti ki a más mintával összevetésben kapott eredmény (Unoka és mtsai, 2004) amely azt mutatja, hogy a 19 maladaptív séma közül 18 esetében a kutatásunk krízisintervenció tagjainál, tehát az önkénteseknél is, ezek jelentősen kevésbé aktívak, azaz kisebb mértékben befolyásolják a személyeket. Az eredményt részben támogatja az a talált összefüggés is, hogy a Rumináció, ami jelentősen alacsonyabb (elsősorban a hivatásosaknál), mint a normál populációban, mind a 19 maladaptív sémával korrelál (alacsony mértékben). Amint utaltunk erre az eredmények tárgyalásakor, egy lehetséges magyarázata lehet ennek az, hogy az aktív gyerekkori, korai kognitív-érzelmi sérülések öröklődésre készítetik a személyt, legalább a munkakörnyezet tekintetében.

Amint az imént már utaltunk rá, a kognitív érzelemszabályozási mintázatok terén összegezhető, hogy a kutatásban kiemelkedik a hivatásos segítők mindkét csoportjának

jelentősen alacsonyabb őrlődése az egyetemi hallgatókhoz képest. Ezen adatok alapján a 30 fő önkéntesből álló csoport ruminációját a 70 fős hivatásos beavatkozók és az egyetemi hallgatók közé tehetjük, ami megfelel a várakozásoknak. A kutatási mintának egyéb felmérések kísérleti személyeivel való összehasonlítása (Miklósi és mtsai., 2011) jelentős mértékben azonos irányú összefüggést mutat. Az önkéntes segítők ugyanakkor már nem őrlődnek jelentősen intenzívebben a hivatásos két mintához képest. Egyrésztől ezek az eredmények felhívják a figyelmet a rumináció további kutatásának jelentőségére, különös tekintettel olyan helyzetekre, mint a veszélyhelyzet-kezelés, amikor az őrlődés bekapcsolódása, mint érzelemszabályozási mechanizmus életetekbe, vagy jelentős anyagi veszteségekbe kerülhet.

A maladaptív sémák és a kognitív érzelemszabályozás összefüggései kapcsán mindenképpen említést érdemel, hogy a Büntető készenlét, azaz a megbocsátás nehézsége 7 CERQ skálával is együtt jár, ráadásul az adaptívak közül is négygel. Ez az adat is további vizsgálatokat igényel, de előzetesen megfogalmazható, hogy az említett korai pszichés sérülés bizonyos körülmények között akár támogató tényezője is lehet az adaptív érzelemregulációs sémáknak.

A kognitív érzelemszabályozás jellegzetességeit tovább vizsgálva, négy forma esetén értékek el jelentősen jobb eredményt a hivatásos segítők az átlaghoz képest. Az önmarcangolás és a dramatizálás (katasztrófizálás) alacsonyabb mértékű náluk, míg a pozitív irányú helyzetértékelés és a szélesebb távlatba helyezés magasabb mértékű az átlagnál munkatapasztalattól függetlenül! Lehetséges, hogy a hivatásválasztás kapcsolatba hozható a már előtte meglévő kognitív érzelemregulációs képességekkel.

Az előbbi két bekezdésben ismertetett adatok összehasonlításához részben további támpontot nyújthat Mitchellnek (1983) a segítő személyiségre utaló tulajdonságokat összegző tanulmánya, amelyben leírja, hogy a veszélyhelyzet-kezelők cselekvés- és teljesítményorientáltak, képesek a részletekre figyelni, összességében higgadt, mértéktartó attitűd tapasztalható a munkájukkal kapcsolatban, de kompulzivitás (megszállottság, megrögzöttség) is jellemző lehet rájuk. Az előbbieket a fent említett adaptív érzelemregulációs formákkal hozhatók összefüggésbe, a megszállottság pedig, véleményünk szerint az Önvád alszáján kapott adatokkal. Ez utóbbi tényező feltételezhetően segíti, fokozza a megszállottságot.

A Kiss (2015) által összegzett protektív személyiségfaktorok eredményeinkhez való kapcsolódásának viszonyáról elképzelhető, hogy szinte mindegyik konstruktum feltételezi a kevésbé aktív gyermekkori sérülés-sémát, ugyanakkor az adaptív

emócióregulációt, illetve a problémafókuszú megküzdési módot, amely hipotézist további kutatások hivatottak igazolni. Véleményünk szerint a Pozitív átértékelés és a Perspektívába helyezés dimenziók, mint érzelemszabályozási formák lényeges működési eleme a Tanult leleményesség, az Én-hatékonyság, a Reziliencia, a Konstruktív gondolkodás megküzdét támogató viselkedésmintáknak.

A pszichoszociális ellátást is végző személyek (akár hivatásosok, akár önkéntesek) általános aktivitási irányultsága is jelentősen magasabb az egyetemi hallgatókénál, ugyanakkor a két negatív reakció-dimenzióban a tehetetlenség és a leblokkolás esetében jelentősen alacsonyabb. Ez az adat a mindennapi és a választható pszichoszociális segítség (azaz a hivatásos és önként vállalt) határainak e tekintetben történő elmosódására utal. Valószínűleg tehát, fontosabb a cél, a segítség vágya, mint az alkalmazás formája az aktív hozzáállás, illetve a tehetetlenség megélése terén.

Folytatva a vészhelyzeti reakciókra kapott eredmények összegzését, kijelenthető, hogy a Zsidó-Csókási-féle veszélyhelyzetben adott tehetetlenség és leblokkolás minták-nem túl nagy mértékben, de együtt járnak mindegyik aktív korai maladaptív sémátartománnyal. Ez az eredmény is utal arra az összegző következtetésre, amelynek egyes részleteit már tárgyaltuk a fejezetben, mint az őrlődés kapcsán, hogy a korai pszichés sérülések, maladaptív sémák - amennyiben többségük érintett - nem támogatják a hatékony pszichoszociális ellátást, veszélyhelyzet-kezelést. Ugyanakkor, mint például a megbocsátás nehézsége esetében lehet akár jótékony hatású is az érzelemszabályozás adaptív formáival együttjárva.

Összefoglalva továbbá a VRK és a CERQ együttjárásait, elmondható, hogy az Aktivitás alskála (Tettekészség általános formában) mind az öt adaptív CERQ alskálával pozitív korrelációban van alacsony mértékben ($0,05 < p$), ami utalhat arra a jelenségre, hogy egy általános tettevágyás feltételezi az adaptív érzelemszabályozási formák meglétét. Fordított szemléletmód mellett lehetséges annak megállapítása, hogy az adaptív emócióregulációk jelenléte egy általános tettekészségre hajlamosítanak.

A kutatásban vizsgált demográfiai jellemzők kapcsán összegezhetjük, hogy az életkor, az iskolai végzettség tekintetében egyetlen mért személyiségvonás vagy tulajdonság de még a korai sérülések tekintetében sem talált a felmérés jelentős együttjárást. Ez részben ellentmond Miklósi és mtsai. (2011) eredményének, amely vizsgálatban az Önvád és a Rumináció is jelentős és negatív együttjárásban van az egyetemi hallgatók életkori sajátosságaival. A munkatapasztalat, mint változó is csak két sémával korrelál, fordított

arányban, $0,05 < p$ szinten. Ez alapján összegezhető, hogy a minta felsorolt demográfiai tényezői nincsenek együttjárásban a vizsgált érzelemszabályozási, megküzdési, és vészhelyzeti reakció jellemzőkkel.

Az egyenként vizsgált kérdőívek skáláinak interkorrelációi esetében, összegzésül elmondható, hogy a Young-féle sématartományok mindegyike jelentős és közepes vagy magas együttjárásban van mindegyik másikkal .582 és .852 ($p < 0,01$) mértékben. Ugyanez elmondható még a CERQ Önvád és Perspektívába helyezés alskáláiról is, azok szintén mindegyik másikkal korrelálnak, több esetben és kérdőívénél azonban nem találtunk ilyen eredményt. Mivel a sématartományok mindegyike korai érzelmi-kognitív sérülést tár fel, ezért az azokon mért együttjárások könnyen magyarázhatók. Érdekesebb az önmarcangolás és a távlati szemlélet (Perspektívába helyezés) dimenziója, amelyek pozitív korrelációban állnak úgy az adaptív, mint a maladaptív érzelemszabályozási további formákkal. Ez az eredmény is mást mutat a már említett validációs mintához képest, így ezen stratégiák együttjárási jellegzetességeinek tisztázása is további vizsgálatokat feltételez.

A vizsgálati személyek tevékenységének megélésére alapuló kvalitatív tartalomelemzés is több fontos jellegzetességre hívja fel a figyelmet:

1. Az önreflexió alapján adott válaszok között alig található negatív konotációjú kifejezés, arra a kérdésre, felvetésre, hogy nevezzen meg három dolgot munkájával, vagy az önkéntesek esetén tevékenységével kapcsolatban. Ez a pozitív fókusz elengedhetetlen munkájuk hatékony végzéséhez, de magában rejti a kiegész veszélyét is, amelyet V. Komlósi és mtsai, (2018) megállapítanak felmérésükben.
2. A segítség, segítő szándék, mint kifejezés előfordulási aránya kizárólag a veszélyhelyzetet kezelő minta esetében 35, ami jelentősen több, mint a szintén kifejező megbízhatóság, felelősség (30 említés). Ezek az adatok utalhatnak arra a tényre, hogy tisztában vannak vele és énképük része, hogy mi a feladatuk, mit várnak el tőlük, mi szükséges ahhoz, hogy hatékonyan végezzék munkájukat, és mindez a közösség által elismert, ami találkozik (Myers, Otzel, 2005) félig strukturált interjúk segítségével kapott eredményeivel.
3. Munkájuk, tevékenységük negatívumaira külön rákérdezve, a tartalomelemzés igazolta az első pontban megfogalmazottakat, hiszen a felesleges, túlzó szabályozáson, a hatékonyságot olykor zavaró alá-fölérendeltség tényén kívül más alig került említésre.

Ezzel a tartalomelemzés is igazolja a már említett több tanulmány megállapítását, hogy a rendkívüli helyzeteket kezelők kisebb mértékben juttatják kifejezésre a problémákat az átlagnál. Vagy magukban tartják, mert egy segítőnk nem az a dolga, hogy panaszkodjon, vagy éppen kognitív érzelemszabályozással (alacsony rumináció, intenzív perspektívába helyezés), speciális és általános tettevagyással (Aktivitás és Ágencia skálák a VRK-n), az átlagnál kevésbé aktív korai maladaptív sémákkal megküzdnek (a fentiek alapján reziliens módon) a problémákkal

Összegezve a fejezetben megfogalmazottakat, bízunk benne, hogy elmondható, miszerint a vizsgálat hiánypótló, komplex ismeretekkel járul hozzá a rendkívüli helyzetekben segítő tevékenységüket végzők megküzdési, érzelemszabályozási, korai maladaptív sémáktól befolyásolt kognitív és általános veszélyhelyzeti reakcióik jellemzőihez, azok sajátosságaihoz és összefüggéseihez.

Szeretnénk az ez alkalommal vállaltan inkább „szélességi” elemzést a közeljövőben mélyíteni, és az útvonalelemzés módszerével, illetve további regresszióanalízis segítségével részletesebb szabályszerűségeket megállapítani. Az ok-okozati összefüggések megállapítása indokolt lehet a korai maladaptív sémák és a többi mért változó között, külön összpontosítva az elemzett Rumináció alskálára, de az Önváddal kapcsolatban kapott eredmények is részletesebb megvilágítást indokolnak. Több feltételezett összefüggésre nem kaptunk együttjárást, mint a problémafókuszú megküzdés mintacsoportok közötti jelentős korrelációs különbségére. Ez nem zárja ki ugyanakkor a kapcsolatot, amelynek jellegzetességére a közeljövőben regresszióanalízis segítségével lehetne fényt deríteni.

7.4. AZ EREDMÉNYEK ALKALMAZHATÓSÁGA

1. Az eredményeket figyelembe véve, a kapott adatok hasznosak lehetnek a hivatásos és önkéntes beavatkozók kiválasztásánál. Az alkalmassági szempontok körültekintőbb megválasztásával, mint a rumináció, a perspektívába helyezés, a veszélyhelyzeti reakciók VRK kérdőívvel való mérésével hatékonyabban elkerülhető az önkéntes segítőik olykor anyagilag is megterhelő kiképzése, felkészítés utáni lemorzsolódásuk. Ezen túl, mivel a halmozott trauma fokozza a veszélyhelyzeti beavatkozók sérülékenységét, ha stabilabb, kiegyensúlyozottabb személyiség-alapokkal rendelkezők végzik a tevékenységet, az még inkább sikeres, hatékony lehet. A realitások tudomásul vétele mellett tehát (anyagi

- megbecsülés, önkéntesek folyamatos hiánya, stb.) amennyiben a kapott eredmények alapján történik a hivatásos és önkéntes katasztrófa-krisisintervenciós segítők kiválasztása, azzal a szolgáltatásra szorulókat magasabb szinten sikerül ellátni. A még inkább szakszerű ellátás pedig gazdasági, társadalmi téren is megtérül.
2. A segítők munkájának, tevékenységének pszichológiai támogatása, a kapott eredmények alapján strukturált és összeállított, a hatékonyságot és énvédelmet támogató, érzelemszabályozásra, megküzdésre összpontosító tréningek, csoportfoglalkozások által egy másik gyakorlati alkalmazási lehetőség. Ezeken hangsúlyozni lehetne a tudatos kognitív szintű, elsősorban adaptív érzelemszabályozás fontosságát, és fejleszteni e tulajdonságok alkalmazási minőségét a veszélyhelyzet-kezelésben. Ugyanígy az adaptív viselkedési reakciók kapott eredmények alapján történő gyakorlása is lehetne oktatási feladat. A témára kialakított tréning segítségével elsajátítani a még tudatosabb általános és specifikus tettekrekésztség viselkedésmintáit.
 3. A stresszkezelés feszültségcsökkentő formái, mint a relaxáció, autogén tréning, a konfliktuskezelés, debriefing (strukturált kibeszélés, érzelmi megnyílás) vagy a hatékony progresszív relaxáció technikái mellett, amelyek leginkább eddig is részét képezték elsősorban a hivatásos beavatkozók támogatásának, a disszertáció eredményei alapján talán nem túlzás megfogalmazni, hogy a kognitív érzelemszabályozásra fókuszáló specifikus lazítási elemek növelnék a hatékonyságot, illetve a személyek énvédelmi lehetőségeit.
 4. A maladaptív sémák részletes kutatásának gyakorlati jelentősége abban nyilvánulhat meg, hogy mivel az eredmények alapján ezek aktivitása részt vesz az érzelemszabályozás a megküzdés, sőt az általános vészhelyzeti reakciók megformálásában (VRK) is, az oktatásban, a felkészítésben, pszichoeducációs szinten, annak jellegzetességeivel és a lelki folyamatokra visszautaló módszereivel célszerű lenne hangsúlyozni ennek elkerülhetetlenségét és bemutatni a gyerekkori, korai traumatizálódás jellegzetességeit, mint bizonyos értelemben természetes folyamatot.
 5. Végezetül érdemes felhívni a figyelmet arra a lehetőségre, hogy a Zsidó-Csókási-féle Vészhelyzeti Reakció Kérdőív negatív skáláinak fordított tételei alapján számított összpontszám mutatóját, a kapott eredmények alapján szélesebb körben lehetne alkalmazni a gyakorlatban. A kérdőív jó előrejelzési mutatókkal

rendelkezik és könnyen alkalmazható (30 tétel). a hatékony katasztrófavédelmi képesség mérésében.

6. Véleményünk szerint az alkalmazhatóság kategóriájába sorolható közvetve még a katasztrófa-krízisintervenció definíciójának alább megfogalmazott kiegészítése is, hiszen nagyobb fókusz helyez a segítők segítésére, igényeire, ami gyakorlati teendőket, célokat feltételez: Pszichológiai módszer, amelynek célja az eseményt megélt és átélt áldozatok, szemtanúk, hozzátartozóik és a beavatkozó állomány tagjai - a rendkívüli helyzet következtében beállt - lelki megterhelésének, szenvedésének, **mint utóbbi személyek esetében a rumináció** csökkentése, a helyzet okozta krízissel való rugalmas megküzdésének elősegítése, ezáltal a krónikus lelki-mentális problémák kialakulásának megakadályozása.

7.5. A DISSZERTÁCIÓ KORLÁTAI

Fontos elismernünk és felhívni a figyelmet a kutatás korlátaira is. A tényezők, amelyek befolyásolták a felmérést, az eredmények elemzését, a következtetések levonását a következők:

1. Tudatában vagyunk, hogy viszonylag alacsony a minta elemszáma. Ezt a tényezőt még akkor is a vizsgálat korlátjai között említhetjük, ha figyelembe vesszük, hogy összesen négy kérdőívet kellett a vizsgálati személyeknek kitöltenie, és ezek közül kettő a szakirodalmi hivatkozások szerint klinikai tesztnek minősül, a pszichológiai klinikai vizsgálatok általános elemszáma pedig jóval alacsonyabb lehet a nem klinikainak minősülő kérdőíveket kitöltők elemszámához képest.
2. A kérdőívek felvételének komplexitását (önreflexiós tesztek, illetve további, félig strukturált kérdés-válasz) és a tesztek kitöltésének időigényességét is a korlátok között említhetjük. A Young Séma Kérdőív teljes változatának használata és a fentiekben említettek miatt, a vizsgálati személyeknek sokszor több, mint 90 perc volt szükséges a válaszadásra. A mintapopuláció számára idegen lehetett a hosszú, az érzelmekre, kognitív működésre, korai maladaptív sémákra vonatkozó kérdéssor is. Az önreflexió, az önismeret ilyen mértékű igénybe vétele nem megszokott a vizsgát személyeknél.
3. A tevékenység definíciója sem pontosan, részleteiben meghatározott. Így a katasztrófa-krízisintervenció tevékenységet végzők köre nem pontosan behatárolt. Főleg tűzoltók és felkészített, oktatáson, tréningen átesett önkéntesek

az alanyok, de mint ezt a szakirodalmi hivatkozásoknál tárgyaltuk, a szakmában nincs teljes konszenzus sem a tevékenységre, sem az azt végzőkre vonatkozóan. Ugyanakkor, igyekeztünk pontos kritériumokat meghatározni a mintába kerüléshez, de mégsem zárható ki, hogy olyanok is alkották a 100 fős mintapopulációt, akik nem, vagy nem egyforma kritériumok alapján végeztek ilyen tevékenységet, amit közvetve ellenőriztünk csak a kvalitatív válaszokon keresztül.

4. Ellentmondásnak tűnhet, de lehet korlátja a kutatásnak és ezzel a disszertációnak az adatok, más felmérésekhez képest viszonylag nagy halmaza. A megfelelő statisztikai elemzési irány meghatározása ezáltal szükségszerűen a többi lehetséges feldolgozási mód elhanyagolásához, kevésbé történő figyelembe vételéhez vezetett. Ezzel a következtetések is torzulhattak, hiszen nem biztos, hogy a mindenkor legjobb elemzési formákat választottuk.
5. A korlátok között említhetjük az adatok felvételének időtartamban viszonylag hosszú voltát, ami 2018-ban és 2019-ben történt. Ezzel a különböző személyeknél esetlegesen bekövetkezett demográfiai, személyi változások változóit nem kontrolláltuk, a korábban a tesztek kitöltők adataihoz képest.
6. Nem tudtuk kontrollálni a kutatásban való részvétel motivációs szintjét sem. Nem vagyunk tudatában, hogy bizonyos helyzetekben a véletlenszerűen kiválasztott kutatási személyek közül a hivatásos segítők milyen mértékben valóban saját akaratukból töltötték ki a tesztek és további kérdéseket, vagy esetleg azért, mert éppen nem volt riasztásuk és unatkoztak, esetleg hallgatólagos elvárásnak élték meg a részvételt.
7. Tudatában vagyunk annak is, hogy a mintapopuláció nem homogén. A hivatásos segítők többsége és az egyetemi hallgatók vidéki városokban élnek, az önkéntesek többsége Budapesten és környékén. Ugyanígy elmondható ez az iskolai végzettségre is.
8. Végezetül említésre érdemes, hogy nagy volt a kérdőívek kitöltési szándékával kapcsolatos lemorzsolódás is. A 178 véletlenszerűen kiválasztott kutatási személy közül 78 nem kitöltve adta vissza a kérdőíveket a lezárt borítékban. Még az egyetemi hallgatók közül is hatan nem töltötték ki a tesztek.

7.6. KITEKINTÉS

A kutatás korlátjainak tudomásul vétele mellett, reményeink szerint sikerült egy komplex, több szempontból megvilágított leírását adni a katasztrófa-krízisintervenciót - mint társadalmilag és gazdasági vonatkozásait tekintve is jelentős tevékenységet - végző hivatásos és önkéntes szakemberek meghatározott, veszélyhelyzeti reakció formáinak, megküzdési és érzelemszabályozási vonásainak, korai személyiség-sérüléseik felnőtt korban különböző szinten aktivizálódó hatásainak. Habár a vizsgálati minta összegyűjtése nehézségekbe ütközött, mégis bebizonyosodott, hogy komplex módon kutatható, felmérhető a segítők személyisége, gyermekkori sérülési- és viselkedési mintázata. Így a szakirodalomban említett jellegzetesség, hogy nagyon kevés releváns adat áll rendelkezésre a veszélyhelyzet pszichológiai feldolgozásában segítőkéről (Lee, Park és Sim, 2018; Ehrenreich, 2001; Zsidó és Csókási, in press; Kyron és mtsai., 2021) e kutatás által valamilyen mértékben gyarapodhatott, kiegészítést nyert. Ez azért is nagy jelentőségű, mert a legtöbb tanulmány megállapítja, hogy az e tevékenységet végzők jelentős stressznek, nagymértékű traumatizációnak vannak kitéve, ami negatívan hat mentálhigiénéjükre, érzelmi jóllétükre (Ha és mtsai, 2008; Kang, 2009; Mitchell, 2016; Kyron és mtsai., 2021). A kiégés is negatív jelenség köreikben (V. Komlósi, S. Nagy és Rózsa, 2018).

A jövőre nézve fontosnak tűnik a maladaptív sémák a veszélyhelyzet-kezelésben való hatásának további tisztázása, pontosítása. Az egyértelmű eredmények mellett, amelyek azt igazolják, hogy a segítők alacsonyabb maladaptív aktivitással rendelkeznek, vagy hogy együttjárnak a Tehetetlenség és Leblokkolás alskálákkal, érdemes megvizsgálni a Büntető készenlét adaptív érzelemszabályozási formákkal való összefüggéseit is, hiszen ezek nem várt korrelációk.

A Young Séma Kérdőívvel mért változókkal kapcsolatban itt, a kitekintés fejezetben szeretnénk felvetni azt a kérdést, hogy mivel a kapott eredmények alapján az alkalmazott kérdőívek legtöbb skálájával kapcsolatban találtunk valamilyen jelentős összefüggését, érdemes lehet megfontolni, hogy a korai maladaptív sémák vajon nem természetes, a mintánk személyeire vonatkozó jellegzetességek-e? Amennyiben náluk természetes módon hatnak a korai pszichés sérülések, ez általánosítható-e a hasonló társadalmi, gazdasági, kulturális közeg más személyeire is?

Amennyiben esetleg nemleges is lenne a válasz a korai pszichés sérülések ismeretanyagának pszichoedukációs szinten történő bevonása a képzésbe, a felkészítésbe indokoltnak tűnik.

További fontos ismereteket adhat az őrlődés és a maladaptív sémák vizsgálata, hiszen mind a 19-el jelentős mértékben korrelál. Az őrlődéssel kapcsolatban érdemes lehet egy erre a témára kidolgozott tréningen felhívni a résztvevők figyelmét a jelentőségére, illetve elkerülésének, vagy aktivitása csökkentésének tudatos formáira.

Az Önvád és Perspektívába helyezés – a kapott eredmények jellegzetességei alapján való - további vizsgálata is célszerű lenne. Ezen érzelemszabályozási formák jellegzetességeit, használatuk tudatos bekapcsolását a katasztrófa-krízisintervencióba szintén elsősorban gyakorlati interaktív oktatáson keresztül lehetne elsajátítani. Az önrágalmazást, mint a kutatás mintájánál mindegyik másik érzelemszabályozási formával együttjáró módot – ami újszerű eredmény más kutatáshoz képest (Miklósi és mtsai., 2011) érdemes lenne megvizsgálni a felelősségvállalás, az elsősorban magamban keresem a problémát és az ezzel összefüggő megoldást értelmében is.

A kitekintés fejezetben érdemes megemlíteni a tartalomelemzés egyes eredményeiből következő gondolatokat és az ezekből fakadó további vizsgálatok javaslatát. A segítség, a segítőkészség, mint jelentősen legtöbbször említett kifejezés tevékenységükkel kapcsolatban felvet a motivációval kapcsolatos kérdéseket is. Mi motiválja a katasztrófa-krízisintervenciót végző személyeket, hogy segítők szándékukat ilyen sokszor veszélyes formában éljék meg? A hivatásosok olykor életveszélyben is találják magukat, de az önkéntes tevékenység közben is fennáll a legalább fizikai sérülés veszélye. Ugyanakkor ez a segítőkészség a legtöbb egyéb vizsgálatban megjelenik, Mitchell segítőkészségmodelljében is, mint együttérző, odaadó hozzáállás, amelynek további jellemzője az én-határok megtartásának, a "nemet mondásnak" a nehézsége.

Az eredmények összegzése fejezetben már említettük, de a kutatásból eredő kitekintés részét is képezi, így talán nem túlzás itt is említeni, hogy a közeljövőben további regresszióanalízis és útvonalelemzés elvégzésével az eredmények „mélyítése” indokolt. Bízunk benne, hogy ezzel a komplex vizsgálattal, amely azt jelzi, hogy a katasztrófa-krízisintervenciót végző segítők hatékonyabban szabályozzák érzelmeiket, alacsonyabb aktivitású a korai pszichés sérüléseik mintázata, mint az átlag populációé, igazolásra került, hogy nincs mit rejtegetniük a személyiségükkel kapcsolatban. Reméljük, hogy ezen adatok hatására a kutatók könnyebben hozzáférhetnek a jövőben e speciális tevékenységet végző személyek vizsgálatához. Egyúttal bízunk abban is, hogy e kutatás

hozzájárult egy vélt vagy valós tabu ledöntéséhez, amely arra vonatkozott, hogy a segítők munkájuk során tisztában vannak azzal, hogy nehézségekbe ütköznek, és nem is ők a „főszereplők”, így tanulmányozásuk munkájuk megkönnyítése végett nem szükséges. Az eddig más munkában nem publikált eredmények és figyelemfelkeltő összefüggések arra engednek következtetni, hogy igenis szükséges.

A fejezet végén, de talán nem utolsósorban megemlíthető, hogy a regresszióelemzés alapján meghatározó faktorokként mutakozó problémaorientált megküzdés, a negatív együttjárást jelző, azaz az átlag populációhoz képest, a segítőknel kevésbé jellemző katasztrófizálás, és kevésbé sérült én-autonómia, illetve a pozitív együttjárású károsodott én-határok képezhetik egy esetleges új szemléletű klinikai- és személyiségpszichológiai megközelítés alapjait a pszicho-szociális támogató munkát végzők jellemzőinek vonatkozásában.

Végezetül zárjuk a kutatás bemutatását egy kis humorral, amely érzelemszabályozási formát, feszültségcsökkentési módot nem vizsgáltunk, de a tapasztalat és a források szerint (langlovagok.hu) fontos eleme a katasztrófa-krízisintervenciót végző segítők egészségpszichológiai, mentálhigiéniai vonatkozású énvédelmének:

- Halló, tűzoltóság? Kérem, jöjjenek gyorsan, ég a házam!
- Hogy jutunk el önhöz?
- Miért? Már nincs meg az a szép piros autójuk?

8. IRODALOMJEGYZÉK

Andó B., Annus R., Rózsa S., Tánczos E., Kurgyis E., Honti J., Demeter I., Szikszai P., Perczel-Forintos D., Janka Z., & Álmos P. (2009). A megküzdés dimenzióinak feltárása és összefüggéseiknek vizsgálata alkoholbetegek körében. *Psychiatria Hungarica*, 24, Suppl. 4-5.

Bakos, F. (1974). *Idegen szavak és kifejezések szótára*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: a study in experimental and social psychology*. Cambridge: University Press.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571.

Benczúr L. (2015). A gyász lélektana. In: Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*, Pécs: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, 11-30.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books Inc.

Cardozo, B. L. et al. (2012). Psychological Distress, Depression, Anxiety and Burout among International Humanitarian Aid Workers: A Longitudinal Study. *PloS one*, 7(9), e44948.

Cheek, D. B. (1969). Communication with the critically ill, *American Journal of Clinical hypnosis*, 12, 75-85.

Choi, K. B., Kim, K. H., & Cho, Y. C. (2009). Psychosocial distress and fatigue symptoms among firemem; and its related factors. *The Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 10(4), 707–716.

Connorton, E., Perry, J. M., Hemenway, D., & Miller, M (2012). Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness, *Epidemiologic Reviews*, 34, 145-155.

Csepli Gy. (2003). *Szociálpszichológia*, Budapest, Osiris Kiadó.

Csürke J., Vörös V., Osváth P., & Árkovits A. (szerk.) (2014). *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.

Deák A. (2016). *A pszichoszociális segítségnyújtás lehetőségei az árvízi védekezésben*. Pécs: BMKI.

DiGangi, J.A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L.A., Keys, C.B., Koenen, K.C., 2013. Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review* 33 (6). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.002>.

Doherty, G. W. (2007). *Crisis Intervention Training for Disaster Workers. An Introduction*. Plano: Rocky Mountain Disaster Mental Health Institute Press.

Edwards, J. G. (1976) Psychiatric aspects of civilian disasters, *British Medical Journal*, 1, 6015, 944-947.

Ehrenreich, J.H.(ed.)(2001). *Coping with disasters. A Guidbook to Psychosocial Intervention. Manual*. New York: Center for Psychology and Society, State University of New York.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990) Multidemsional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994) Assessment of multidimensional coping: Task, Emotion and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*, 6(1); 50-60.

Füredi J., Németh A., & Tariska, P. (2001). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

Garnefski, N. Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An integrative Review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.

Ha, J. H., Kim, D. I., Seo, B. S., Kim, W. S., Ryu, S. H., & Kim, S. G. (2008). Job stress and psychosocial stress among firefighters. *The Korean Society of Occupational and Environmental Medicine*, 20 (2), 104–111.

Hajduska M. (2008). *Krizislélektan*, Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Herman, J. (2011). *Trauma és gyógyulás*, Budapest: Háttér Kiadó – NANE Egyesület.

Hornyacsek J. (2012). A tömegkatasztrófák pszichés hatása a beavatkozó állományra, az alapvető korai és késői pszichés jelenségek, valamint a negatív következmények elkerülésének lehetséges módjai. *Műszaki Katonai Közlöny*, 1, 143-189.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress, *Psychosomatic Medicine* 41(3), 209-218.

Jacobson, J. M. (2006). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction and Burnout: Reactions Among Employee Assistance Professionals Providing Workplace Crisis Intervention and Disaster Management Services. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21, 3-4

Jang, W. H., Kim, D. S., Park, H. W., & Kim, J. H. (2020). Mental health and quality of life in firefighters working on the scene in South Korea: Focused on the capital area and the ground promotion area. *Brain and Behavior*. <https://doi.org/10.1002/brb3.1559> (letöltve: 2020. 04. 30.)

Kang, B. W. (2009). A study on the relationship between job stress and socio-psychological stress of firefighter. *The Korean Journal of Emergency Medical Services*, 13(1), 35–48.

Kézdi B. (1986). Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban. In: Buda B., Füredi J. (szerk.). *Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából*. Budapest: Animula. 99-113.

Kim, E. J. (2002). *A study relation between burnout experience and job satisfaction of nurses*; Unpublished master's thesis. Seoul, Korea: Kyung Hee University.

Kiss, E. Cs. (2015). Protektív személyiségfaktorok. In: Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, 338-351.

Klee, S., Renner, K. H. (2012) In search of the "Rescue Personality". A questionnaire study with emergency medical services personnel. *Personality and Individual Differences*, 54, 669-672.

Kyron, M. J., Rees, C. S., Lawrence, D., Carleton, N. R., & McEvoy, P. M. (2021). Prospective risk and protective factors for psychopathology and wellbeing in civilian emergency services personnel: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 281. 517-532.

Láng A. (2015). A traumatikus életesemények pszichoterápiás szempontjai. In: Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, 235-247.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lee, H. J., Park, S., & Sim, M. (2018). Relationship between ways of coping and posttraumatic stress symptoms in firefighters compared to the general population in South Korea. *Psychiatry Research*, 270, 649-655.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 101, 141-148.

Marsella, A., Johnson, J. L., & Gryczynski, J. (eds.) (2010). *Ethnocultural Perspectives on Disaster and Trauma*. Berlin: Springer Publisher.

Mayer K. (2012) *A különböző kockázatkereső magatartás hátterének személyiséglélektani vizsgálata*. PhD disszertáció, Pécsi Tudományegyetem, Pécs. <https://doktori.hu/index.php?menuid=193&lang=HU&vid=10175> letöltve: 2016. 12. 15.

Miklósi M., Martos T., Kocsis-Bognár K., & Perczel-Forintos D. (2011). A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői, *Psychiatria Hungarica*, 26 (2) 102-111.

Mishra D., Kumar S., Hassini, E. (2019). Current trends in disaster management simulation modelling research. *Annals of Operations Research* 283:1387–1411

Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes. The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Service*, 8, 36-39.

Mitchell, J. T., Bray, G. P. (1990). *Emergency services stress: Guidelines for preserving the health and careers and emergency services personnel*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Mitchell, J. T. (2016). Stress in Emergency Personnel. In: *Fink, G. (ed.) Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behavior*. Handbook of Stress Series, Volume 1. Cambridge: Academic Press, Elsevier, 385-391.

Moussong-Kovács, E., Zámori, J. (2001) Stressz- és alkalmazkodási zavarok. In: *Füredi, J., Németh, A., Tariska, P.: A Pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt. 431-438.

Myers, K. K. (2005). A Burning Desire: Assimilation into a fire department. *Management Communication Quarterly*, 18(3), 344.

Nguyen, L.A., (2019). *Kulturális szempontok – krízisintervenció*. Előadás a Katasztrófa- és krízisintervenciók pszichológus szakképzésén. ELTE, Budapest. 2019. 10. 18.

Oláh A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Budapest: Trefort Kiadó.

Ophuis, R. H., Olij, B. F., Polinder, S., & Haagsma, J. A. (2018). Prevalence of post-traumatic stress disorder and depression following violence related injury treated at the emergency department, a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-9.

Perczel Forintos D., Ajtay Gy., Barna Cs., Kiss Zs., & Komlósi S. (2012). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*, 3. kiadás, Budapest: Semmelweis Egyetem, OK, Klinikai Pszichológia Tanszék.

Pető Cs., & Szekeres A., (2000). Pszichológiai krízistámogatás a 2000. tavaszi árvízi katasztrófa helyzetben, *Katasztrófavédelmi Szemle*, 3.

Pető Cs., Szekeres A., Csiky-Mészáros M., & Schnitchen L. (1999). Tapasztalatok pszichológus szemmel. *Polgári Védelmi Szemle*, 4(3), 8-10.

Pető Cs., & Szekeres A. (2006). A katasztrófapszichológia lehetőségei és első tapasztalatai Magyarországon. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61, 1, 155-168.

Pető Cs., (1999). A krízis pszichológiai vonatkozásai – krízisintervenció. *Polgári Védelmi Szemle*, 4(4) 16-18.

Pohárnok M., & Lénárd K. (2015). A trauma lélektana In. Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (szerk.). *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány. 11-38.

Ram, E., F., & Diaz, A. B. (2013). *Psychosocial Response to Disaster*. Baguio: Department of Psychology, College of Social Science, University of the Philippines.

Roza G. (2007). *Disaster Relief Workers*. New York: The Rosen Publishing Group, Inc

Rózsa S., Nagybányai Nagy O., & Oláh, A. (2006). *A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszertan, gyakorlati alkalmazás*. Bölcsész Konzorcium.

Saijo, Y., Ueno, T., & Hashimoto, Y. (2008). Twenty-four-hour shift work, depressive symptoms, and job dissatisfaction among Japanese firefighters. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(5), 380–391.

Salama, P (2003). The Psychological Health of Relief Workers: Some Practical Suggestions. Concern Worldwide (online) <http://odihpn.org/magazine/the-psychological-health-of-relief-workers-some-practical-suggestions/>

Sandoval, J. (2013). Considering Culture in Crisis Work, In. Sandoval, J. (ed.) *Crisis Counseling, Intervention, and Prevention in the Schools*, (Ch.3). New York: Routledge, 31-45.

Sebestyén Á. (2013). *Gyakorlati tapasztalatok a krízis-intervencióban; A krízisintervenció alkalmazásának fázisai*. Előadás a BM OKF KINCS konferencián. Pécel, 2013, 12. 13.

Sebestyén Á., & Lénárt Á. (2012). *A nemzetköziség vonása a magyarországi KIT (KINCS) történetében*. Poszter a Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlésén.

Sebestyén A., & Kovacs Zs. (2020). Importance of disaster crisis intervention to survivors and rescue and relief workers in disaster management. In. Molnar A. (ed.) *First Conference on Effective Response*. Budapest: Hungarian Red Cross.

Sebestyén Á. (2015). Pszichológia. In. Adányi L.(szerk.). *Szöveggyűjtemény Katasztrófa-krízisintervenciós önkéntesek képzése*. Budapest: MMSZ Egyesület, 27-43.

Sellye, J. (1964) *Életünk és a stressz*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Székelyi M. & Barna I. (2008). *Túlélőkészlet az SPSS-hez. Többváltozós elemzési technikákról társadalomkutatók számára*. Budapest: Typotex Elektronikus Kiadó.

Szabó L. (2008). *Krízisintervenció. A Lakosságvédelem új dimenziói*. KIT munkaműhely, 2008. 03. 18. Letöltve: 2019. 10. 16: www.dkmt.net/getpdf.

Takahashi, S. (2014). Mental Health Support for Disaster Management Personnel, Abstract. *Seishin Shinkeigaku Zasshi – Psychiatria et Neurologia Japonica*, 116(3) 224-230.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (ed.). *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.

Tringer L. (1999). *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

Unoka Zs., Rózsa S., Fábrián Á., Mervó B., & Simon L. (2004). A Young-féle Séma Kérdőív korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 19, (3), 244-256.

Vankó T. (2012). *Kötődés és korai maladaptív sémák vizsgálata egyes pszichés zavarokban*. PhD értekezés. Pécsi Tudományegyetem. Pécs. www.pea.lib.pte.hu (letöltve: 2021. 03. 01.)

V. Komlósi A., Rózsa S., Milanovich D., Lénárt Á., & Komlósi P. (2010). Katasztrófa utáni komplex pszichológiai támogatási rendszer elvei, *Alkalmazott pszichológia* 12(3-4), 125-138.

V. Komlósi A., S. Nagy Z., & Rózsa S. (2018). A kiégés és a traumatizáció (elsődleges, másodlagos, vikariációs) kapcsolata. Változás az állandóságban, Magyar Pszichológiai Társaság XXVII. Országos Tudományos Nagygyűlése, 262.

Wagner, S., Pasca, R., & Crosina, J. (2016). Hostility of firefighters: personality and mental health. *International Journal of Emergency Services*, 5, (1). 6-17.

Weaver, J. D. (1995). *Disasters: Mental Health Interventions*. Sarasota: Professional Resource Press.

Wohl, J. (1989). Integration of cultural awareness into psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 343–355.

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: WHO.

Yajasinghe, N., Giosan, C., Evans, S., Spielman, L., & Difede, J. (2008). Anger and posttraumatic stress disorder in disaster relief workers exposed to the 09/11/01 World Trade Center Disaster: One-year follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 196(11). 844-846.

Yoon, M. S., & Kim, S. H. (2014). Mediating effects of depression and social support between the relationship job stress and quality of life among firefighters. *Mental Health & Social Work, 42* (2), 5–34.

Young, J. E. (1990). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, England: Professional Resource Exchange.

Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. In: Young, J. E. (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, (2nd Ed.). Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 63–76.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003) *Schema Therapy: A practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.

Zellei G. (1993). *Katasztrófapszichológia*. Budapest: Cedit Kft.

Zsidó A. & Csókási K. (in press). A vészhelyzeti viselkedés személyiséglélektani korrelátumai – első lépések egy új mérőeszköz kidolgozása felé. Kézirat.

Zsido A. N., Coelho, C. M., Csokasi K. & Vincze O. (2020). The Emergency Reaction Questionnaire – First Steps Towards a New Method. *International journal of disaster risk reduction, 49*, 101684.

Zsidó N. A. (2017). *Mitől félnek a tűzoltók?* In: Pro Scientia Aranyérmesek XIII. Konferenciája, 289–296.

9. A SZERZŐNEK A TÉMÁHOZ KÖTŐDŐ PUBLIKÁCIÓI ÉS ELŐADÁSAI IDŐRENDI SORRENDEN

1. Sebestyén, Á. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat katasztrófapszichológiai, krízisintervenciós tevékenysége. In: Rendvédelemmel összefüggő pszichológiai kérdések. Pécs: PTE és BMKI. Szaklektorált tanulmánykötet. (megjelenés alatt).
2. Sebestyén, Á. (2021) A pandémia pszichés fogságában. Kríziskezelés - esetelemzések. Magyar Pszichiátriai Társaság XXIV. ándorgyűlése, 2021. 06. 09-12. - elfogadott előadói absztrakt
3. Sebestyén, Á., Kovács, Zs. (2020). Importance of disaster crisis intervention to survivors and rescue and relief workers in emergency management. First Conference on Effective Response. Peer reviewed Conference Book. Hungarian Red Cross. 26-33. ISBN (e-book): 978-963-7500-81-7.
4. Sebestyén, Á., Sebestyén, B., Markó, É. (2020). Cultural differences as an essential aspect in disaster crisis intervention - theory and field experience. Second Conference on Effective Response. Budapest, 2020. 09. 18. Book of abstracts: page 16.
5. Sebestyén, Á., Kovács, Zs. (2019). Importance of disaster crisis intervention to survivors and rescue and relief workers in emergency management. First Conference on Effective Response. Sopron, 15. 11. 2019. Conference programme: Session 1, presentation 1.
6. Sebestyén, Á., Révész, Gy. (2019) MPT XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése, Debrecen. 2019. 05. 30. Kivonatkötet: 14. oldal, TE03_EA03.
7. Sebestyén, Á. (2018). Katasztrófa-krízisintervenciót hivatásszerűen végző szakemberek érzelmszabályozási jellegzetességei és azok összefüggései – a kutatás első fázisának eredményei alapján, MPT XXVII. Országos Tudományos Nagygyűlése, Budapest. 2018. 06. 02. Kivonatkötet: 37. oldal, TE06_EA01.
8. Sebestyén, A., Deák, A. (2018). Emotion regulation of the search and rescue workers related to disaster crisis-intervention, 13. Alps-Adria Psychological Conference, Ljubljana, Slovenia. 27. 09. 2018. Book of abstracts: page 100.
9. Sebestyén, Á., Deák, A. (2017). A magyarországi katasztrófa-krízisintervenciót végző beavatkozó állomány tagjainak megküzdési sajátosságai, MPT XXVI.

- Országos Tudományos Nagygyűlése, Szeged. 2017. 06. 02. Kivonatkötet: 23. oldal, 891.
10. Deák, A., Sebestyén, Á. (2017). Hogyan észlelik és értékelik a proszociális viselkedést hívó ingereket pszichológus hallgatók és katasztrófavédők? MPT XXVI. Országos Tudományos Nagygyűlése, Szeged. 2017. 06. 02. Kivonatkötet: 23. oldal, 858.
 11. Sebestyén, Á. (2017). Migránsok és menekültek – krízisintervenciós vonatkozások. PTE és BMKI országos konferenciája, Pécs, 2017. 11. 23. Kivonatfüzet: A társadalom szolgálatában - felkészülés és felkészítés a katasztrófavédelmi kihívások tükrében. Pszichológiai szekció, 3. előadás.
 12. Magyar, J., Sebestyén, Á. (2016). Az egyiknek sikerül, a másoknak (miért) nem? A rezilienciáról gyakorlatiasan, Magyar Tranzakcióanalitikus Egyesület országos konferenciája, Budapest, 2016. 09. 30. Kivonatfüzet: 7. oldal, Műhelyek.
 13. Sebestyén, Á. (2016). A magyarországi katasztrófa-krízisintervenciót végző beavatkozó állomány tagjainak stresszkezelési, megküzdési sajátosságai, PTE és BMKI országos konferenciája, Pécs, 2016. 12. 02. Kivonatfüzet: Rendvédelmi foglalkozás - egészségügyi-orvosi, pszichológiai tapasztalatok szekció, 3. előadás.
 14. Sebestyén, Á. (2015). Pszichológia, In: Adányi L. (szerk.) Katasztrófa krízisintervenciós önkéntesek képzése, Szöveggyűjtemény, MMSZE, Budapest. 27-45.
 15. Sebestyén, A. (2015). Psychology, In: Adányi, L. (ed.) Voluntary aid workers active in disaster crisis intervention, Training Material, Hungarian Charity Service of the Order of Malta, Budapest. 11-27.
 16. Sebestyén, Á. (2015). A Magyar Máltai Szeretetszolgálat katasztrófapszichológiai, krízisintervenciós tevékenysége, PTE és BMKI országos konferenciája, Pécs, 2015. 10. 16. Kivonatfüzet: A rendvédelemmel összefüggő pszichológiai kérdések szekció, 4. előadás.
 17. Sebestyén, Á., Lénárt, Á. (2012). A nemzetköziség vonása a magyarországi Krízisintervenciós Team működésében, MPT XXI. Országos Tudományos Nagygyűlése, Szombathely, poszter.

A szerző témához érintőlegesen kapcsolódó egyéb publikációi:

18. Kovács Zs., Rigó A., Szabó É., **Sebestyén Á.**, Fülöp E., Szabó Cs. (2017). **Az életminőség vizsgálata** egy új oldalról – a betegségreprezentációk befolyásoló szerepe emlődaganatos betegeknél. *Magyar Onkológia*, 61 (4) 343-348.
19. Kovács, Zs., Rigó, A., **Sebestyén, Á.**, Kökönyei, Gy., Szabó, Cs. (2015). A súlyos betegség transzformatív ereje – **Előnytalálás és poszttraumás növekedés** emlődaganatos betegeknél, *Alkalmazott pszichológia*, 2, pp. 7-20.
20. Kovács Zs., Rigó, A., Kökönyei Gy., Szabó, É., Kovács D., **Sebestyén Á.**, Balogh B., Prezenszki Zs., Nagy M. (2012). A hagyományos daganatkezelést kiegészítő komplex életmód és **pszichoszociális intervenciós program** – igen biztató eredményekkel. *Magyar Onkológia* 56 (4) pp. 247-257
21. Kovács, Zs., Pigniczkiné-Rigó, A., **Sebestyén, Á.**, Hoyer, M., Petke, Zs., Fülöp E., Garamvölgyi, N., Török, A. I. (2011). **The prevalence of depression and anxiety** in patients with malignant breast tumour. *New Medicine* 15 (2) pp. 61-66.

10. EREDETISÉGNYILATKOZAT

EREDETISÉGNYILATKOZAT

Doktori értekezés benyújtása és nyilatkozat a dolgozat eredetiségéről

Alulírott

név: Sebestyén Árpád
születési név: Sebestyén Árpád
anyja neve: Ricz Mária
születési hely, idő: Szabadka, 1964. 01. 12.

A magyarországi katasztrófa-krisziszintervenciót végző beavatkozó állomány kognitív, érzelmi sajátosságai és azok összefüggései

cimű doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a

Pszichológia Doktori Iskola

Alkalmazott Pszichológia Doktori Programjához

Témavezetők neve: Dr. habil Révész György és Dr. Deák Anita

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesekek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: 2021. március 16.


.....
doktorjelölt aláírása

11. MELLÉKLETEK

11.1. KÉRDŐÍVEK

11.1.1. Demográfiai adatok

Katasztrófa-krízisintervencióban résztvevő hivatásos és önkéntes segítők felmérése

Kód: _____ Hely, dátum: _____

Nem: nő férfi Életkor: _____

Családi állapot: _____

Iskolai végzettség:

- alapkú
- középfokú
- főiskola
- egyetem
- egyetemre épülő további végzettség

Születési hely:

- Falu, község (5 000 főig)
- Kisváros (5 000-20 000)
- Középváros (20 000-100 000)
- Nagyváros (100 000-1 000 000)
- Metropolisz (1 000 000 –)

Lakóhely:

- Falu, község (5 000 főig)
- Kisváros (5 000-20 000)
- Középváros (20 000-100 000)
- Nagyváros (100 000-1 000 000)
- Metropolisz (1 000 000 –)

Foglalkozás: _____ Beosztás: _____

Ezen a területen szerzett tapasztalat években: _____

Melyik az a három szó, kifejezés, amivel leginkább jellemezné a munkáját?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Mit tart a munkája, hivatása pozitívumainak?

Mi jelenti a legnagyobb megterhelést a munkájával kapcsolatban?

Kérjük, emlitsen egy meghatározó epizódot, emléket a munkájával kapcsolatban!

11.1.2. CERQ

CERQ

Kérjük, jelölje meg, hogy milyen mértékben jellemzőek Önre az alábbi állítások.

1.: Szinte soha nem jellemző rám 2.: Nem jellemző rám 3.: Közepesen jellemző rám
4.: Jellemző rám 5.: Szinte mindig jellemző rám

1. Úgy érzem, én vagyok a hibás azért, ami történt.	1	2	3	4	5
2. Azt gondolom, el kell fogadnom, ami történt.	1	2	3	4	5
3. Gyakran rágódom azon, mit is érzek azzal kapcsolatban, amit átéltem.	1	2	3	4	5
4. Kellemesebb dolgokra gondolok.	1	2	3	4	5
5. Azon gondolkodom, hogy mi a legjobb, amit tehetek.	1	2	3	4	5
6. Arra gondolok, hogy tanulhatok valamit a helyzetből.	1	2	3	4	5
7. Arra gondolok, hogy az egész sokkal rosszabb is lehetett volna.	1	2	3	4	5
8. Gyakran gondolok arra, hogy amit átéltem, sokkal rosszabb annál, mint amit mások átéltek.	1	2	3	4	5
9. Úgy érzem, más a hibás azért, ami történt.	1	2	3	4	5
10. Úgy érzem, én vagyok felelős azért, ami történt.	1	2	3	4	5
11. Azt gondolom, hogy el kell fogadnom a helyzetet.	1	2	3	4	5
12. Sokat rágódom azon, hogy mit is gondolok és érzek a történetekkel kapcsolatban.	1	2	3	4	5
13. Kellemes dolgokra gondolok, amelyeknek semmi köztük az egészhez.	1	2	3	4	5
14. Azon gondolkodom, hogyan lehetne a legjobban megbirkózni a helyzettel.	1	2	3	4	5
15. Arra gondolok, hogy lelkileg megerősödhetek azáltal, ami történt.	1	2	3	4	5
16. Arra gondolok, hogy mások sokkal rosszabb dolgokon mennek keresztül.	1	2	3	4	5
17. Folyamatosan arra gondolok, milyen szörnyű is az, amit átéltem.	1	2	3	4	5
18. Úgy érzem, mások a felelősek azért, ami történt.	1	2	3	4	5
19. Azon gondolkodom, miben hibáztam.	1	2	3	4	5
20. Arra gondolok, hogy semmit sem tudok változtatni a dolgon.	1	2	3	4	5
21. Meg akarom érteni, miért érzek éppen így azzal kapcsolatban, ami történt.	1	2	3	4	5
22. Inkább valami kellemes dologra gondolok ahelyett, ami történt.	1	2	3	4	5
23. Azon gondolkodom, hogyan változthatnám meg a helyzetet.	1	2	3	4	5
24. Arra gondolok, hogy vannak a helyzetnek jó oldalai is.	1	2	3	4	5
25. Arra gondolok, hogy más dolgokhoz viszonyítva nem is olyan rossz a helyzet.	1	2	3	4	5
26. Gyakran gondolok arra, hogy átéltem a legrosszabbat, ami egy emberrel megtörténhet.	1	2	3	4	5
27. Azokra a hibákra gondolok, amelyeket mások követtek el azzal kapcsolatban, ami történt.	1	2	3	4	5
28. Arra gondolok, hogy alapvetően bennem van a hiba.	1	2	3	4	5
29. Arra gondolok, hogy meg kell tanulnom együtt élni azzal, ami történt.	1	2	3	4	5
30. Azokon az érzéseken rágódom, amelyeket a helyzet kellett bennem.	1	2	3	4	5
31. Kellemes élményekre gondolok.	1	2	3	4	5
32. Eltervezem, hogy mi lenne a legjobb, amit tehetnék.	1	2	3	4	5
33. Keresem a dolog jó oldalait.	1	2	3	4	5
34. Azt mondom magamnak, hogy rosszabb dolgok is vannak az életben.	1	2	3	4	5
35. Folyamatosan arra gondolok, milyen borzalmas volt a helyzet.	1	2	3	4	5
36. Úgy érzem, a hiba alapvetően másokban van.	1	2	3	4	5

11.1.3. CISS48

CISS-48

A következőkben nehéz, nyomasztó vagy aggasztó helyzetekre adott emberi reakciókat sorolunk fel. Karikázzon be egy számot 1 és 5 között minden állításnál. Jelölje meg, hogy milyen mértékben reagál a megadott módon egy nehéz, bonyolult vagy dühítő helyzetben.

- 1.: Egyáltalán nem jellemző rám
 2.: Nem jellemző rám
 3.: Közepesen jellemző rám
 4.: Jellemző rám
 5.: Nagyon jellemző rám

1. Jobban osztom be az időmet.	1	2	3	4	5
2. A problémára összpontosítok, és végiggondolom, hogyan oldhatnám meg.	1	2	3	4	5
3. A régi szép időkre gondolok.	1	2	3	4	5
4. Megpróbálok másokkal együtt lenni.	1	2	3	4	5
5. Hibáztatom magam a késlekedésért.	1	2	3	4	5
6. Azt teszem, amit a legjobbnak gondolok.	1	2	3	4	5
7. Figyelmemet a saját bajaim kötik le.	1	2	3	4	5
8. Hibáztatom magam, hogy ebbe a helyzetbe kerültem.	1	2	3	4	5
9. Kirakatokat nézegetek.	1	2	3	4	5
10. Végiggondolom, hogy mi a fontos nekem és mi nem.	1	2	3	4	5
11. Megpróbálok aludni.	1	2	3	4	5
12. Kedvenc étellemmel vigasztalom magam.	1	2	3	4	5
13. Aggódom amiatt, hogy nem tudok a problémával megküzdeni.	1	2	3	4	5
14. Nagyon feszültnek érzem magam.	1	2	3	4	5
15. Átgondolom, hogyan oldottam már meg hasonló problémákat.	1	2	3	4	5
16. Azt mondom magamnak, hogy valójában ez nem velem történik.	1	2	3	4	5
17. Hibáztatom magam, hogy érzelmileg túlságosan bevonódom a helyzetbe.	1	2	3	4	5
18. Kimegyek enni valamit.	1	2	3	4	5
19. Nagyon nyugtalan leszek.	1	2	3	4	5
20. Veszek magamnak valamit.	1	2	3	4	5
21. Elhatározom, hogy mit tegyek, és aszerint cselekszem.	1	2	3	4	5
22. Hibáztatom magam azért, mert nem tudom, mit tegyek.	1	2	3	4	5
23. Elmegyek bulizni.	1	2	3	4	5
24. Azon vagyok, hogy megértsem a helyzetet.	1	2	3	4	5

25. „Leblokkolok” és nem tudom mit tegyek.	1	2	3	4	5
26. Próbálok azonnal javítani a helyzetemen.	1	2	3	4	5
27. Átgondolom a helyzetet és megpróbálok tanulni a hibáimból.	1	2	3	4	5
28. Azt kívánom, bárcsak meg tudnám változtatni azt, ami történt, vagy azt ahogy éreztem magam.	1	2	3	4	5
29. Meglátogatom egy barátomat.	1	2	3	4	5
30. Azon idegeskedem, hogy mit tegyek.	1	2	3	4	5
31. Eltöltöm az időt valakivel, aki nagyon fontos számomra.	1	2	3	4	5
32. Elmegyek sétálni.	1	2	3	4	5
33. Azt mondogatom magamnak, hogy ez soha többé nem történhet meg.	1	2	3	4	5
34. Csak a hibáimon gondolkodom.	1	2	3	4	5
35. Beszélek valakivel, akinek adok a véleményére.	1	2	3	4	5
36. Áttekintem a problémát, mielőtt bármit is tennék.	1	2	3	4	5
37. Felhívom egy barátomat.	1	2	3	4	5
38. Dühös leszek.	1	2	3	4	5
39. Átértékelem, hogy mi fontos és mi nem.	1	2	3	4	5
40. Megnézek egy filmet.	1	2	3	4	5
41. Kézbe veszem a helyzetet.	1	2	3	4	5
42. További erőfeszítést teszek a dolgok elintézésére.	1	2	3	4	5
43. Különböző megoldásokat találok ki a problémára.	1	2	3	4	5
44. Szünetet tartok és kilépek a helyzetből.	1	2	3	4	5
45. Másokon vezetem le az idegességemet.	1	2	3	4	5
46. Arra használom a helyzetet, hogy bebizonyítsam, képes vagyok megoldani.	1	2	3	4	5
47. Megpróbálok összeszedni magam, hogy a helyzet magaslatán legyek.	1	2	3	4	5
48. Tévét nézek.	1	2	3	4	5

11.1.4. VRK

Kérlek az állításoknál írja le azt a számot, amiről úgy gondolja, hogy legjobban jellemzi Önt, vagy azt, ahogyan cselekedne. Bármilyen válasz helyes, amennyiben az a véleményét tükrözi. **FONTOS, hogy minden kérdésre válaszoljon!!**

Az állításokat 5 fokú skálán értékelje, ahol: **1 az egyáltalán nem igaz Önre, 2 az inkább nem igaz, 3 az igen is/nem is, 4 az inkább igaz, 5 a teljes mértékben igaz Önre**

1. Szeretem a kihívásokat, kalandokat, megpróbáltató feladatokat.	1	2	3	4	5
2. Amikor hosszabb időn át szól a tűzriadó, mindig ledermedek, még ha tudom is, hogy csak próba.	1	2	3	4	5
3. Ha elütnék a zebrán előttem haladó gyalogost, valószínűleg földre gyökerezne a lábam és mozdulni sem bírnék.	1	2	3	4	5
4. Szívesen kipróbálnám extrém foglalkozások üzését (pl. tűzoltó, katona, mentő, stb.).	1	2	3	4	5
5. Vonzanak az extrém dolgok, ahol igazán felpöröghetek.	1	2	3	4	5
6. Ha egy láthatóan ellenséges, hatalmas kutya szaladna felém, biztosan gondolkodni sem tudnék.	1	2	3	4	5
7. Ha este egy kihalt utcán sétálok egyedül és valami neszt hallok, tehetetlennek érzem magam és előnt a pánik.	1	2	3	4	5
8. Ha tűz ütne ki a házban, ahol élek és érezném a meleget és a füstöt, valószínűleg úgy lesokkolna, hogy arra várnék, valaki mentsen meg.	1	2	3	4	5
9. Ha egy helyzet túlságosan szorongatóvá, negatívvá és félelmetessé válik, akkor sem esek szét, hanem képes maradok aktívan cselekedni.	1	2	3	4	5
10. A magas adrenalin szint nem rossz érzés számomra, sőt úgy érzem, akkor hatékonyabban teljesítek.	1	2	3	4	5
11. Hiányérzetem van, ha sokáig nem történik velem semmi kockázatos.	1	2	3	4	5
12. Amikor valahol egy katasztrófa képeit látom előnt a tehetetlenség és a félelem.	1	2	3	4	5
13. Amikor arról olvasok, hogy valakit megtámadtak az utcán vagy egy szórakozóhelyen, megijedek és úgy érzem, hogy ha velem történe hasonló, tehetetlen lennék.	1	2	3	4	5
14. Úgy érzem képtelen lennék egy katasztrófa közepette logikus és ésszerű döntéseket hozni.	1	2	3	4	5
15. Úgy érzem egy pánikoló tömegben is képes lennék higgadt és cselekvőképés maradni.	1	2	3	4	5
16. Szívesen kipróbálnám magam egy olyan veszélyes helyzetben, ahol csak magamra számíthatok (pl. ejtőernyős ugrás, cápákkal úszás, hegymászás, mentés, stb.).	1	2	3	4	5
17. Szükséghelyzetben azonnal felállítom a tennivalók fontossági sorrendjét.	1	2	3	4	5
18. Vészhelyzetben könnyedén ki tudom zárni a zavaró ingereket.	1	2	3	4	5
19. Nem kérem ki mások véleményét, azonnal cselekszem, ha szükséges.	1	2	3	4	5
20. Akkor is jól tudok dönteni, ha hirtelen kell cselekednem.	1	2	3	4	5
21. Váratlan helyzetekben azonnal cselekszem.	1	2	3	4	5
22. Könnyen bepánikolok.	1	2	3	4	5
23. Váratlanul adódó helyzetekben is könnyen kiismerem magam.	1	2	3	4	5
24. Tartok a szokatlan, fenyegető helyzetektől.	1	2	3	4	5
25. Pánikhelyzetben fizikai rosszulletet érzek, akár el is ájulok.	1	2	3	4	5
26. Keresem a félelmetes helyzeteket, mert örömet lelem bennük.	1	2	3	4	5
27. Általában fenyegető szituációban hatalmába kerít a szorongás.	1	2	3	4	5
28. Kevésbé fenyegető helyzetek is lesokkolnak.	1	2	3	4	5
29. Minél negatívabb helyzetben vagyok, annál kevésbé érzem magam tettre késznek.	1	2	3	4	5
30. Úgy érzem, hogy átlagon felüli izgalmi állapot kell ahhoz, hogy jól teljesítsek.	1	2	3	4	5

11.1.5. YSC

Young Séma Kérdőív

Az alábbi lista olyan állításokat tartalmaz, melyek segítségével bárki jellemezheti saját magát. Kérjük, olvassa el az egyes állításokat, és értékelje, hogy mennyire illenek Önre. Amennyiben bizonytalan, választát arra alapozza, amit igaznak *érez*, és ne *mérlegelés* alapján döntsön.

- 1 = Egyáltalán nem igaz rám
- 2 = Többnyire nem igaz rám
- 3 = Valamivel többször igaz, mint nem igaz rám
- 4 = Valamennyire igaz rám
- 5 = Többnyire igaz rám
- 6 = Tökéletesen igaz rám

Ed.

- 1. Az emberek nem elérhetőek érzelmi szükségleteim kielégítésére.
- 2. Nem kaptam szeretet és figyelmet.
- 3. Többnyire nem volt senkim, akihez tanácsért vagy érzelmi támogatásért fordulhattam volna.
- 4. Többnyire nem volt senkim, aki gondoskodott volna rólam, megosztotta volna velem az életét, vagy igazán érdekelte volna minden, ami velem történik.
- 5. Életem során legtöbbször nem volt olyan személy, aki közeledni próbált volna hozzám, és sok időt szánt volna arra, hogy együtt legyünk.
- 6. Általában nem voltak olyan emberek, akik melegséget, biztonságot, és szeretetet adtak volna.
- 7. Életem során többnyire nem éreztem, hogy valaki számára különösen fontos vagyok.
- 8. Többnyire nem volt olyan személy, aki valóban meghallgatott és megértett volna, tisztában lett volna valódi szükségleteimmel, érzelmeimmel.
- 9. Ritkán volt részem abban, hogy egy rátermett személy igaz tanácsot és útmutatást nyújtott volna, amikor nem tudtam, mihez kezdjek.

Ab.

- 10. Aggódok, hogy azok, akiket szeretek hamarosan meghalnak, annak ellenére, hogy nincs olyan egészségügyi problémájuk, ami ezt indokoltá tenné.
- 11. Azt veszem észre, hogy a hozzám közel állókhoz betegesen ragaszkodom, mert attól félek, hogy el fognak hagyni.
- 12. Aggódok, hogy szeretteim elhagynak, vagy elhanyagolnak.
- 13. Úgy érzem, nincsen stabil érzelmi támaszom.
- 14. Nem hiszem, hogy a fontos kapcsolatok örökké tartanak, azt hiszem, előbb-utóbb véget érnek.
- 15. A függőségig ragaszkodom az olyan partnerkapcsolatokhoz, ahol a másik fél nem tudja elkötelezni magát irányomban.
- 16. Végül, azt hiszem, egyedül maradok.
- 17. Kétségbe esek, mikor azt érzem, hogy egy szeretett személy kezd eltávolodni tőlem.
- 18. Néha annyira félek, hogy elhagynak, hogy inkább elüldözöm magamtól az embereket.
- 19. Nagyon felzaklat, ha valaki elhagy, akár csak rövid időre is.
- 20. Nem számíthatok arra, hogy azok, akik támogatnak, rendszerint velem lesznek, amikor erre szükségem van.
- 21. Nem engedhetem meg magamnak, hogy túl közel kerüljek másokhoz, mert soha sem lehetek biztos benne, hogy mindig mellettem lesznek, amikor kell.
- 22. Úgy tűnik, az életemben legfontosabb szerepet játszó személyek mindig jönnek és mennek.
- 23. Sokat aggódok amiatt, hogy az általam szeretett személyek találnak valakit, akit nálam jobban szeretnek, és elhagynak.
- 24. A hozzám közel állók mindig nagyon kiszámíthatatlanok voltak. Egyik percben figyelmesek és kedvesek, a másikban haragosak, zaklatottak, magukba zárkoznak, veszekszenek stb.
- 25. Annyira szükségem van másokra, hogy aggódok, mi lesz, ha elveszítem őket.
- 26. Annyira védtelennek érzem magam, ha nincs mellettem valaki, aki megvédjen, hogy sokszor aggódok, elveszíthetem támaszaimat.
- 27. Nem adhatom igazán önmagamot, és nem fejezhetem ki azt, aki valójában vagyok, mert akkor elhagynának.

Ma.

28. ___ Úgy érzem, ki akarnak használni.
29. ___ Gyakran úgy érzem, meg kell védenem magam másoktól.
30. ___ Úgy érzem, mások jelenlétében nem engedhetem el magam igazán, mert akkor szándékosan bántani próbálnának.
31. ___ Ha valaki kedvesen viselkedik velem, feltételezem, hogy akar valamit.
32. ___ Csak idő kérdése, mielőtt valaki elárul.
33. ___ A legtöbb ember mindig csak magára gondol.
34. ___ Nehezemre esik, hogy megbízzam másokban.
35. ___ Elég gyanakvó vagyok mások hátsó szándékait illetően.
36. ___ A legtöbb ember ritkán őszinte, és általában nem az, aminek látszik.
37. ___ Általában próbálok kitalálni, mi lehet a másik hátsó gondolata.
38. ___ Ha azt gondolom valakiről, hogy bántani akar, igyekszem, hogy én üssek először.
39. ___ Ha valaki azt akarja, hogy megbízzam benne, előbb be kell bizonyítania a jó szándékát.
40. ___ Próbára teszem az embereket, hogy lássam, igazat mondanak-e, és valóban jó szándékkal közelednek hozzám.
41. ___ Hiszek a mondásban: Uralkodj, vagy mások fognak uralkodni rajtad.
42. ___ Elönt a harag, ha arra gondolok, hogy életem során milyen sokan bántak méltánytalanul velem.
43. ___ Életem során a hozzám közel állók kihasználtak, vagy felhasználtak saját céljaik érdekében.
44. ___ Számomra fontos személyek testileg, érzelmileg vagy szexuálisan bántalmaztak.

Si.

45. ___ Nem illek sehova.
46. ___ Alapvetően más vagyok, mit a többi ember.
47. ___ Nem tartozom sehova; magamnak való vagyok.
48. ___ Úgy érzem, a többi ember számára idegen vagyok.
49. ___ Elszigeteltnek és magányosnak érzem magam.
50. ___ Mindig csoporton kívülinek érzem magam.
51. ___ Senki sem ért meg igazán.
52. ___ A családom mindig is különbözött a környezetünkben élő más családoktól.
53. ___ Néha úgy érzem magam, mint egy földön kívüli.
54. ___ Ha holnap eltűnnék, senki sem venné észre.

Ds.

55. ___ Senki, akire vágyom, nem kívánna, nem szeretne, ha ismerné a hiányosságaimat.
56. ___ Senki, akire vágyom, nem maradna a közelemben, ha megismerné valódi énemet.
57. ___ Alapvetően hibás, és tökéletlen vagyok.
58. ___ Bárhogyan is próbálok, úgy érzem, képtelen vagyok elnyerni egy számomra fontos nő/férfi megbecsülését, vagy elismerését.
59. ___ Nem érdemlem meg mások szeretetét, figyelmét, és megbecsülését.
60. ___ Úgy érzem, nem vagyok méltó a szeretetre.
61. ___ Alapvető tulajdonságaim túlságosan elfogadhatatlanok ahhoz, hogy felfedjem magam mások előtt.
62. ___ Ha valaki felfedzné alapvető hibáimat, nem tudnék többé a szemébe nézni.
63. ___ Ha valaki kedvel, úgy érzem, félrevezettem.
64. ___ Azt hiszem, vonzódok az olyan emberekhez, akik keményen kritizálnak, és elutasítanak.
65. ___ Vannak olyan mély titkaim, melyekről nem szeretném, ha a hozzám közel állók tudomást szereznének.
66. ___ Az én hibám, hogy a szüleim nem tudtak eléggé szeretni.
67. ___ Nem hagyom, hogy az emberek felfedezzék a valódi énemet.
68. ___ Egyik legnagyobb félelmem, hogy felfedezik a hibáimat.
69. ___ Nem értem, hogyan szerethetne engem bárki.

Su.

70. ___ Nem vagyok szexuálisan vonzó.
71. ___ Túl kövér vagyok.
72. ___ Csúnya vagyok.
73. ___ Nem tudok normálisan lefolytatni egy beszélgetést.
74. ___ Társasági helyzetben buta és unalmas vagyok.

75. ___ Azok az emberek, akiket tisztelve, nem állnának szóba velem, alacsony társadalmi helyzetem miatt (pl. gazdasági helyzetem, iskolázottságom, karrierem miatt).
 76. ___ Soha nem tudom, mit kellene éppen mondanom.
 77. ___ Az emberek nem akarják, hogy a körükhöz tartozzam.
 78. ___ Mások jelenlétében nagyon zavarban vagyok.

Fa.

79. ___ Szinte semmi, amit a munkahelyemen (iskolában) csinállok, nem annyira jó, mint amit mások meg tudnak csinálni.
 80. ___ Ha teljesítenem kell, nem tudok megfelelni.
 81. ___ A legtöbb ember nálam többre képes a munka, és a teljesítmény terén.
 82. ___ Mindig kudarcot vallok.
 83. ___ Nem vagyok olyan tehetséges a munkámban, mint a legtöbb ember.
 84. ___ Ha munkáról (iskoláról) van szó, nem vagyok olyan intelligens, mint legtöbben.
 85. ___ A munka területén érő kudarcok és hiányosságok miatt megalázva érzem magam.
 86. ___ Gyakran szégyenkezem mások előtt, mert teljesítményem nem mérhető az övékhez.
 87. ___ Gyakran összevetem a teljesítményemet másokéval, és azt érzem, hogy ők sokkal sikeresebbek nálam.

Di.

88. ___ Úgy érzem, egyedül nem tudok elboldogulni a mindennapi életben.
 89. ___ Ahhoz hogy boldoguljak, szükségem van mások segítségére.
 90. ___ Nem hiszem, hogy egyedül is jól elboldogulnék.
 91. ___ Azt hiszem, mások jobban tudnak gondoskodni rólam, mint én magam.
 92. ___ A munkahelyemen kívül nehezen birkózom meg az új feladatokkal, hacsak nem segít valaki eligazodni.
 93. ___ Úgy gondolom, hogy a hétköznapi életben másoktól függő személy vagyok.
 94. ___ Mindent elrontok, amihez csak nyúlok, és nem csak a munkámban (az iskolában).
 95. ___ Az élet legtöbb területén ostoba vagyok.
 96. ___ Ha a hétköznapi helyzetekben saját ítélőképességemben bízom, rossz döntéseket hozok.
 97. ___ Nincs józan ítélőképességem.
 98. ___ A hétköznapi életben nem támaszkodhatom saját véleményemre.
 99. ___ Nem érzem magam képesnek a mindennapi életben felmerülő problémák megoldására.
 100. ___ Úgy érzem, szükségem van egy megbízható személyre, aki tanácsot ad gyakorlati kérdésekben.
 101. ___ Inkább gyereknek, mintsem felnőttnek érzem magam, amikor hétköznapi feladataimat kell elintézni.
 102. ___ A mindennapi élet feladatait rendkívül megterhelőnek érzem.

Vh.

103. ___ Úgy tűnik, nem tudok megszabadulni a gondolattól, hogy bármelyik percben történhet valami.
 104. ___ Úgy érzem, bármelyik percben jöhet valami katasztrófa (természeti, bűncselekmény, gazdasági, vagy egészségügyi).
 105. ___ Attól félek otthontalanná, vagy csavargóvá válok.
 106. ___ Félek, hogy megtámadnak.
 107. ___ Úgy érzem, igen óvatosan kell bánnom a pénzzel, máskülönben a végén földönfutóvá válok.
 108. ___ Nagyon elővigyázatos vagyok, nehogy megbetegedjem, vagy megsebesüljek.
 109. ___ Attól félek, hogy minden pénzesemet elvesztem, és nyomorogni fogok.
 110. ___ Aggódok, hogy valami komoly betegségem van, annak ellenére, hogy semmi ilyesmit nem mondott az orvosom.
 111. ___ Félelemmel teli ember vagyok.
 112. ___ Sokat aggódok a világban történő rossz dolgok miatt: bűnözés, környezetszennyezés, stb.
 113. ___ Gyakran úgy érzem, hogy megbolondulok.
 114. ___ Gyakran úgy érzem, hogy mindjárt rám tör egy szorongásos roham.
 115. ___ Gyakran aggódok, hogy szívinfarktusom lesz, annak ellenére, hogy szinte semmi okom az aggodalomra.
 116. ___ Úgy érzem, a világ veszélyes.

Em.

117. ___ Nem tudtam olyan mértékben leválni a szüleimről, mint ahogy ezt - látszólag - a velem egykorú emberek tették.

118. ___ A szüleim és én túlságosan is hajlamosak vagyunk beleszólni egymás életébe és problémáiba.
119. ___ A szüleimnek és nekem nagyon nehezen megy, hogy büntudat és csalódás érzése nélkül bármilyen intim apróságot elhallgassunk egymás elől.
120. ___ A szüleimnek és nekem naponta kell beszélünk egymással, e nélkül valamelyik félre rátör a büntudat, sértődés, csalódás, vagy magányosság érzete.
121. ___ Gyakran érzem, hogy nincs saját identitásom, ami elkülönítene a szüleimtől vagy a partneremtől.
122. ___ Gyakran érzem, hogy a szüleim rajtam keresztül élnek – nincs saját, külön életem.
123. ___ Nagyon nehezen tartok távolságot intím kapcsolatokban; nehezen tudom megőrizni azt az érzést, hogy saját független személyiségem van.
124. ___ Annyira belefolyok a szüleim, és partnerem életébe, hogy nem is tudom, ki vagyok, és mit akarok.
125. ___ Nehezemre esik, hogy elkülönítsem saját nézőpontomat a szüleim vagy partnerem nézőpontjától.
126. ___ Gyakran érzem, hogy a szüleimtől, vagy partneremtől nincs független magánéletem.
127. ___ Úgy érzem, hogy a szüleimet nagyon bántja, vagy bántaná, ha egyedül, tőlük függetlenül élek/nék.
- Sb.**
128. ___ Hagyom, hogy mások irányítsák a dolgokat, mert félek vállalni a következményeket.
129. ___ Azt hiszem, sok bajom származna abból, ha azt csinálnám, amit akarok.
130. ___ Úgy érzem, nincs más választásom, mint hogy mások kéréseire beadjam a derekam, különben valamilyen módon megtorolnák, vagy elutasítanak.
131. ___ Kapcsolataimban hagyom, hogy a másik fél diktáljon.
132. ___ Mindig hagytam, hogy mások hozzanak döntéseket helyettem, így valójában nem tudom, hogy én magam mit akarok.
133. ___ Úgy érzem, életem legfontosabb döntéseit nem én magam hoztam.
134. ___ Nagyon odafigyelek, hogy eleget tegyck mások kívánságának, hogy ne utasítsanak el.
135. ___ Nehezemre esik, hogy megköveteljem saját jogaim tiszteletben tartását, és érzelmeim figyelembe vételét.
136. ___ Ahelyett, hogy kimutatnám a haragom, különféle apró húzásokkal bosszulom meg sérelmeimet.
137. ___ A konfliktus elkerülésének érdekében sokkal tovább megyek, mint más emberek.
- Ss.**
138. ___ Mások szükségleteit előbbre helyezem a sajátjaimnál, különben büntudatot érzek.
139. ___ Büntudatot érzek, ha másokat cserbenhagyok, vagy csalódást okozok.
140. ___ Többet nyújtok másoknak, mint amennyit én kapok.
141. ___ Legtöbbször végül én vagyok az, aki gondoskodik a hozzám közel állókról.
142. ___ Szinte semmi sincs, amit ne tudnék elviselni, ha szeretek valakit.
143. ___ Jó ember vagyok, mert másokkal többet törődöm, mint saját magammal.
144. ___ A munkahelyemen általában én végzem el az önkéntes alapon vállalható plusz-munkát, vagy ha kell, ott maradok munkaidő után.
145. ___ Bármilyen sok is a dolgom, másokra mindig van időm.
146. ___ Nagyon kevéssel beérem, mert a szükségleteim minimálisak.
147. ___ Csak akkor vagyok boldog, ha a körülöttem élők boldogok.
148. ___ Annyira lefoglal, hogy szeretteimről gondoskodjak, hogy magamra alig marad időm.
149. ___ Mindig is én voltam az, aki mindenki mást meghallgatott.
150. ___ Kényelmesebben érzem magam, ha én adom az ajándékot, mint ha kapom.
151. ___ Más emberek úgy látják, hogy túl sok mindent teszek meg másokért, és túl keveset magamért.
152. ___ Mindegy milyen sokat adok, az sosem elég.
153. ___ Ha azt csinálom, amit akarok, nagyon kényelmetlenül érzem magam.
154. ___ Nagyon nehezemre esik másokat arra kérni, hogy szükségleteimről gondoskodjanak.
- Ei.**
155. ___ Félek, hogy elveszítem a viselkedésem fölötti uralmam.
156. ___ Aggódok, hogy valakit komolyan bántalmazok, testileg, vagy érzelmileg, ha elszabadul a haragom.
157. ___ Úgy érzem, hogy muszáj kordában tartanom érzelmeimet és az indulataimat, különben valami rossz történhet.
158. ___ Sok harag, és neheztelés gyűlt össze bennem, amit nem fejezek ki.
159. ___ Túlságosan zavarban vagyok, ha pozitív érzelmeimet kell kifejeznie mások előtt (pl. szeretet, törődés kimutatása).
160. ___ Szégyellem kifejezni az érzelmeimet mások előtt.
161. ___ Nehezemre esik, hogy barátságos, és spontán legyek.

162. ___ Annyira uralkodom magamon, hogy az emberek azt hiszik, nincsenek érzelmeim.
163. ___ Az emberek úgy látják, érzelmileg merev vagyok.

Us.

164. ___ Muszáj, hogy mindenben, amit csinálok, a legjobb legyek; nem fogadhatom el a második helyet.
165. ___ Arra törekszem, hogy szinte mindent a legnagyobb rendben tartsak.
166. ___ Szinte mindig a lehető legjobb formát kell nyújtanom.
167. ___ Próbálok a lehető legjobbat nyújtani, a „megfelelő” nem elég jó.
168. ___ Annyi mindent kell elérnem, hogy szinte egyáltalán nincs időm a pihenésre.
169. ___ Szinte semmi sem elég jó, amit csinálok; mindig lehet még jobban.
170. ___ Minden feladatomat teljesítenem kell.
171. ___ Úgy érzem, állandó nyomás alatt állok, hogy teljesítsek, és véghez vigyek dolgokat.
172. ___ A kapcsolataim kárát látják annak, hogy olyan keményen dolgozom.
173. ___ Az egészségem kárát látja, hogy olyan nagy nyomás alá helyezem magam, hogy jól tudjak teljesíteni.
174. ___ Gyakran feláldozom az élvezetet és a boldogságot, hogy megfeleljek saját követelményeimnek.
175. ___ Ha hibázom, szigorú kritikát érdelek.
176. ___ Nem engedhetem meg magamnak, hogy könnyelműen elnézzek magamnak dolgokat, vagy kifogásokat találjak a hibáimra.
177. ___ Erősen versengő beállítottságú vagyok.
178. ___ A pénz és a társadalmi helyzet nagyon fontos szerepet játszik nálam.
179. ___ Teljesítményemnek mindig első rangúnak kell lennie.

Et.

180. ___ Amikor akarok valamit másoktól, nagyon nehezemre esik elfogadni a visszautasítást.
181. ___ Gyakran megharagszom, és ingerült leszek, ha nem kapom meg, amit akarok.
182. ___ Különleges ember vagyok, és nem kell elfogadnom a többi emberre vonatkozó korlátokat.
183. ___ Utálok, ha korlátoznak, vagy visszatartanak attól, hogy azt csináljam, amit akarok.
184. ___ Úgy érzem, nem kellene elvárni, hogy betartsam a normális szabályokat, és azokat a megkötéseket, amelyeket mások betartanak.
185. ___ Úgy érzem, amit én tudok nyújtani, az többet ér mások hozzájárulásánál.
186. ___ Általában a saját szükségleteimet helyezem az első helyre mások szükségleteivel szemben.
187. ___ Gyakran azon kapom magam, hogy annyira lekötnék a saját dolgaim, hogy nem jut időm a barátaimra és a családomra.
188. ___ Gyakran mondogatják nekem, hogy folyton irányítani akarom, hogyan történjenek a dolgok.
189. ___ Nagyon ingerült leszek, ha valaki nem teljesíti a kérésemet.
190. ___ Nem tűröm el, hogy mások mondják meg, mit csináljak.

Is.

191. ___ Nagyon nehezemre esik, hogy leszokjam az ivásról, dohányzásról, túlevésről, vagy más káros viselkedésről.
192. ___ Úgy tűnik, képtelen vagyok erőt venni magamon, hogy elvégezzek egy unalmas vagy rutin feladatot.
193. ___ Gyakran megtörténik, hogy lobbanékonyan viselkedem, vagy szabadon kifejezem az érzelmeimet, amivel bajba sodrom saját magam, és megbántok másokat.
194. ___ Ha nem sikerül elérnem a célt, könnyen frusztrált leszek, és feladom.
195. ___ Nagyon nehezemre esik, hogy az azonnali kielégülést feláldozzam egy hosszú-távú cél elérése érdekében.
196. ___ Gyakran megtörténik, hogy miután dühbe gurultam, már nem tudok uralkodni magamon.
197. ___ Gyakran túlzásba viszem a dolgokat, bár tudom, hogy ez ártalmas nekem.
198. ___ Könnyen elunom magam.
199. ___ Amikor egy feladat nehezzé válik, általában nem tudok kitartani, és félbe hagyom.
200. ___ Semmire sem tudok sokáig odafigyelni.
201. ___ Nem tudom magam arra kényszeríteni, hogy olyasmit csináljak, amit nem élvezek. Még akkor sem, ha tudom, hogy ez a jól felfogott érdekem.
202. ___ A legkisebb sértésre is elvesztem a fejem.
203. ___ Ritkán tudtam betartani elhatározásaimat.

204. ___ Szinte sosem tudom visszafogni magam, hogy elrejtsem az emberek elől valódi érzéseimet, függetlenül attól, hogy ennek mi az ára.
 205. ___ Gyakran viselkedem lobbanékonyan, amit később megbánok.

As.

206. ___ Fontos számomra, hogy szinte mindenki, akit ismerek, szeressen.
 207. ___ Azért hogy jobban szeressenek, attól függően változtatok magamon, hogy éppen kivel vagyok.
 208. ___ Keményen küzdök, hogy elfogadtassam magam.
 209. ___ Önbecsülésem elsősorban azon múlik, hogy mások milyenek tartanak.
 210. ___ Ha van pénzem, és fontos embereket ismerek, úgy érzem, értékesebb vagyok.
 211. ___ Sok időt töltök külsőm ápolásával, hogy értékesnek tartsanak az emberek.
 212. ___ A teljesítmény akkor ér a legtöbbet számomra, ha mások is észreveszik.
 213. ___ Annyira figyelek arra, hogy elfogadtassam magam másokkal, hogy néha nem is tudom, ki vagyok.
 214. ___ Nehezemre esik célokat tűzni magam elé anélkül, hogy figyelembe venném mások véleményét a választásomról.
 215. ___ Ha visszatekintek életem fontos döntéseire, azt látom, hogy többnyire arra gondoltam: másoknak tetszeni fog, amit teszek.
 216. ___ Azt akarom, hogy szeressenek, még azok is, akiket nem kedvelek.
 217. ___ Ha nem kapok másoktól elég figyelmet, kevésbé fontosnak érzem magam.
 218. ___ Ha egy gyűlésen felszólalok vagy bemutatnak egy találkozón, alig várom, hogy elismerésben részesüljek és csodáljanak.
 219. ___ Sok dicsőretrre és bókra van szükségem, hogy értékesnek érezzem magam.

Np.

220. ___ Még ha jól is mennek a dolgok, azt érzem, hogy ez csak átmeneti.
 221. ___ Ha valami jó történik, aggódom, hogy valószínűleg valami rossz fogja követni.
 222. ___ Nem lehet az ember elég elővigyázatos; szinte mindig akad valami, ami rosszul sül el.
 223. ___ Bármennyire keményen dolgozom, aggódom, hogy anyagilag teljesen tönkremehetek.
 224. ___ Aggódom, hogy egy rossz döntés katasztrófához vezethet.
 225. ___ Gyakran kisebb döntéseken is sokat rágódom, mert ha hibát követek el, annak komoly következményei lehetnek.
 226. ___ Jobban érzem magam, ha eleve feltételezem, hogy a dolgok nem fognak sikerülni, így nem fogok csalódnni, amikor bekövetkezik a kudarc.
 227. ___ Többet foglalkozom az élet, és a velem történt dolgok negatív oldalával, mint a pozitívval.
 228. ___ Hajlamos vagyok a pesszimizmusra.
 229. ___ A hozzám közelálló aggodalmaskodónak tartanak.
 230. ___ Ha az emberek túlságosan lelkesednek valamiért, kellemetlenül kezdem magam érezni, és úgy érzem, figyelmeztetnem kell őket a fenyegető veszélyekre.

Pu.

231. ___ Ha hibázom, megérdemlem a büntetést.
 232. ___ Ha nem adok bele mindent, számíthatok a bukásra.
 233. ___ Ha hibázom, nincs bocsánat.
 234. ___ Akik nem veszik ki a részüket a munkából, azokat meg kell büntetni.
 235. ___ Többnyire nem fogadom el mások kifogásait. Egyszerűen csak nem akarják felvállalni a felelőségüket, és nem akarnak fizetni a következményekért.
 236. ___ Ha nem végzem el a munkámat, számolnom kell a következményekkel.
 237. ___ Gyakran eszembe jutnak az általam elkövetett hibák, és dühös leszek magamra.
 238. ___ Ha valaki valami rosszat követ el, nehezemre esik alkalmazni a „Felejtsd el és bocsásd meg!” elvét.
 239. ___ Még az után is neheztelek, hogy valaki bocsánatot kért.
 240. ___ Felidegesít, ha arra gondolok, hogy valaki túl könnyen megúszott valamit.
 241. ___ Megharagszom, ha valaki kifogásokat talál maga számára, és másokat vádol problémái miatt.
 242. ___ Nem számít, miért követtem el a hibát, amikor valamit rosszul csinállok, meg kell fizetnem az árát.
 243. ___ Sokszor leszidom magam azokért a dolgokért, amiket elrontottam.
 244. ___ Rossz ember vagyok, aki megérdemli a büntetést.

11.2. A KUTATÁS ETIKAI ENGEDÉLYE



PSZICHOLÓGIAI KUTATÁSOK EGYESÜLT ETIKAI BÍRÁLÓ BIZOTTSÁGA

Etikai Engedély

A Pszichológiai Kutatások Egyesült Etikai Bíráló Bizottsága (EPKEB) átnézte és a Pécsi Tudományegyetem Általános és Evolúciós Pszichológia Tanszék intézetének megbízásából adja ki a következő etikai engedélyt:

Jelentkező: Sebestyén Árpád

Témavezető (ha a jelentkezőnek nincs PhD fokozata): Dr. habil. Révész György és Dr. Deák Anita

Kutatás címe: A magyarországi vészhelyzet-kezelési beavatkozó állomány érzelmi, mentális, kognitív sajátosságai és annak összefüggései a katasztrófa – krízisintervenció vonatkozásában

Referencia szám: 2017/22

Engedélyezés dátuma: 2017. február 28.

Jelen engedély kiállításában az EPKEB a pszichológiai kutatások nemzetközi etikai követelményeit követte.

2017. február 28.

soros EPKEB Elnök

dátum

Dr. Miklósi Ádám, ELTE TTK Etológia Tanszék

e-mail: epkeb@cogsci.ceu.edu, amiklosi62@gmail.com

web: etologia.elte.hu

székhely/levelezési cím: Budapest, 1117, Budapest, Pázmány Péter sétány 1/C.

11.3. A KOGNITÍV ÉRZELEM-REGULÁCIÓS KÉRDŐÍV SOKSZOROSÍTÁSI, HASZNÁLATI ENGEDÉLYE

CERQ for research approved



service@datec.nl
Címzett: Ön és info@datec.nl

16:47

...

Dear Sebestyén, árpád

Your request for the use of the CERQ has been approved

[You can download the CERQ here.](#)

The password is "JjCe9LXWD565LUmM".

Please only download the files you have permission for. The password changes regularly, don't wait too long for obtaining your downloads.

This mail has been automatically generated, please do not reply directly.

For more information mail to [Nadia Garnefski](#) or [Vivian Kraaij](#)