

LELKI EGÉSZSÉGVÉDELEM A KULTURÁLT RENDÉSZETÉRT³⁰⁶

„Sok van mi csodálatos, de az embernél nincs semmi csodálatosabb”
(Szophoklész: Antigoné)

A lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) szemlélete és mozgalma a XX. század elején egy Clifford Beers nevű amerikai üzletember saját elmeosztályos élményei nyomán indult el és vált mára korszerű, a lelki kiegyensúlyozottság kialakítását célzó és a pszichiátriai betegségeket részben megelőző, részben humánus segítői és gyógyítási szemléletté.

Az önmagával és a környezetével egyaránt tartós harmóniában létezés a személyiségfejlődés Erikson-i fejlődési modellje, illetőleg az erre ráépülő élethelyzeti és/vagy életeseményekhez kötött krízisállapotok tanulmányozása arra világított rá, hogy élethossziglan tartó lelki kiegyensúlyozottság szinte elképzelhetetlen. A psziché működését lélektani válságok kísérik és ezek pszichiátriai tünetképző ereje különösen akkor nagy, ha genetikai terheltséggel és az elsődleges családi szocializációs közegben meglévő zavarokkal is számolni kell.

Kétféle lélektani krízis különíthető el: fejlődési krízis, ill. akcidentális krízis. Fejlődési (normatív) krízis (Erikson-1950): A személyiségfejlődés során a személyiség egyes szakaszokban megnyilvánuló jellegzetességei, fejlődése formálják az identitást, ezek egymásra épülő sorrendben követik egymást. Az új életszakasz új feladatok megoldását követeli meg, a régi, korábbi megoldásmódok már elérvénytelenedtek, az újak még nem elég hatékonyak. Új konfliktusmegoldó stratégiákat szükséges kidolgozni, mozgósítani. Akcidentális (járulékos) krízis: Váratlanul, hirtelen előforduló életesemények által kiváltott (reaktív) lélektani válságállapot. Sok tényező alakítja, hogy milyen típusú esemény mikor, milyen összefüggésrendszerben és kinél vált ki kritikus helyzetet. A kiváltó eseményeken leggyakrabban megtalálhatók a kudarc, a veszteség, a veszély jellegzetességei. A krízis lényeges eleme tehát a tárgyvesztés, vagyis az érzelmileg kitüntetett fontos személy, dolog, érzés, ügy, testi épség, egészség, stb. elvesztése. Egy-egy krízishelyzetben halmozódhatnak a veszteségek, amelyek a vészhelyzet erősségét, érzelmi kitüntettségét és egyben az elszenvető reakcióját is befolyásolják.

Adott társadalmi és bizonyos szervezeti közegekben –így a rendvédelemben is - reményt keltő mentálhigiénézés ígéret rejlik a pszichológiai kultúráltság folyamatos fejlődésében, amely a pszichológiai ismeretek terjedését, bizonyos pszichológiai készségek, megértési módok akár felnőttkori széleskörű elsajátítását, megtanulását jelentik.

³⁰⁶ Ez az írás az 2009-ben megjelent belső pszichológus szakemberek által írt „A rendvédelmi pszichológiai tevékenység szakmai protokollja” vonatkozó klinikai pszichológiai fejezetére épül. A tanulmány alapját képező „A rendvédelmi klinikai pszichológiai tevékenység szakmai protokollja” c. fejezetet írták: Futóné dr Kartai Zsuzsanna pszichiáter, pszichoterapeuta, Vizinger Erzsébet krízistanácsadó szakpszichológus, András Zsuzsanna klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, igazságügyi klinikai szakpszichológus

A magyarországi társadalmi és jogi környezet elvárásai erőteljes nyomást gyakorolnak a rendészeti szervekre a szakszerű, jogszerű, eredményes és nem utolsó sorban kulturált feladatellátás kikényszerítésére vonatkozóan. A szolgálati személyek és csoportok munkavégzésében a tudásalapú szakszerűségen túl tehát hangsúlyos szerepet kell kapjon az emberi-pszichés tényező is. A lelki kiegyensúlyozottság állapota általában, de különösen fokozott stresszt jelentő szolgálati feladatok végzésében kívánatos. Ezen szükségesség mentén kerül szervezetünkben a komplex pszichológiai ellátáson belül a lelki egészségvédelmet biztosító klinikai pszichológiai tevékenység fókuszába a rendvédelemben dolgozó, szolgálati tevékenységet folytató személy, ill. csoport. Fontos kiemelni, hogy a rendvédelemben szolgálati feladatokat ellátó személyekre, csoportokra a civil szférában dolgozókhöz képest más jellegű szervezeti-munka-emberi terhelések hárulnak: szigorúan hierarchikus szerveződésű parancsuralmi rendszerben dolgoznak; szolgálati feladataikat nagyrészt az állampolgárokkal kapcsolatos intézkedések keretében végzik; jogszabályok, szervezeti és szakmai szabályzók alapján kötelesek tevékenykedni; akár szélsőséges stresszhelyzeteket élnek át. Emellett esendő emberként élik magánéletüket. A lelki egészségvédelem célja tehát a feladatellátáshoz szükséges pszichés egyensúly folyamatos biztosítása a szolgálati személyek és a csoportok részére (elsődlegesen a prevenció, ill. a gyógykezelés és a rehabilitáció).

A rendvédelmi szervezetben a lelki egészségvédelem alapvetően három klinikai pszichológiai tevékenységformán keresztül valósul meg az állomány részére: krízisintervenció, krízisellátás; mentálhigiénés gondozás, tanácsadás, pszichoterápiás kezelés, pszichológiai rehabilitáció; a kiegészítő szindróma (burnout) megelőzése és kezelése.

1. Krízisintervenció, krízisellátás

A klinikai pszichológiai tevékenység arra irányuló célzott törekvése, hogy a magánélettel és/vagy a szolgálati feladatokkal összefüggésben kialakult lélektani krízisállapot (akár egyéni, akár csoportos) a segítő beavatkozásnak köszönhetően a felismerést követően mihamarabb oldódjon és ezáltal új pszichés egyensúlyi állapot jöjjön létre, amely lehetővé teszi a szolgálatellátást és a szociális visszailleszkedést.

A rendvédelmi szervek állománya életkori sajátosságait és a gyakorlati tapasztalatokat figyelembe véve a fiatal felnőtt és a felnőttkor (ezen belül: életközepi - midlife) fejlődési krízisei a leggyakoribbak. Az akcidentális krízisek kiváltói részben a szervezeti feladatokkal, részben a magánélettel függnek össze. A szolgálatellátás leggyakrabban traumatizáló eseményei: intézkedés során mások halálával és/vagy egészségkárosodásával szembesülés, katasztrófa-elhárításban való részvétel, közlekedési baleset, vízi baleset, haláleset, öngyilkosság. Magánéleti események: párkapcsolati, házassági problémák, válás, gyermekekkel és/vagy szülőkkel kapcsolatos problémák, hozzátartozó, barát, munkatárs halála, betegséggel való szembesülés, munkahely, beosztás elvesztése, lakóhely változtatása, felnövekvő gyermekek elhagyják a családi otthont („üres fészek”).

1.1. A krízisintervenció, krízisellátás munkaformái:

A) Az S.O.S. személyes és telefonos tanácsadó és lelki segély rendszer működtetése

B) Szuicídiummal kapcsolatos tevékenység: Az öngyilkosságok kapcsán végrehajtandó pszichológiai feladatvégzés a komplex feldolgozást segítő (prevenció,

öngyilkossági szándék kijelentése, kísérlet, befejezett öngyilkossági cselekmény, egyéni és csoportos pszichológiai feldolgozás, esettanulmány készítése) egységesen a szuicídiummal kapcsolatos szakmai protokoll alapján történik

C) Rendkívüli eseményekhez kapcsolódó klinikai pszichológiai tevékenység

D) A fogdák és az őrzött szállások klinikai pszichológiai biztosítása

E) A szolgálatellátás és az intézkedések során keletkező traumák feldolgozása egységes protokoll szerint valósul meg: A rendvédelemben dolgozók intézkedéseik során kerülhetnek olyan helyzetben, melyben trauma érheti őket, gondolhatunk itt katasztrófák során tett intézkedésekre, közlekedési és vízi balesetekre, öngyilkossági és gyilkossági helyszíneken való munkavégzésre. A traumák sokszor nem is kerülnek nyilvánosságra, de hosszabb távon hatással vannak a dolgozó munkaképességére, és feldolgozás nélkül pszichés megbetegedést okozhatnak. Annak érdekében, hogy ezeket megelőzzük, a pszichológiai szakterület csoportos foglalkozásokat tart az állomány részére. A foglalkozások során az állomány tagjai ismereteket szereznek a pszichés megterhelésekről és hatásairól, valamint foglalkozunk azzal is, hogy fejlesszük megküzdő képességüket, megelőzve ezzel a későbbi megbetegedéseket. Mivel a feldolgozatlan traumák gyakran vezetnek szenvedélybetegségbe meneküléshez, fontos hogy szót ejtsünk a drog, dohányzás, alkohol és játékfüggőség hatásairól és ezek kezelési lehetőségeiről is. Amennyiben az állomány már vett részt ilyen megterhelő intézkedési helyzetben, a csoportos foglalkozás keretében lehetőség nyílik a tapasztalatok feldolgozására is.

A feldolgozás első lépéseként visszaállítjuk a biztonság érzését, ami nagyon gyakran sérül, hiszen a személy azt éli át, hogy a világ veszélyes és fenyegető. Második lépésként felelevenítjük a történeteket és a hozzá kapcsolódó érzéseket, majd azzal foglalkozunk, hogy milyen eszközökkel rendelkezünk, amik hasonló helyzetekben segíthetnek. Amennyiben arra lehet számítani, hogy a megterhelő helyzet megismétlődik, konkrét cselekvési módokat dolgozhatunk ki, ami segít, hogy a személy nagyobb biztonságban érezze magát.

Mivel a rendvédelmi dolgozók és a pszichológiai szakterület szakemberei rendszeres időközönként találkoznak az alkalmassági vizsgálatok során, a szakembereknek lehetősége van felmérni, hogy milyen megterhelésekkel szembesülnek a dolgozók, és kik a veszélyeztetettek. Az előzetes tájékoztatóban sokat segíthetnek az állomány vezetői, hiszen ők rendelkeznek naprakész információkkal a megterhelő helyzetekről. Miután meghatároztuk a megterhelő intézkedések típusait és a veszélyeztetettek körét, lehetőség van a foglalkozásokat az állomány igényeihez igazítani. A csoportos foglalkozáson kívül természetesen egyéni tanácsadásra is szükség lehet, és az alkalmassági vizsgálatok során követni tudjuk, hogy helyre állt-e az állomány lelki egyensúlya és sikeresen megküzdene-e a nehézségekkel.

F) Szolgálatellátást, munkavégzést érintő gyász feldolgozásának pszichológiai feladatai: Mai társadalmunkban a gyász egyre inkább magánüggé vált, elvesztek azok a szokások és rítusok, amelyek megkönnyíthetnék a veszteségek feldolgozását. A gyászolóra nagy nyomás nehezedik, hogy állapotát „jól kezelje”, minél előbb visszatérjen a veszteséget megelőző testi és lelki állapotba. Amikor gyászról beszélünk, érdemes a veszteségek tágabb körére gondolni, hiszen a veszteség számos formájával találkozhatunk életünk során. Veszteség lehet hozzátartozó, barát, munkatárs halála, betegséggel való szembesülés,

intézkedés során mások halálával, egészség-károsodásával szembesülés, munkahely, beosztás elvesztése, lakóhelyváltozás.

A rendvédelmi dolgozók és hozzátartozóik éppúgy, mint bárki más, élnek át gyászt, és bár ez egy természetes folyamat, a munkaképességet sokszor jelentősen befolyásolhatja. A fel nem dolgozott veszteség, az el nem végzett gyásmunka egyaránt káros a testi és a lelki egészségre nézve, ezért fontos az egyéni vagy csoportos gyászfeldolgozás segítése a pszichológia módszereivel.

A veszteségek feldolgozását segíthetjük azzal, hogy a bekövetkezésük előtt a parancsnokok és állományuk ismereteit bővítjük a gyászról, hogy képessé váljanak felismerni, ha egy gyászfolyamat problémássá válik. A normális gyászfolyamat is számos testi és lelki tünettől jár. A veszteség bekövetkezése után a következő szakaszokkal számolhatunk:

- Sokk: néhány perctől 1-2 napig terjedően tartó állapot, amelynek jellemzője, testi és lelki bénultság érzése, a halál tényének tagadása. Jellemzője még az étvágytalanság, álmatlanság, érzékelési zavarok.
- Kontroll: ebben a szakaszban a halál ténye elfogadottá válik, és a gyászoló a hivatalos ügyek intézése foglalkozik. Jellemző az aktivitás, de ingerlékenységgel, bizalmatlansággal övezve. Ez a szakasz általában a temetésig tart, ahol a gyászolónak lehetősége van elbúcsúzni, és a közösséggel megosztani gyászát.
- Regresszív reakciók: A temetésig tartó összeszedettség szakasza után gyakran az érzések feltörésének és hullámvásárlásának szakasza következik. A gyászoló az egyik percben jól érzi magát, majd hullámokban testi rosszulletek törhetnek rá. Gyakran megjelenik az önvád és mások hibáztatása, a harag és fájdalom érzései.
- Adaptáció: A gyászfolyamat vége felé közeledve a gyászoló lassan újra a környezete felé tud fordulni, alkalmazkodik a megváltozott helyzethez. A veszteséget be tudja építeni belső világába, és képes új életvitelt kialakítani.

Természetesen a gyászfolyamat nagyon egyedi, és a szakaszok hossza és sorrendje változhat. Előfordulhat azonban, hogy a gyász normális folyamata helyett kóros (patológias) gyászreakciók jelennek meg. A gyász kórossá válhat, ha hosszában, mélységében vagy megjelenési formájában túlzott mértékű. Tehát ha valaki évek múltán is nagyon intenzíven éli meg gyászát, vagy olyan mértékű testi és lelki szenvedést él át, ami a gyással önmagában nem magyarázható, esetleg elakad az egyik szakaszban és nem képes továbblépni. Ezekben az esetekben feltétlenül szakember segítségére van szükség. A gyász kórossá válása azonban megelőzhető azzal, ha egyéni vagy csoportos formában lehetősége van az állomány tagjainak és hozzátartozóiknak az őket ért veszteség feldolgozására. A veszteségek feldolgozása során a cél a pszichés egyensúly helyreállítása, a megváltozott élethelyzethez való alkalmazkodás, új stratégiák és viselkedésmódok kialakításának elősegítése, valamint a patológias gyászreakciók kezelése.

A rendvédelemben dolgozó pszichológusok az alkalmassági vizsgálatok során nyomon tudják követni egyének és csoportok veszteségeinek történetét akár éveken keresztül is, és még a gyász komplikálódása előtt segítséget tudnak nyújtani.

Egyéni ellátás keretében a gyászolóval 4-6 alkalommal találkozunk, majd 1, 6 és 12 hónap múlva újra átbeszélgük vele aktuális állapotát. A gyászfeldolgozás során felmérjük a személy környezetének támogató erejét, hiszen a gyászolóknak nagy segítséget jelent, ha van, akivel meg tudják osztani érzéseiket. Ha a gyászoló tünetei indokolják, a pszichológus

javaslatot tehet pihentetésre, ami ideiglenesen tehermentesíti a gyászolót, és segítheti felépülését.

Csoportos feldolgozás során először tanácsos az előzetes alkalmassági eredmények áttekintésével információt szerezni a csoport tagjainak pszichés helyzetéről és az előzetes veszteségeikről, amik befolyásolhatják a gyászfeldolgozást. A közös munka során találkozhatunk jellemző szakaszokkal, melyek a gyászmunkát kísérik:

1. Kezdeti ellenállás szakasza: mint minden csoportos munka során, itt is lehet számítani az ellenállásra, mely a központi téma nehézsége miatt különösen hangsúlyos a gyászfeldolgozás esetén.
2. Védekezések: az emlékek felidézése során tapasztalhatunk jellemző védekezési mechanizmusokat, mint a tagadás, a bagatellizálás és a bűnbakkeresés.
3. Emlékek, hozzá fűződő gondolatok: Az ellenállás oldódásával felszínre kerülnek az elhunytal kapcsolatos ambivalens érzések, melyeket a csoport támogatásával szabadon ki lehet fejezni.
4. Halálhoz való viszony megjelenése egyéni szinten: Mivel egy közeli ismerős, barát halála automatikusan felszínre hozza a saját halálfélelmet és a halálhoz való viszonyunk átgondolására készíteti az érintetteket, érdemes erre a gyászfeldolgozó csoportban külön is kitérni, a résztvevőket a témával kapcsolatos élményeiről megkérdezni.
5. A búcsú, gyász, elköszönés: A foglalkozás zárásaként a csoportnak módot kell adnunk a formális búcsúra, amely történhet az elhunytal való üzenet megfogalmazásával, levél írásával.
6. Vissza-zsilipelés a szolgálati élet hétköznapijaiba: Fontos, hogy a gyászfeldolgozás végén lehetőséget adjunk a hétköznapi élethez való fokozatos visszatérésre, a nap további feladatairól kérdezve a csoport tagjait.

Természetesen a közös munka után is lehetőség van a gyászfolyamat követésére, és ha szükséges, egyéni tanácsadással való kiegészítésére. A gyászfolyamatok szakmai segítségével megelőzhetőek a későbbi testi és lelki betegségek és a csoportos gyász megélése hozzájárul az összetartozás érzésének megerősödéséhez, ezért a rendvédelmi pszichológiai munkának fontos részét képezi ez a munkaforma.

2. Mentálhigiénés gondozás, tanácsadás, pszichoterápiás kezelés, pszichológiai rehabilitáció

Ez a klinikai pszichológiai tevékenység a másodlagos (szekunder) prevenció feladatait képviseli. Arra irányuló segítő aktivitás, hogy a magánélettel és/vagy a szolgálati feladatokkal összefüggésben kialakult lélektani egyensúlyvesztés, devianciák, pszichés tünetek fennállása esetén, esetleg kialakult pszichiátriai betegségállapotokban a felismerést követően a személy mihamarabb szaksegítségben részesülhessen és ezáltal a szolgálatellátáshoz szükséges pszichés egyensúlyát visszanyerje, a pszichiátriai betegsége megszűnjön. Ennek folyamata:

- A pszichés egyensúlyvesztés jellegének, az esetleges betegségi tüneteknek az ismeretében a megfelelő terápiás terv kidolgozása. A terápiás szerződés megkötését követően a kezelés lebonyolítása.

- A kezelés célja a pszichés egyensúly helyreállítása, amely egyúttal a szolgálatképesség pszichológiai alkalmassági kritériuma.
- A mentálhigiénés gondozás, a tanácsadás, vagy a pszichoterápiás kezelés adott fázisában, majd befejezése után az egyén támogatása a szociális közegeibe való fokozatos visszailleszkedésében.
- Utánkövetés, utógondozás, ill. a jogszabályban előírt időszakos pszichológiai alkalmasság-vizsgálatok során figyelemmel kísérni a korábban segítő ellátásban részesült személyt a későbbi potenciális pszichés egyensúlyvesztések megelőzése érdekében.

2.2. *Mentálhigiénés gondozás, tanácsadás, pszichoterápiás kezelés, pszichológiai rehabilitáció munkaformái:*

A) Pszichológiai alkalmassági vizsgálatokhoz (időszakos, célzott, soron kívüli) kapcsolódóan: A minősítésen túl mutatózó szükséglet mentén a klinikai pszichológiai tevékenység a kezelésbe vétellel fontos együttműködést valósít meg a munka-és szervezetlélektani szakterülettel. A gyógyító-megelőző ellátásban a megelőzés elvének érvényre juttatása, azaz a betegségek korai stádiumban való felismerése és a gyógykezelés mielőbbi megkezdése közös feladatot jelent.

B) A fogadóórák rendszere (mentálhigiénés gondozási tevékenység, pszichológiai tanácsadási tevékenység, pszichoterápiás kezelés, családsegítő program): A segítő szolgáltatások szakirányú rendelésének felel meg, tartalma ezzel megegyezik. Az alapellátó pszichológus székhelyén előre meghatározott és közzétett időben, az aleggységeknél, a szervezeti elemeknél pedig a vezetővel történt előzetes helyszín-és időpont egyeztetés alapján, illetve az állomány tájékoztatása után kerül megtartásra. A fogadóóra lehetőség biztosítása arra, hogy egyéni jelentkezés, vagy parancsnoki kezdeményezés alapján a szervezethez tartozó személy vagy családtagja pszichés problémáját elmondhassa, azok megoldásához szaksegítségét kérhessen. Páros vagy családi konzultáció a családok életminőségének javítását célzó segítségnyújtás. Az ellátás jellegét tekintve az alapellátó pszichológus szakmai kompetenciáinak megfelelően és az általa észlelt mentális állapotnak adekvátan megfelelő kezelési formát választja.

3. *A kiégési szindróma (burnout) megelőzése és kezelése*

A rendvédelmi munka – a kiégés kialakulása szempontjából – a leginkább érintett foglalkozások közé tartozik. Ennek okai a sajtóságos szervezeti kultúrában illetve a munka jellegében keresendők. A szervezeten belül kiemelten veszélyeztetettek a következő csoportok: végrehajtó állomány, az állomány női tagjai, 5-12 szolgálati évvel rendelkezők, 40 év fölötti korosztály. Mindezek mellett érdemes szem előtt tartani, hogy az alábbiakban említett predisponáló tényezők fennállása esetén, a kiégés bármikor bekövetkezhet az életpálya során (de leggyakrabban az ötödik és tizedik szolgálati év között).

A kiégés (burnout) krónikus, emocionális megterhelés nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota egy olyan egyénnél, aki korábban a munkája iránt elkötelezetten, aktívan dolgozott. Ez az állapot a következő jellemzőkkel írható le: reménytelenség és inkompetencia érzés, célok és ideálok elvesztése, saját személyre, a munkára illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök.

A kiegészi folyamat során a munkája iránt elkötelezett, aktív, egészséges egyént fokozatosan maga alá temeti a munkája, ami felemészti az összes pszichés erőtartalmát és egy krónikusan fáradt, frusztrált, apatikus állapothoz vezet. Mindezek háttérében a személyiségben rejlő hajlamosító, predisponáló tényezők, a végzett munka, valamint a szervezeti kultúra jellegzetességei állnak. A folyamatra serkentőleg hat, ha a jól megalapozott pályaidentitással rendelkező egyén nem kapja meg azt az elismerést a munkájáért, amit elvárna.

A kiegész háttérében állhatnak belső (a személyiségből fakadó) és külső tényezők egyaránt. A testi-, lelki-, szellemi-, kapcsolati szinten jelentkező tünetek különböző mértékben, de együttesen és egy időben vannak jelen. Fontos megjegyezni továbbá, hogy a kiegész tulajdonképpen egy folyamat, melynek alapvető jellemzője a ciklikusság. A kiegész változatos, maladaptív magatartásformákban manifesztálódhat: a betegállományban töltött napok számának emelkedésétől kezdve, a kollegákkal való kapcsolat megromlásán át egészen az öndestruktív viselkedésig (önnyilkosság, alkohol/drog/gyógyszer/viselkedési függőség). A kiegész több lépcsős folyamatként írható le:

1. lelkesedés, idealizmus fázisa,
2. a realizmus fázisa,
3. stagnálás, kiábrándulás,
4. a frusztráció fázisa
5. az apátia, kiegész fázisa.

Bár az egyes stádiumokat jellegzetes tünetek különböztetik meg, mégsem határolódnak el élesen egymástól. A szakaszok személyiségtől és élethelyzettől függően különböző intenzitással jelentkeznek. Fontos, hogy különbséget tudjunk tenni a kiegész és a stagnálás állapota között. A kiegész egy folyamat végeredménye, míg a stagnálás egy átmeneti állapotnak tekinthető. Ez utóbbi általában egy sok munkával megvalósított sikeres cél elérését követően jelenik meg, s mint ilyen, többször jelentkezhet az életpálya során. Bár a tünetei kép mindkét állapotban nagyon hasonló, a stagnálás esetében nem annyira pregnánsak és karakterisztikusak, valamint intakt marad az egyén pozitív énképe.

A kiegész kezelése során alapvető fontosságú az intrapszichés és interperszonális kockázati tényezők csökkentése, a folyamat kialakulásának megelőzése. Fontos továbbá a kiegészi folyamat egyes szakaszainak időben történő felismerése és célirányos kezelése, a folyamat megállítása, az egyén munka képességének megőrzése érdekében.

A kezelés során fontos alapelv, hogy a kiegész nemcsak megelőzhető, de a már megkezdődött kiegészi folyamat megállítható. A folyamatban több ponton is kínálkozik beavatkozási lehetőség. Minél korábbi stádiumban történik ez meg, annál könnyebben nyerhető vissza a pszichés egyensúly. A kiegész leghatékonyabb terápiája a megelőzés. Fontos mielőbb felismerni és azonosítani azokat a jeleket, melyek a veszélyeztetettségre hívják fel a figyelmet. Minél későbbi stádiumban történik a beavatkozás, annál nehezebb változást elérni.

A tünetek kialakulásáért nemcsak az egyén, hanem az őt körülvevő szervezeti kultúra is felelős, s ezek egymással szoros kölcsönhatásban vezetnek a kiegészi folyamat illetve a kiégett állapot kialakulásához. Ebből következően a prevenció és az intervenció akkor válik igazán hatékonyá, ha megjelenik mind az egyén, mind a szervezet szintjén.

A kiegész megelőzése és kezelése olyan terület, ahol a rendvédelemben dolgozó valamennyi segítő foglalkozású (orvos, pszichológus) hatékony és szoros együttműködését

kívánja meg. A klinikai szakpszichológusnak a prevenció során a munka- és szervezetpszichológusokkal, míg a burnout kezelés során a gyógyító-megelőző orvossal, (ha szükséges) pszichiáter szakorvossal szükséges összeegyeztetni a munkáját. A burnout prevenció, intervenció valamint a krízisintervenció hatékony működtetése tehát - mind az egyén, mind a szervezet - szintjén szakmai teamek együttműködését kívánja meg.

A kulturált rendészeti feladatellátás folyamatos fejlődését elősegítendő a szolgálati személyek, csoportok lelki egészségvédelmének biztosításához a bemutatott klinikai pszichológiai tevékenységgel törekszik hozzájárulni a pszichológiai szakterület.

Felhasznált irodalom:

1. Bagdy E.: Családi szocializáció és személyiségzavarok. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest, 1977.
2. Buda B.: Az öngyilkosság. Animula Kiadó. Budapest, 1997.
3. Fekete S.: Öngyilkosság és kultúra. Új Mandétum Könyvkiadó. Budapest, 2004.
4. Hajduska M.: Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest, 2008.
5. Császár GY.: Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina. Budapest, 1980.
6. Kállai J. – Varga J. – Oláh A.: Egészségpszichológia a gyakorlatban. Medicina. Budapest, 2007.
7. Kubler-Ross E.: A halál és a hozzá vezető út. Gondolat. Budapest, 1988.
8. Kast V.: A gyász. Park Könyvkiadó. Budapest, 2002.
9. Polz A. Ideje a meghalásnak. Pont Kiadó. Budapest, 1998.
10. Polz A.: A halál iskolája. Magvető Kiadó. Budapest, 1989.
11. Simonton C. – Simonton S. M.: A gyógyító képzelet. Egészségforrás. Budapest, 1990.
12. Tringer L.: A gyógyító beszélgetés. Semmelweis Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar. Budapest, 1993.
13. Buda B.: A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései. Animula. Budapest, 2002.
14. Bagdy E. (szerk.) A klinikai pszichológia és mentálhigiéné szakmai protokollja. Animula Egyesület. Budapest, 1998.
15. Virág L. és munkatársai: A határőrségi pszichológiai tevékenység szakmai protokollja. Határrendészeti Tanulmányok 2005/2. különszám
16. Virág L.: A határőrségi pszichológiai tevékenység szakmai protokollja - kiegészítés. Határrendészeti Tanulmányok 2007/3. különszám
17. Constat T.: Police stress: Burned Out and Up (1192) www.cmaa.org/publish/burnout/works.htm
18. Fekete S.: A segítő foglalkozások kockázatai, helper-szindróma és burnout-jelenség *Psychiatria Hungarica*. 1991.
19. Ónody S.: Burnout - kiégési szindróma. 2001.
20. Ónody S.: Kiegészítő tünetek keletkezése és megoldási lehetőségei. 2001. www.oki.hu
21. Pető Cs.: És ki segít a segítőnek? In: Család, gyermek, ifjúság 1998/3. szám: 6-12, www.oki.hu
22. Futóné Kartai Zs. – Nagy I. – Fügedi P.: A határőrségi klinikai pszichológiai tevékenység szakmai protokollja. In: Virág L. (szerk.) A határőrségi pszichológiai tevékenység szakmai protokollja. Határrendészeti Tanulmányok, 2005/2. különszám: 55-72. o.
23. Futóné Kartai Zs. – Nagy I.: A határőrségi klinikai pszichológiai tevékenység szakmai protokollja. In: Virág L. (szerk.) A határőrségi pszichológiai tevékenység szakmai protokollja, kiegészítés. Határrendészeti Tanulmányok, 2007/3. különszám: 63-71. o.
24. Barlai R. – Kővágó Gy.: Krízismenedzsment, kríziskommunikáció. Századvég kiadó. Budapest, 2004.
25. Hardi I.: A lélek egészségvédelme. A lelki egészségvédelem jelene és távlatai című könyve alapján. Springer Tudományos Kiadó Kft. Budapest, 1992.
26. Virág L. (szerk.) A rendvédelmi pszichológiai tevékenység szakmai protokollja, Határrendészeti Tanulmányok 2009/2. különszám