

Magyar Honvédség – Honvédkórház
Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet

A rehabilitáció és a katonapszichológia kapcsolatának történeti változásai sérült katonák ellátása során

Dr. Weinhover Judit

Kulcsszavak: rehabilitáció, katonapszichológia, sérülés, krízis, életminőség

Az írás első részében a rehabilitáció történetével foglalkozom, elsősorban a sérült katonák ellátása szempontjából. A XX. századi világháborús események a katona egészségügy fejlődésén keresztül, ugrásszerű előrelépést hoztak a polgári egészségügyben is, különösen a sebészet és a rehabilitáció területén. A rehabilitáció történetileg alakult komplex folyamattá, amelyben megjelentek a fizikai állapot javítása mellett a pszichológiai és a szociális összetevők is. A második részben röviden összefoglalom a katonapszichológia létrejöttét, amelynek ugyan évezredek gyökerei vannak, de csupán az első világháború után vált az alkalmazott pszichológia egyik ágává. A rehabilitációs team munkája ma már elképzelhetetlen pszichológus nélkül. A harmadik részben megmutatom, hogy a katonapszichológia és a sérült katonák rehabilitációja hogyan találkozott össze szükségszerűen és hogyan hatottak kölcsönösen egymásra a történeti változások során.

A rehabilitáció lényege és célja, a fogyatékos vagy rokkant emberek életminőségének javítása, a lehető legnagyobb függetlenség, a legteljesebb élet biztosítása. Ehhez komplex szemlélet szükséges. Nem elég csak orvosi (fizikai és pszichés) szempontból, hanem pedagógiai, foglalkozási, szociális területeken is támogatni szükséges ezeket az embereket. Az aktív katonák esetében leggyakrabban fizikai és/vagy pszichés sérülést követően válik szükségessé komplex rehabilitáció.

A rehabilitáció vázlatos története

A rehabilitáció első történeti emlékei

Már tízezer évvel ezelőtti őskori barlangrajzokon is láthatók sérült vadászok. Ekkor

a fogyatékoság egyenlő volt a hamarosan bekövetkező halállal. A hordákban élő ősemberek a saját és a csapat életének védelme érdekében vagy magára hagyták a fogyatékos, vagy megölték [1]. Az ókori civilizációk ábrázolásaiban már fellelhetők kezdetleges rehabilitációs törekvések, ezek azonban az akkori gyógyítás színvonalához képest is csak igen kezdetlegesek voltak. Egyes területeken még elpusztították, másutt már segítettek az elesetteket. (pl. Spárta, vagy Romulus története).

Rehabilitációs törekvések a középkorban

A korai középkorban a betegséget isten büntetésének tartották, sokáig csak imádkozással próbálták gyógyítani. Magyarországon

az ezredforduló után Esztergomban alapították az első ispotályt, majd 1007-ben Pécsváradon az első betegellátó kolostort. A népesség számának hirtelen növekedése, a túlszűfolt városok, a rettenetes higiéniai viszonyok szükségszerű következményeként óriási járványok törtek ki Európában. A városok a fertőző betegek elhelyezésére kénytelenek voltak kórházakat építeni, amelyekben, hatalmas termekben együtt, sokszor egy ágyban, elkülönítés nélkül feküdtek a különböző betegek. Magyarországon Selmecen 1224-ben a bányászoknak, majd Esztergomban 1226-ban épültek városi kórházak [1]. A fogyatékosok koldulásból tengették az életüket. A középkorban újra megjelentek primitív rehabilitációs törekvéseként a végtagpótlások. A középkori háborúk során a végtagcsonkolások technikájának fejlődése (*Ambroise Paré* 1510 -1590) kedvezett a fából, bőrből, fémből készült egyszerű végtagpótlások megjelenésének [1, 2].

Az első fogyatékosági törvény

A történelem során a felvilágosodás koráig csupán elvétve észlelhetők rehabilitációs próbálkozások. A Francia Forradalom idején elfogadott alkotmányban szerepel az első törvény, amely a fogyatékosokkal foglalkozik (1793.). A társadalom köteles megsegíteni szükségét szenvedő tagjait azzal, hogy munkát ad a munkaképeseknek, vagy eltartja a munkára képteleneket.” Minőségi változást jelentett, hogy az eddigi véletlenszerű segítség társadalmi kötelesség lett, valamint a rokkant ember munkához juttatásával az önálló életvitelét segítették elő [1, 2].

A magyar rehabilitáció kezdete

A XVI. század második évtizedétől létesültek Pesten és Budán katonai kórházak. Az első 1527-ben Budán, majd 1686-ban

Óbudán, 1696-ban a Fő utcában, majd 1727-ben Pesten [3]. Fogyatékosokkal foglalkozó intézmények az iparilag fejlettebb országokban már a XVIII. században létrejöttek, Magyarországon kb. száz évvel később jelentek meg a hasonló intézmények. *Cházár András* alapította 1802-ben az első gyógypedagógiai intézetet, a váci siketek tanintézetét [1, 2].

Az önálló magyar katonai egészségügy megteremtése a honvédség megszervezésével vette kezdetét, 1848. májusától. Ekkor *Sauer Ignác*, majd *Stáhly Ignác* szervezte a honvédség és a nemzetőrség egészségügyét. Ekkor a honvédség orvosai nem csupán a sebesültek ellátásával foglalkoztak, rengeteg járványos megbetegedés fordult elő. 1848 nyarán ismét kolerajárvány jelentkezett, gyakori volt a tüdőbaj és a nemi betegségek. 1848-49 tele igen kemény tél volt, nem ritkán -15°C -al vagy akár -25°C -al is, gyakori fagyásos sérülésekkel. A harcokban főleg az ágyúgolyók, a puskalövések, a szurnyszúrások okoztak sérüléseket [4].

1849. januárjában *Flór Ferenc* vette át a hadügyminisztérium egészségügyi osztályának vezetését, és az ő irányításával épült ki a szabadságharc katona-egészségügye olyan példa értékűen, hogy ez a következő évszázadban is követendő mintát adott. A sérülteket a bajtársaik vitték a kötőhelyekre, innen az ideiglenes tábori kórházakba, amelyek gyakorlatilag szintén csak kötőhelyként működtek. Innen a mozgó tábori kórházakba kerültek, amelyek már szabályos felszereléssel rendelkeztek, majd a hátszág állandó tábori kórházaiba küldték őket. *Flór Ferenc* már 1847-től próbálkozott kloroform és éter alkalmazásával a sebészetben. „Az európai történelemben először az 1848-49-es magyarországi és itáliai harcokban alkalmazták először a kloroformot a hadisebészetben”[4]. *Kossuth*

Lajos a hűgát, Zsuzsát nevezte ki országos főápolónővé, de az ápolónői hálózat kiépítésére már nem jutott idő. A tervezett, de meg nem valósult rehabilitációs intézkedések közé tartozott a harcokban megrokkant embereknek ígért pénzjutalom, földbirtok. *Kossuth Lajos* tervezte, francia mintára, egy rokkantpalota felépítését Pesten. A szabadságharcot követő megtorlás során természetesen ezekből a rehabilitációs tervekből semmi sem lett [4].

A XIX. század utolsó harmadában a népesség növekedése, a városiasodás, a felbomló hagyományos családszerkezet megkívánta a fogyatékosokról történő állami gondoskodást. Ekkor jött létre a kötelező társadalombiztosítás és az adókból fizetett szociális segélyezés. A XIX. század végén és a XX. század elején jelentek meg Magyarországon az első szervezett rehabilitációs szolgáltatók is [1]. A Központi Honvédkórház 1899-ben nyílt meg, akkor 16. számú Helyőrségi Kórház néven [3].

Magyarországi rehabilitáció az I. világháború alatt

A magyarországi rehabilitáció történetében az igazán nagy lendületet az első világháború adta. Olyan tömegesen sérültek a harcokban mind a katonák, mind a civil lakosság, hogy ellátásukról országos méretekben kellett intézkedni. *Dollinger Gyula* (1849-1929) sebész, már a háború előtt önkéntes ápolónőképzést indított, ennek köszönhetően a háború kitörésekor 1 000, két hónappal később 7 000 képzett ápolónő állt rendelkezésre. Hadikórházat állított fel, ahol a végtagcsonkoltak utókezelése és protézissel történő ellátása is megtörtént. Számos alapvető újítása volt a protetizálás terén. A korai, jó kezelést a rokkantság legfontosabb profilaxisának tartotta, és nagy hangsúlyt fektetett az utókezelésre. *Dollinger* a ha-

dirokkantakat megpróbálta eredeti munkakörükben munkába állítani, akiket nem lehetett, azok számára átképzést szervezett. Ez a magyarországi foglalkozási rehabilitáció első szervezett formája. A „teljesen megrokkantak” szociális ellátási rendszerét szintén kidolgozta [2]. A VII. Hadisebészeti Konferencia 1915. január 21-én határozott, hogy a Béna Katonákát Gondozó Bizottság számlálja össze a rokkantakat. Április végére (még csak 1915!) 20 000 hadirokkantat találtak. „Az összeírás célja nem alamizsna gyűjtésének előkészítése, hanem a rokkantakat abba a helyzetbe hozni, hogy saját maguk és családjuk existenciájáról gondoskodni tudjanak.” *Dollinger Gyula* [2].

A tömeges sérült miatt már országos méretekben kellett intézkedni a kezelésükről és rehabilitációjukról. A magyar királyi miniszterelnök 3300/1915. számú rendelete szabályozta a csonkolt, bénult katonák orvosi utókezelését és mesterséges testrészekkel való ellátását, valamint foglalkozási rehabilitációját. A 3301/1915. számú rendelet a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal felállítását mondta ki, amelyet *Klebensberg Kuno* vezetett [1, 2]. Ezek a törvények átfogóak voltak, a rehabilitáció összes területét érintették, az orvosi rehabilitáció mellett a foglalkozási, a szociális, a pedagógiai rehabilitációt is, de csak a katonákra vonatkoztak, a polgári lakosságra nem. Ekkor jelent meg először a rehabilitáció komplexitása. A korát lényegesen megelőző színvonalú hadigondozás alakult ki, amely a későbbiekben követendő mintát adott a magyarországi rehabilitáció kialakításához. Sajnos a vesztés háború után a hadigondozás szervezete rohamosan tönkrement.

Magyarországi rehabilitáció a I. világháborútól a XX. század végéig

Magyarországon a két világháború között összeomlott az egész hadigondozási rend-

szer, és az ebből kiinduló egyéb rehabilitációs törekvések is jelentősen csökkentek, a következő néhány évtizedben csak szórványosan figyelhetők meg [1]. A fasiszta ideológia miatt azonban egész Európában visszaesett a rehabilitációs tevékenység. Főleg az elmebetegek váltak áldozatokká [5].

Hazánkban a második világháború után részben a súlyos gazdasági nehézségek, részben a szemléletmód lassították a rehabilitáció fejlődését. A traumatológusoknál az ötvenes években már felbukkant a rehabilitációs szemlélet. Baleseti Utókezelőt hoztak létre, amely később az Országos Traumatológiai Intézet Rehabilitációs Osztálya lett [5]. A gyermekbénulás járványok bénultjait speciális Heine-Medin osztályokon kezelték. Elmebetegeknek munkaterápiás intézeteket létesítettek. Jellemző volt ekkor Magyarországon a tbc-s fertőzöttek igen magas aránya, a nagy tömegű súlyos tbc-s beteg. A magyarországi rehabilitáció az I. világháború után a tüdőbeteg rehabilitációban ugyan jelentős eredményeket ért el, de az összes más jellegű rehabilitáció csak vegetált [5].

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet 1975-ben alakult, elsősorban mozgáskorlátozottak számára, majd fokozatosan a megyei kórházakban is megalakultak a rehabilitációs osztályok. A katonaegészségügyben mozgásszervi és kardiológiai rehabilitációs osztályok működnek jelenleg is.

Mint látható az eddigiekből, a rehabilitáció fejlődése ugrásszerűen, általában a nagy háborúk után indult meg. A sok fiatal rokkant ellátása, akik a hazáért áldozták a harcokban az egészségüket, jelentős társadalmi nyomást, elvárást teremtett. Ezért a rehabilitáció és a katonaegészség-

ügy története elválaszthatatlan. Többnyire a katonaegészségügyből indultak el az új rehabilitációs törekvések a polgári egészségügy irányába.

A katonapszichológia rövid története

A pszichológia történetéből

„A pszichológiának hosszú múltja, de rövid története van” – *Hermann Ebbinghaus*. Már az ókorban fellelhetők a gyökerei, különböző filozófusok munkáiban, de Európában a modern pszichológia kezdetét 1879-től számítjuk, mikor *Wilhelm Wundt* Lipcsében megalapította az első pszichológiai kutatásokkal foglalkozó laboratóriumot. Az 1890-es években *Sigmund Freud* kidolgozta a pszichoanalízis módszerét, a tudatalan fogalmát, majd *Carl Gustav Jung* a kollektív tudatalan fogalmát alkotta meg, amelyben az emberiség közös történetéből származó ősképek, archetípusok találhatóak. *Freud* munkássága óta töretlen a pszichológia fejlődése Nyugat-Európában és Amerikában. Magyarországon elsőként *Dr. Ferenczi Sándor* ideg orvos kezdett *Freud* munkássága után érdeklődni, és 1913-ban megalapította a Magyar Pszichoanalitikus Egyesületet. A Nyugat című lap főszerkesztője, *Ignotus* is tagja volt az egyesületnek, ezért több pszichológiai témájú cikket megjelentetett. *Ferenczi* tanítványai közül több ismert és jeles pszichológus került ki.

A katonapszichológia gyökerei

Az embereket ősidők óta érdekelték a harcok során lezajló pszichés folyamatok, a bátorság, a hősiesség, a gyávaság, az önfeláldozás mögött húzódó lelki történések. *Szun-Ce: A harcok művészete* című munkájában i.e.500-300 között már részletesen taglalta a katonák pszichés felkészültségének fontosságát, a pszichikai tulajdonságok alapján történő kiválasztást, a közösségi

szellemet, az alkalmazkodó képességet [6]. Az Amerikai Polgárháború (1861-1865) leírásaiban bukkan fel először a katonák lelki kimerülésének jelensége. Az orosz-japán háborúban (1904-1905) a nagy számuk miatt már hivatalosan is foglalkozni kellett azokkal az emberekkel, akiken külső sérülés nem látszott, de nem tudták ellátni a feladataikat [7].

Katonapszichológia az I. és a II. világháború alatt

A pszichológia történetében az alkalmaság vizsgálatok kidolgozásához a Titanic 1912-ben történt tragédiája óriási lendületet adott. Nem csupán a véletlent, hanem a hajó tisztikarának alkalmatlanságát is okolták a szerencsétlenségért [8]. Amikor 1917-ben az USA belépett a háborúba, nagyon gyorsan rengeteg jól képzett katonára volt szüksége. Rövid idő alatt meg kellett szervezni a katonák kiképzését, kiválasztását. Addig külön katonapszichológia nem létezett. Ekkor pszichológusoktól, főleg munkapszichológusoktól kértek segítséget, akik kidolgozták a képességméréshez szükséges, azóta híressé vált, alfa és béta teszteket. Az Alfa általános osztályozó teszt volt, nyolc témakörben, a Béta teszt az írástudatlanok vagy angolul nem írók tesztje volt. 400 pszichológus 1 700 000 katonát vizsgált végig, majd ezt egy igen sikeres katonai kiképzés követte. Bebizonyosodott, hogy a pszichológia nehéz, valós problémák megoldására is alkalmazható. A katonapszichológiának, mint az alkalmazott pszichológia egyik ágának a tudományos múltja tehát ekkortól, az első világháború óta számítható [6, 8, 9].

Németországban, Franciaországban és Angliában is az első világháború alatt kezdtek a képességvizsgálatokat alkalmazni, de ezekben az országokban nagyságrendekkel kisebb számban, mint Amerikában.

Németországban, kezdetben kiterjedten a katonai gépjárművezetők alkalmasságát vizsgálták [6, 8].

Azonban a katonapszichológia története messze nem csupán az alkalmassági vizsgálatok története. Évezredekig nem volt szó a katonáról, mint ember lelkéről. Az első világháborúban, kezdetben a fegyelem, a rettegés fokozásával, az összeomlott katonák hadbíróóság elé állításával, gyávának bélyegzéssel, halálos ítéletekkel próbálta a hadvezetés eltussolni a háborús stressz pszichés áldozatainak növekvő számát. Azonban olyan nagy tömegű pszichés sérült keletkezett, hogy „gránátsokkosnak” diagnosztizálva mégis foglalkozni kellett velük. W. H. R. Rivers 1917-ben egy előadásában (The repression of war experience) először írta le pontosan a tüneteket, és adott útmutatást a kezeléshez. A háború végére bevezették a „háborús neurózis” elnevezést. A háború után 6 évvel az amerikai veterán kórházakban kezelt betegek 58 %-a „gránátsokkos” beteg volt [7].

A második világháború alatt az USA-ban több mint ezer katonapszichológus részvételével több mint 20 millió újoncot soroztak be. Új, csoportosan alkalmazható tesztet fejlesztettek ki, Army General Classification Test (AGCT), amelynek kidolgozták a Béta változatát is. Ezek értékelése már gyorsabb, egyszerűbb volt, mint az Alfa teszté [6, 8, 9]. A második világháború kezdetén, nem tanulva az első világháború tapasztalataiból, még mindig gyávaságnak tartották a katonák lelki összeomlását, és hadbíróági ítéletekkel „kezelték”. Az európai hadszíntereken átlagosan három sebesülthez jutott egy harci kimerültség, a csendes-óceáni hadszíntéren 1:1 arányban fordultak elő.

A légierő fejlődésével, az első és a második világháború között megnőtt a német

légierő részére végzett alkalmassági vizsgálatok aránya is. *Hitler* azonban 1942-ben megszüntette a német hadseregben a pszichológiai szolgálatot, amelyet részben a háborús emberhiány, részben ideológiai okok magyarázhatnak. A Szovjetunióban 1936-ig működött a katonapszichológia, majd *Sztálin* utasítására megszüntették [6, 8]. Míg a második világháború után a szocialista országok katonapszichológiája csak vegetált, a nyugati demokráciákban gyorsan fejlődött. Jelenleg a NATO-országok katonapszichológiai rendszere rendkívül fejlett, alkalmazása a napi gyakorlat része [6].

A katonapszichológia magyarországi kezdete

Magyarországon már az első világháború idején volt igény arra, hogy az ideg- és elmegyógyászati vizsgálatok fokozottan jelenjenek meg a sorozásokon [10]. Az Osztrák-Magyar Monarchiában *Gustav Kafka és Révész Géza* nevét kell kiemelni a hadsereg pszichológiai szolgálatának megszervezésével kapcsolatban. Az első alkalmassági vizsgálatokat a bécsi I. számú Hadikórházban végezték 1917 őszétől, majd a baumgarteni III. sz. Hadikórházban 1918-tól. Főleg a repülőket, gépjárművezetőket, telefonosokat, távírázókat vizsgálták. Utóbbi működését fél év múlva felfüggesztették a megváltozott politikai helyzet miatt. A két világháború között több honvédségi pszichotechnikai laboratóriumot létesítettek, amelyek nem csupán a katonai alkalmasság mérését, hanem pályaválasztási tanácsadást is végeztek, és a leszerelők számára útmutatást is adtak a civil életben való elhelyezkedéshez. 1933-ban kezdte meg működését a Magyar Királyi Honvéd Központi Képességvizsgáló Intézet. Fő feladata a katonai alkalmassági vizsgálatok végzése volt [8].

Katonapszichológia a XX. század második felétől napjainkig

A vietnami háborúban „kb. egymillió amerikai katona vett részt a harcokban, s közülük 560-700 ezren szenvedtek (és szenvednek) a stressz-betegség valamilyen formájától.” A bevezetett DEROS rendszer (a tengerentúlról történő visszatérés számított időpontja, amelyet a koreai háborúban dolgoztak ki) egy meghatározott pontrendszer volt, amelyet, ha valaki elért, hazaszállították. Ugyan előnyei is voltak, távlatot, lehetőséget adott a katonának, de individualizálta a háborút, megszüntette a csapatkohéziót, a katona nem tartozott sehová. A harcban a hadviselés addig ismeretlen formáival találkozott, utána magányosan utaztatták haza, órák alatt átkerült egy teljesen más értékrendű civil életbe, otthon pedig háborúellenes tüntetések fogadták. Az amerikai társadalom kihasználta, háborúba kényszerítette, majd cserbenhagyta őket. Elsősorban a vietnami tapasztalatok alapján az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1980-ban új fogalmat vezetett be, a poszttraumás stressz betegség (PTSD) fogalmát, és megalkotta a diagnosztikus kritériumait.

Izraelben az 1973-as arab-izraeli háborúig keveset foglalkoztak a katonák pszichés kifáradásával. Ekkor azonban olyan tömeges méretekben találkoztak a problémával (az izraeli sérültek 60 %-a), hogy rákényszerültek a vizsgálatára. Egyre inkább az objektív harci körülmények következményének tartották a pszichikai sérüléseket, melyek bizonyos szintje elkerülhetetlen a modern harc feltételei között. Megfigyeléseik és kezelési módszereik a „katonai pszichológia forradalmához„ vezettek. A pszichikai elsősegélyt a harci zónában nyújtották, a sérülteket a fronthoz a lehető legközelebb és leggyorsabban gyógyították [7, 11].

A harci stressz jelenségével számolni kell a katonai akciók minden fajtája – tehát békétámogató, humanitárius műveletek, stb. – esetében is. A cél, hogy határok között, kezelhető szinten maradjon. Csökken a gyakorlósága, ha jó a kiképzés, mind a katona, mind a parancsnok tájékozott, felkészült a stressz kezelésére, erős a csoportkohézió, határozott a parancsnok, folyamatosan tájékoztatja katonáit, értékeli a feladatok elvégzését, visszajelzéseket ad, magas a bajtársi bizalom mértéke, határozott és ideológiailag elfogadott a cél, a lehetőségekhez képest viszonylag jobb a körülmények (étkezés, folyadék, tisztálkodás, alvás). Mikor a katona visszatér a civil életébe, a pszichés problémáit viszi magával, és a tünete jelentős része később alakul ki. A család eleve megcsínyli a családfő távollétét, aki a visszatéréskor szembesül a megváltozott családjával. Gyakran agresszíven kezelik ezeket a családi problémákat, ilyenkor nő a válások száma. Ráadásul a katonákra sokszor a disszimuláció jellemző. Nem tartják férfiasnak a lelki „nyavalyákat”, szegényből vagy karrierféltésből sem kérnek segítséget [7, 11.,12].

Mint az eddigiekből látható, a katonapszichológia tevékenységi köre a világháborúkat követően fokozatosan kibővült. Az alkalmassági vizsgálatok után preventív, terápiás és rehabilitációs feladatköre is lett. Foglalkozik (a teljesség igénye nélkül) az alkalmassági vizsgálatokon kívül, a katonák pszichológiai prevenciójával, a harci készenléttel, a pszichés feszültségek napi kezelésével, a katonai egység mint csoport dinamikájával, a harci stressz és PTSD megelőzésével és kezelésével, a harcckészültséggel, a katonák pszichológiai felkészítésével, teljesítőképességükkel, a parancsnoki magatartással, a kiválasztás és beosztás kérdésével, a döntések pszichológiai hátterével, a

sebesültek pszichés gondjaival, a bajtársak halála kiváltotta érzésekkel, az elhunytak és sérültek családtagjaival, a megváltozott hadviselési stílusok és helyzetek (pl. kétpólusú világrend felbomlása, önkéntes haderő, NATO csatlakozás, terrorizmus) új pszichés követelményeivel, a nők helyzetével a hadseregben, a lélektani műveletekkel, a civil-katonai kapcsolatokkal, stb. [13, 14]. „A pszichikailag alaposan felkészített alakulatokban még a legsúlyosabb harctéri veszteségek és mulasztások közepette is a katonáknak mindössze tíz százaléka szenved pszichikai károkat, míg ez az adat a pszichikailag felkészítetlen egységekben a 30 százalékot is meghaladja...”[6]. A katonapszichológia kölcsönösen együttműködik a pszichológia többi ágaival, és különösen az alkalmassági vizsgálatok [9], a stressz, a pszichológiai elsősegély, a PTSD, a függőségek, a krízisek, a katasztrófa ellátás területén nyújtott már eddig is rendkívül sokat.

A rehabilitáció és a katonapszichológia találkozása

Katonák pszichés sérülése és pszichológiai elsősegélye

Akár az 5. cikkely szerinti, akár egyéb műveletekben, mindig fennáll a katonák sérülésének lehetősége. A sérülések lehetnek pszichés és/vagy fizikai sérülések, de a fizikai sérüléseket szinte mindig kísérik pszichés károsodások is. A sérülések esetében a megelőzés lenne a legfontosabb, és ez a pszichés sérülésekre is érvényes. A prevenció ezen területe a katonapszichológiai feladata, a kiválasztás és a felkészítés során. Akut pszichés sérülés a harci stressz reakció, melynek krónikus, kumulatív formája a háborús stressz. Amikor a harci stressz ellátása a műveletekhez közel és rövid időn belül történik, a katonák nagyobb része gyógyul, krónikussá váló panaszok nélkül. A harci

stressz terápiája során a legfontosabb szempontokat négy szóban lehet összefoglalni: közelség, azonnalítás, egyszerűség, remény [15, 12, 16].

„...adekvát pszichológiai elsősegély esetén a stressz reakciót mutató katonák jelentős arányban és gyorsan reaktiválhatók.” A harci cselekményhez minél közelebb, ahol már biztonságos, és a lehető leghamarabb, el kell kezdeni a pszichológiai elsősegélyt. A kiképzés során erre már felkészített parancsnok és bajtársak kezdik el, majd a szaksegélyt nyújtó stressz ellátó csoport (pszichiáter, pszichológus, szakasszisztens) folytatja. A múlt század nyolcvanas éveiben katonai alkalmazásra fejlesztették ki a Kritikus Események Stresszkezelő modelljét, a *Mitchell*-modellt, amelynek lényege a pszichológiai debriefing, az érzések és érzelmek katartikus ventilációja. Az 1990-es évek közepétől a kutatások megkérdőjelezik a módszer hatékonyságát, és helyette pszichológiai elsősegélyként a rugalmas ellenállóképesség, a reziliencia fejlesztését, a megküzdést támogatják. A 2001.szept.11-i terrortámadást követően a felmérések szintén a reziliencia, mint adaptációs folyamat szerepére helyezik a hangsúlyt [17]. A két módszer támogatói és ellenzői közti vita jelenleg is tart. Az esetek 90 %-ban az akut, korai ellátás sikeres, ha nem, a katona kiürítése szükséges. A stressz ellátó bázis ROLE 1,2,3 szinten is települhet, a szükségleteknek megfelelően, innen ha kell, szakkórház megfelelő osztályára, vagy rehabilitációs intézetbe küldhető a beteg. A fizikai és pszichés sérültek szétválasztása tovább javította a harci stressz kezelés eredményeit. „Ugyanis a „pszichés sérült” tünetei mélyülhetnek a fizikális sérülés élményétől, a fizikális sérült pszichés állapota nemcsak a szomatikus kondícióinak tudatosulásától, hanem a társ pszichés reakcióitól is ro-

molhat. A pszichésen és fizikálisan is sérült katonák a fentiek alapján „komplex” ellátást igényel.” [12]. A fizikai sérülést szenvedett katonáknál, amint kontaktusba vonhatók, természetesen az egyéb, főleg sebészeti ellátással együtt, kezdődik a pszichológiai kezelésük is. Az akut stressz sokszor gyorsan, maradvány nélkül lezajlik, a krónikus állapotok kezelése bonyolultabb, hosszabb időt igényel, kevesebb eredményt ad. A krónikus esetek 40-70 % -a irányítható vissza a szolgálatba.

Az akut és krónikus stressz reakciók ép emberek extrém eseményekre adott válaszai. A harcokat átélt emberek, akár sérülnek fizikailag, akár nem, soha többé nem lesznek olyanok, mint korábban voltak. Hogyan lehet a harcok után ilyen terhekkel tovább élni? Lehet-e, tud-e úgynevezett normális, átlagos hétköznapi életet kialakítani? Régen férfiatlannak tartották a panaszkodást, gyávának hitték azt a katonát, aki az érzéseiről beszélt. Ezért a harcok utáni lelki terheket egy életen át vitték a katonák, magukba zárva, és ez mint egy lassan ölő mérge, a saját, de gyakran a családjuk életét is megmérgezte.

Mind a fizikai károsodást kísérő lelki tünetek, mind az önálló pszichés sérülések súlyosbodva, a személyiség komplex pszicho-szociális egyensúlyvesztését, vagyis krízist okozhatnak. A krízis a megszokott eszközökkel történő probléma megoldási képtelenség, zsákutca. Különösen akkor tartós, ha a sérült maradandó károsodást, fogyatékoságot szenved. Ekkor a továbblépéshez a veszteséget fel kell dolgoznia, el kell gyászolnia (pl. a korábbi önmagát, korábbi élettervét, munkáját, végtagot, stb.), meg kell küzdenie a testkép-, énkép-változással, az elvesztett önbizalommal és biztonságérzettel, a saját ambivalens érzéseivel, új tervekkel kell alkotnia a megmaradt képes-

ségeire építve. A krízisek eredménye megoldás, kompromisszum, ineffektív megoldás (kábitószert-függőség, alkoholizmus) és összeomlás (suicidum, pszichózis) lehetnek.

Poszttraumás stressz-zavar

A PTSD-t (poszttraumás stressz-zavar) a katonaegészségügyi jelentősége, nagy gyakorisága miatt, külön kell említenem. Akár fizikai, akár lelki traumatikus esemény után több héttel vagy hónappal jelentkező, tartósan fennálló szorongásos kórképet nevezik így. Az amúgy egészséges embereket sújtja, traumatikus események, extrém körülmények hatására. A diagnózis megállapítása a következő három tünetcsoport alapján történik:

- a traumatikus történet ismételt újraélése, utólagos átélés,
- hasonló helyzetek tartós elkerülése, menekülés,
- tartósan fokozott készenléti állapot, túlérzékenység [16].

Ezek az emberek a veszély elmúltával is félnek, tehetetlenségi, kiszolgáltatottsági érzésük van, úgy érzik, bármikor megismétlődhet a traumatikus élmény, a világ már nem biztonságos hely a számukra. Újra és újra átéli a traumatikus eseményeket, ugyanakkor igyekeznek bármi áron kerülni az erre emlékeztető szituációkat. Ennek ellenére újra és újra felbukkannak a rossz emlékek, ébren és az álmokban is, jelentős szorongással kísérve. Gyakori kísérő tünet az alvászavar, az irritabilitás, a koncentrációs zavarok, gyakoriak a társuló egyéb pszichés zavarok, mint a pánik szindróma, a depresszió, az alkohol és egyéb dependencia. Nem elsősorban a trauma súlyossága vagy fajtája, hanem az élmények feldolgozatlanlansága játszik szerepet a kórkép

létrejöttében. Tehát a PTSD kialakulása nem csupán a traumatikus eseménytől függ, hanem a „megelőző és követő körülményektől, a traumatizált személy tulajdonságaitól és élettapasztalataitól, a hozzátartozók és a tágabb társadalmi közösség véleményétől és magatartásától, a szakmai segítségnyújtástól (kezeléstől), és egyéb tényezőktől.” Mindenekelőtt a megelőzése lenne a legfontosabb, tehát traumatikus élmény után az azonnali „elébe menő” pszichodiagnosztika és terápia [16]. Kezelésében döntően különböző pszichoterápiás eljárásokat használnak, amelyek közül több is evidence-based, tehát bizonyítékokon alapuló kezelés, mint például a kognitív viselkedésterápia, a stressz inokulációs tréning, a szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás [18].

Komplex rehabilitáció

Rehabilitációra fogyatékos, tehát a tevékenység akadályozottsága, vagy rokkantság, a társadalom életében való részvétel korlátozottsága miatt kerülnek a betegek. A modern, komplex rehabilitáció mind a fizikai, mind a pszichés, mind a szociális területekre kiterjed, team munkában történik. Részei az orvosi, a pedagógiai, a szociális és a foglalkozási rehabilitáció. A ma alkalmazott rehabilitációs eljárások, protokollok kialakulása, mint a korábbiakból látható, történeti folyamat révén jött létre. Fokozatosan alakult ki a pszichológiai kezelésekre iránti igény. A pszichológia XX. századi térnyerése szerencsésen találkozott össze a rehabilitáció igényével.

A rehabilitáció team munkában történik, a team összetétele és célja változó, függ az adott beteg állapotától és gyógyulási ütemétől, és ez az összetétel idővel is módosul. A team legfontosabb tagja természetesen a beteg, valamint tagjai a beteg családja, a rehabilitációs szakorvos, neurológus, sebész,

pszichiáter, különböző egyéb szakterületek orvosai, pszichológus, gyógytornász, ortopéd műszerész, szociális munkás, stb. A rehabilitáció sikere döntően a fogyatékos ember rehabilitációs törekvések iránti attitűdjétől függ [19]. A team speciális csoport, sajátos működési mechanizmusokkal, amelyben mindenki a többiekkel egyeztetve a szaktudását adja, a közös cél érdekében. A reális, közös cél az adott károsodás vagy fogyatékoság esetén, a maximális függetlenség és a lehető legmagasabb szintű életminőség elérése. Lényeges, hogy nem csupán a fizikai állapot javítását, hanem a megmarad lehetőségekhez képest az adott ember teljes társadalmi visszailleszkedését szükséges elérni, amelyhez a pszichés és szociális stabilitás ugyanolyan fontos, mint a fizikai.

Sérült katonák komplex rehabilitációja

Szűkítsük le a kört egy végtag-, gerinc- vagy koponya-agy sérült – mivel az aktív katonák sérülései közül ezek nagyon gyakoriak – katonák rehabilitációjára. Az állapot stabilizálása és a fizikai sérülés sebészeti ellátása után, pszichiátriai, pszichológiai felmérés következik. Optimális esetben már ekkor, az intenzív osztályon is rehabilitációs szemléletű az ellátás. Amint lehet, kezdődik a gyógytorna, közben a rehabilitációs szemléletű ápolás során a pozicionálás, a dekubitus, pneumónia, kontraktúrák és a trombozisz prevenciója. Ezen szövődmények kialakulása a későbbi rehabilitációs esélyeket jelentősen rontja. Párhuzamosan zajlik a megmaradt képességek, illetve a veszteségek felmérése, például végtagok amputációja, bénulása, önellátási képtelenség, járóképtelenség, a beszédképesség, írás-olvasás elvesztése, látótérkiesések, stb. Már az intenzív osztályon elkezdődhet a pszichológus segítségével a krízisfeldolgozás. A rehabilitációs osztályon a megmaradt képességekre

építve készül egy rehabilitációs terv, amelyet később a rendszeres team megbeszéléseken módosítani lehet és kell is. A gyógyulás, a képességek visszatérése egyedileg változó módon és ütemben zajlik. Maradva a fiatal, aktív katona példájánál, nem csupán hetekig - hónapokig (évekig) tartó kórházi kezelés fájdalmait kell elviselnie, de szembe kell néznie a maradandó károsodások lehetőségével, a megváltozott testképpel (amputáció, bénulások), a kettétört karrierrel, a megváltozott családi és társadalmi szerepekkel. Már nem ő a családfenntartó, talán saját magát sem tudja ellátni, rokkant maradhat, eredeti munkáját sem végezheti tovább. Súlyos krízisbe kerülhet, veszteségei lesznek, amelyeket fel kell dolgoznia, el kell „gyászolnia”, szembe kell néznie velük, különben nem tud új életet kezdeni. Tehát nem csupán (és nem főleg) a fizikai sérülés, hanem ennek lelki vetületei határozzák meg a további életét. Megmaradt képességeivel képes-e visszatérni az eredeti munkájához, vagy képes-e, hajlandó-e részt venni átképzésben, új munka keresésében (pl. egy hemiparetikus vagy paraparetikus katona)? Miből fog megélni, miből fogja a családját eltartani, milyen járadékokra jogosult? A rehabilitációs team komplex, fizikai-pszichés-szociális támogatást nyújt a további élethez.

Katonapszichológia és rehabilitáció

A katonapszichológus szerepe szorosan kapcsolódik a rehabilitációs team pszichológusának munkájához. Nagyon fontos az esetleges későbbi krónikus pszichés problémák, különösen a PTSD szempontjából, hogy milyen volt a sérült katona pszichés állapota a sérülés előtt, rendelkezett-e a megküzdéshez szükséges coping mechanizmusokkal, döntő a pszichológiai elsősegély megléte és minősége, a korábbi akut és krónikus stressz kezelés, a katonát kö-

rülvevő bajtársi és családi közeg. Ezekkel mind-mind a katonapszichológus találkozik először. Tehát a prevenció és a sérülés után az első pszichológiai ellátás, amely döntő a későbbiek szempontjából, egyértelműen a katonapszichológia feladatkörébe tartozik. A későbbi pszichológiai ellátás során a feladatok fokozatosan, éles határ nélkül áttevődnek a klinikai szakpszichológusok kezébe. A rehabilitáció egész folyamatát végigkíséri a pszichológus, a kezdeti krízisintervenciótól, a rehabilitációs attitűd kialakításáig, az akár éveken át tartó krónikus pszichés folyamatokig. A sérült katonák rehabilitációjában nem szükséges és nem is lehetséges a katonapszichológia és a klinikai pszichológia feladatkörét mereven szétválasztani. Módosul a helyi szokásoktól és lehetőségektől függően, attól hol történik a katona rehabilitációja, befolyásolja az akut pszichés történések minősége és súlyossága is. A feladatok merev elválasztása helyett fontosabb a közös célért történő együttműködés.

Konklúzió

A rehabilitáció története során a világháborúkat követően, fokozatosan jött létre az igény a fizikai állapot javítása mellett a pszicho-szociális rehabilitációra is. Ezt a pszichológia XX. századi rohamos fejlődése jelentősen segítette. A mai komplex rehabilitációs folyamatot végigkíséri a pszichológus munkája. Az első világháború során a katonapszichológia kialakulását a kényszer – minél gyorsabban minél több jól képzett amerikai katonát állítsanak csatasorba – indította el, azóta azonban nem csupán a képességek felmérése és osztályozása terén, de a felkészítésben, a pszichológiai elsősegélyben, a harcok történéseinek utólagos feldolgozásában, a másodlagos pszichés betegségek, főleg a PTSD megelőzésében és gyógyításában is jelentős szerepet vállalt.

Segíti a sérült katonát, hogy újra tudjon harcolni és élni, így a katonapszichológia a katonák rehabilitációjának is nélkülözhetetlen részévé vált. A sérült katonák pszichés támogatását kezdetben a katonapszichológusok, majd a különböző klinikai szakpszichológusok végzik. Feladataik élesen nem választhatóak el, de ez nem is szükséges, hiszen céljuk közös: segíteni a sérült katonát a megmaradt képességeire támaszkodva, az optimális életminőségének elérésében.

IRODALOM

- [1] Till A.: A rehabilitáció története és a magyar rehabilitációs rendszer kialakulása. *Rehabilitáció* 2002, 12(1): 41-44.
- [2] Boda A., Horváth Sz.: Történeti áttekintés in: Huszár Ilona, Kullmann L., Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2000. 2-12.
- [3] Göncz Á.: Köszöntő. A Központi Honvédkórház centenáriumi ünnepsége. *Honvédorvos*, 1999, (51)1-2: 5-6.
- [4] Hermann R.: 1848-1849 A szabadságharc hadtörténete. Korona Kiadó, Budapest, 2001, 83-86.
- [5] Joós Márta: Rehabilitációs alapismeretek. Orvostovábbképző Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Kézirat, Budapest, 1988.
- [6] Pavlina Z., Komar Z., Knezovic Z, Filjak T.: Bevezetés a katonapszichológiába. In: Pavlina Z., Komar Z. (szerk.): *Katonapszichológia I. kötet*, 14-43. Zrínyi Kiadó, Budapest, 2007.
- [7] Makrai T. I.: A harci stressz hatása a harcteljesítményre a hadtörténelmi tapasztalatok alapján. *Humán Szemle*, 2001, 17(1-4): 141-162.
- [8] Andó S.: A pszichológia érvényesülése a katonai alkalmasságvizsgálatok kezdeteitől 1945-ig. Szakdolgozat, Kossuth Lajos Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Debrecen, 1998.
- [9] Thorne, B. M., Henley, T. B.: A pszichológia története. Kapcsolatok és összefüggések. Glória Kiadó, 2000, 520-549.

- [10] *Lechner K.*: Az idegesség a háborúban. Ajtai K. Albert Könyvsajtója, Kolozsvár, 1914.
- [11] *Makrai T. I.*: A harcistressz kezelésének története. *Humán Szemle*, 2002, 18: 1.105-119.
- [12] *Kovács G.*: A háborús, a harctéri és a harci stressz. *Honvédorvos*, 2003, (55)1-2: 36-49.
- [13] *Bolgár Judit, Szternák Gy.*: A válságreagáló műveletek végrehajtására történő felkészítés. In: Nemzetvédelmi Egyetemi Közlemények, 2005, (19)2: 75-105.
- [14] *Bolgár Judit, Siposné Kecskeméthy Klára*: Nőket a hadseregbe?! Katonanők a NATO –tagállamok fegyveres erőiben. *Hadtudomány*, 2001, (11)3: 77-91.
- [15] *Kovács G.*: A háborús pszichiátriai ellátás szervezésének új elvei. *Honvédorvos*, 1998, (50)4: 294-299.
- [16] *Komar, Z., Koren, B., Trlek, M.*: A poszttraumatikus stressz-zavarok. in. *Pavčina, Z., Komar, Z. (szerk.): Katonapszichológia* Zrínyi Kiadó, Budapest, 2007, II. kötet, 317-347.
- [17] *Urbán Nóra*: Pszichológiai elsősegély. *Honvédorvos*, 2009, (61)3-4: 182-192.
- [18] *Urbán Nóra*: A poszttraumás stresszbetegség kezelésében alkalmazható pszichoterápiás intervenciók. *Honvédorvos*, 2008, (60)3-4: 124-131.
- [19] *Riskó Ágnes*: Pszichológiai folyamatok a rehabilitációban in: *Huszár Ilona, Kullmann L., Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata* Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2000. 35-46.

Judit Weinhoffer M.D.

Chronological modifications in the relationship of rehabilitation and military psychology in the treatment process of injured soldiers

The first part of the paper deals with the history of rehabilitation, particularly from the point of view of the physical care of injured soldiers. The World Wars I and II, through the development of military health service have brought dramatic progress in the civilian health care as well, especially in surgery and rehabilitation. The process of rehabilitation has historically formed into a complex entity, in which psychological and social components also appeared in addition to improving the physical state of patients.

The second part briefly summarizes the emergence of the military psychology, that, after the World War I became a branch of applied psychology (although its roots go back to several thousands of years). The rehabilitation team's work cannot be imagined by now without the participation of a psychologist. The third part of the paper details how military psychology and physical rehabilitation met and interact inevitably within the entity of the rehabilitation process of injured soldiers.

Key-words: rehabilitation, military psychology, injury, crisis, quality of life

*Dr. Weinhoffer Judit
8380 Hévíz, Ady E. u. 31.*