



# A rendkívüli események krízispszichológiai és intézkedéslélektani aspektusai

## Aspects of Crisis Psychology and Crisis Management of Extraordinary Events

Erdélyi Ákos

krízisintervenció szakpszichológus-jelölt, kriminológus,  
doktorandusz, tanársegéd  
Nemzeti Köszolgálati Egyetem,  
Rendészettudományi Doktori Iskola,  
Nemzeti Köszolgálati Egyetem Rendészettudományi Kar  
erdelyi.akos@uni-nke.hu



### Absztrakt

**Cél:** A rendészeti munka során a szakemberek gyakran találkoznak rendkívüli eseményekkel, amelyeknek nemcsak az elhárítása, hanem az azt követő egyéni feldolgozása is komoly kihívás elé állítja őket. Ezek az események fokozottan traumatikusak tudnak lenni minden résztvevő számára, így fontos, hogy a rendkívüli eseményeket szakszerűen, mégis emberségesen kell kezelni. Nem szabad elfelejteni, hogy a rendkívüli események kialakulásában nemegyszer egyéni és/vagy kollektív traumatikus események és krízisállapotok játszanak szerepet, így fontos, hogy ezekhez az eseményekhez krízispszichológiai szempontból közelítsenek.

**Módszertan:** A szerző szakirodalmi összeggel tárja fel a rendkívüli események pszichodinamikai jellemzőit, valamint azok pszichés következményeit és intervenciók lehetőségeit.

**Megállapítások:** Minden rendkívüli esemény fokozott megterheléssel jár, és komoly bio-pszicho-szociális következményeket válthatnak ki. Ha ezeket a következményeket elfedjük, elfojtjuk, az átélt traumatikus esemény megküzdése sikertelenné válhat, amely további pszichés diszfunkciókat eredményezhet. Ezt a szemléletet kell integrálni a műveleti feladatellátásba is, különösen az intézkedéstámogató lélektani terület feladataiba.

A szerző a kéziratot magyar nyelven nyújtotta be. Benyújtás ideje: 2025. 12. 02. Átdolgozás: 2026. 01. 19. Elfogadás: 2026. 02. 28.



**Érték:** A kríziskezelés és intézkedéslélektan kiemelt fókuszú terület kell, hogy legyen a műveleti egységek mindennapjaiban, mind elméleti, mind gyakorlati aspektusból egyaránt. Mivel a műveleti feladatokat végrehajtó személyi állomány fokozott vulnerabilitásnak kitett csoportnak számít, így fontos, hogy a közvetlen veszélyeztető helyzeteket megismerjék, ezzel védve saját maguk mentális egészségét is.

**Kulcsszavak:** rendkívüli események, rendészeti munka, krízispszichológia, kríziskezelés, intézkedéslélektan.

## **Abstract**

**Aim:** During law enforcement work, we frequently encounter extraordinary incidents whose management and subsequent individual processing present significant challenges. Such events can be highly traumatic for all parties involved, making it essential to address them in a manner that is both professionally competent and humane. It is important to remember that the emergence of extraordinary incidents is often influenced by individual and/or collective traumatic experiences as well as crisis states; therefore, approaching these situations from a crisis-psychological perspective is crucial.

**Methodology:** In this article, I use a review of the relevant literature to examine the psychodynamic characteristics of extraordinary incidents, as well as their psychological consequences and possible avenues for intervention.

**Findings:** Every extraordinary incident entails heightened strain and may trigger significant bio-psycho-social consequences. If these consequences are concealed or suppressed, effective coping with the traumatic experience may fail, potentially leading to further psychological dysfunctions. This perspective must be integrated into operational practice as well, particularly within the tasks of psychological support for enforcement activities.

**Value:** Crisis management and operational psychology must represent a priority area in the everyday work of operational units, both in theoretical and practical terms. Given that personnel performing operational tasks constitute a group with heightened vulnerability, it is essential that they become familiar with situations involving immediate threats, thereby safeguarding their own mental health as well.

**Keywords:** extraordinary events, law enforcement, crisis psychology, crisis management, psychology of risk management.

## Bevezetés

Az első vonalban szolgálatot ellátók, így a rendvédelmben vagy az egészségügyben dolgozók számos esetben találkoznak mentálisan is fokozottan megterhelő eseménysorokkal. Ilyen esemény lehet például egy halálos közúti baleset, egy gyermekkorú sértettel kapcsolatos eljárási cselekmények, szuicidium vagy más közvetlen veszélyeztető magatartás, egy természeti katasztrófa, és még hosszasan lehetne folytatni a felsorolást. Ezekben a helyzetekben nemcsak az eljárásban vagy eseményben érintett személy él meg traumatikus élményeket, hanem azok is, akik munkájukból kifolyólag segítséget nyújtanak a kritikus helyzetekben. Éppen ezért a rendkívüli események olyan komplex eseményként értékelendők, amelyek értelmezéséhez krízisfókuszú megközelítésre és szemléletmódra van szükség.

## Mik azok a rendkívüli események?

A kérdés megválaszolásához először azt kell eldöntenünk, hogy arra melyik tudományterület szemszögéből szeretnénk választ adni. Erre azért van szükség, mert a rendkívüli esemény (továbbiakban: RES) mást jelent a pszichológia egyes alkalmazott területeinek olvasatában, mást a rendészetben és annak speciális területein, mást a kriminológiában és mást a biztonság- és védelempolitika terén. Lévé, hogy jelen írás a pszichológia és a rendészet fúziójára épít, így a RES meghatározásakor e két tudományterület specifikumait veszem alapul.

A pszichológiai értelmezés elsősorban az agresszív késztetések és violens magatartások alapján, közvetett módon határozza meg a RES keretrendszerét; a rendészeti megközelítés több meghatározást is ad a RES vonatkozásában, melyek közül ezen a ponton a rendőri és a büntetés-végrehajtási (továbbiakban: bv.) kontextust tekintem át.

### *A RES pszichológiai kontextusa*

A pszichológia elsősorban a klinikum szemszögén keresztül közelíti a RES meghatározásához. A klinikai pszichológia – bár nincs egységes definíciója (Urbán, 2006), – a pszichológiatudománynak az az alkalmazott területe, amely a mentális zavarokkal, azok etiológiájával, differenciál-diagnosztikai kérdéseivel, prevenció és intervenció lehetőségeivel, vagy épp alap- és alkalmazott-pszichoterápiás módszerek kidolgozásával, validálásával és gyakorlati alkalmazhatóságával foglalkozik.

A rendkívüli esemény pszichológiai értelemben olyan, a mindennapi tapasztalatokat jelentősen meghaladó, erősen megterhelő vagy fenyegető helyzet, amely megbontja az egyén biztonságérzetét, és olyan mértékű stresszreakciókat válthat ki, amelyek meghaladhatják a személy átlagos megküzdési kapacitását. A RES tipikus jellemzői: (1) váratlanság vagy kontrollvesztés élménye; (2) fenyegetettség az életre, testi épségre vagy pszichés épségre; (3) intenzív érzelmi reakciók (félelem, tehetetlenség, sokk); (4) a helyzet feldolgozásához szükséges pszichés erőforrások átmeneti elégtelensége. RES lehet például súlyos baleset, természeti katasztrófa, erőszakos cselekmény sértettjévé válás, hirtelen veszteség vagy más traumatikus élmény (Kézdí, 2019; Varga, 2011; [van der Kolk et al., 2005](#); McFarlane & Yehuda, 1996; [Horowitz, 1986](#)). A RES pszichológiai értelemben tehát voltaképpen egy akcidentális krízisből eredő cselekményfolyamnak feleltethető meg és fontos rámutatni arra is, hogy egyrészt a RES résztvevői (mind az érintettek, mind a beavatkozó állomány) is krízist élnek meg, másrészt magának a RES-nek a kiváltó oka lehet az egyén lélektani krízise – tehát az állomány számára az ezzel kapcsolatos ismeretek egyaránt fontosak a krízist megelőző állampolgárokhöz viszonyulás és a saját krízisük kezelése szempontjából.

A RES pszichológiai-pszichiátriai értelmezésének vizsgálatakor említést kell tennünk az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eü. tv.) releváns rendelkezéseiről is, amelyek nagyban hozzájárulnak a RES-t megvalósító magatartásformák azonosításához. Ezzel összefüggésben említést kell tennünk a veszélyeztető állapot, a veszélyeztető magatartás és a közvetlen veszélyeztető magatartás kérdéseiről és a köztük lévő különbségekről.

### 1. számú táblázat

*A Eü. tv. által meghatározott, RES-t eredményezhető magatartásformák*

|                              |                                           |                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eü. tv.<br>3. § j) pont      | <b>Veszélyeztető állapot</b>              | Az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene. |
| Eü. tv.<br>188. §<br>b) pont | <b>Veszélyeztető magatartás</b>           | A beteg – mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, és a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné.                               |
| Eü. tv.<br>188. §<br>c) pont | <b>Közvetlen veszélyeztető magatartás</b> | A beteg – akut mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné.        |

*Forrás.* A szerző saját szerkesztése.

Ezek azok a főbb magatartásformák, amelyek ismerete elengedhetetlen a RES komplex, krízispszichológiai és intézkedéslélektani aspektusainak megértéséhez, és adekvát, a gyakorlatban is jól működő kríziskezelési eljárások kidolgozásához.

Ezen magatartások közül RES-t leggyakrabban a közvetlen veszélyeztető magatartások generálnak. Ezek az akut állapotok kiemelt veszélyforrást jelentenek, és gyakran ön- és közveszélyes állapotot indukálnak: az öndestrukzív és szuicid viselkedés mellett megjelenhet a pszichotikus dekompenzáció is (Melzer et al., 2024; Reinhardt, 2022; APA, 2022; Lieberman & First, 2018; Lee & Jung, 2006), amelyek külön-külön is kiemelt figyelmet igényelnek, és amelyekkel igen gyakran találkozunk nemcsak a speciális műveleti egységek tagjai, hanem akár a járőrök, vagy akár a bv. biztonsági és körletfelügyelői is.

### *A RES rendőri értelmezése*

A *Rendészettudományi szaklexikon* (Boda, 2019) szerint a RES definíciója rendőri értelmezésben három aspektus mentén is meghatározható, melyek közül jelen tanulmány kontextusát tekintve az a meghatározás emelendő ki, amely szerint RES „*a rendőri intézkedés során bekövetkező minden olyan esemény, tevékenység vagy mulasztás, amely az intézkedés alá vont, az intézkedést végrehajtó vagy más személy életét, testi épségét, egészségét, anyagi javait, a személyi szabadság korlátozása helyének rendjét vagy az őrzésbiztonságot sérti, ill. veszélyezteti*” (Boda, 2019). Ebben a meghatározásban láthatóan – ugyanakkor nélkülözve bármiféle konkrét vagy taxatív meghatározást – rögzítik azokat a magatartásformákat, amelyek fennállása RES-t idéz(het) elő. Ezek leginkább olyan magatartásformák lehetnek, amelyek auto- és heteroagresszióban, violens magatartásban törhetnek a felszínre, ezzel veszélyeztetve egyrészt az intézkedés alá vont személy, másrészt az intézkedést végrehajtó, harmadrészt a civil lakosság testi épségét és egészségét, javait.

### *RES és büntetés-végrehajtás*

A szaklexikon rögzíti a RES bv. értelmezést is, amely szerint RES „*a fogva tartás biztonságát súlyosan sértő vagy veszélyeztető, speciális intézkedések bevezetését szükségessé tevő történés. Különösen a terrorcselekmény, a fogolyzendülés, a bv. szerv létesítményét, eszközeit, járműveit, valamint a személyi állomány tagját vagy az elítéltet ért támadás, a bv. szerv létesítményéből vagy járművéből való erőszakos kitörés, a fogolyszökés, az elítélt öngyilkossága, az elítélt halála, a bv. szerv létesítményét vagy járművét veszélyeztető elemi csapás, jelentős tüzeset*” (Boda, 2019). Ez a meghatározás jóval specifikusabban határozza meg a RES-t kiváltó magatartásformákat, ami nem meglepő, hiszen a bv. szerv konkrétabb szabályzókkal rendelkezik a RES-ek, az azokat kiváltó magatartásformák, azok intervenciója és kríziskezelése kapcsán is. Részletesebben

lásd: 18/2020. (V. 29.) BVOP utasítás a fogvatartotti krízisek, öngyilkossági kísérletek és önártalmak megelőzéséről, 50/2020. (X. 16.) BVOP utasítás a büntetés-végrehajtási szervezetben szolgálatot teljesítő pszichológusok szervezeti jogállásáról és a fogvatartottakkal végzett tevékenységéről, 26/2022. (XII. 21.) BVOP utasítás a büntetés-végrehajtási szervezet műveleti egységeinek működéséről. A RES bv. értelmezése elsősorban olyan magatartásformákat rögzít, amelyek főként a bv. szerv dinamikus biztonságát fenyegetik és veszélyeztetik (Vágó, 2024a, 2024b; Bogotyán et al., 2024; Szendrei, 2024; Szabó & Bezzeg, 2024; Sztodola, 2023), és ezekkel szemben kell a bv. végrehajtói állományának gyorsan és eredményesen fellépnie.

## Rendkívüli eseményeket előidéző ön- és közveszélyes állapotok

Számos olyan állapot létezik, amelyek súlyosan veszélyeztetik a beteg (elkövető/intézkedés alá vont személy), az intézkedést végrehajtó és a körülöttük lévő személyek életét és/vagy testi épségét. Ezek az állapotok rendszerint sürgősségi pszichiátriai ellátást igénylő speciális állapotok: „*pszichiátriai sürgősségi állapotnak az minősül, ha a beteg pszichés állapota, illetve szenvedélybetegsége következtében közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít (vagyis saját és mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent)*” (Vörös et al., 2021), ahogyan azt az Eü. tv. is összefoglalja. Ilyen állapot lehet (1) az agresszív és erőszakos magatartás; (2) a pszichés gátoltság; (3) az öngyilkosság vagy szuicid készletelés; (4) a pszichózis, pszichotikus dekompenzáció (Csomós, 2015), amelyek nemcsak organikus vagy mentális megbetegedések következtében alakulhatnak ki, hanem akár lélektani krízis következményei is lehetnek – különösen az agresszív magatartás és a szuicid magatartás.

### *Erőszakos magatartás*

Az erőszakos magatartás komplex jelenség, amely nemcsak rendészeti, hanem egészségügyi, szociális és társadalmi kérdéseket is felvet (Gaszner, 2021; Gulácsi et al., 2020).

A jelenség többféle szempont szerint klasszifikálható és differenciálható; egyik felosztás alapján elkülönítünk proaktív-reaktív-pszichotikus erőszakot (Haller et al., 2020), míg a klinikai pszichológiai megközelítés a violens viselkedést a normalitás-deviancia-abnormalitás spektrum mentén vizsgálja. Egy átfogó svéd tanulmány (Fazel et al., 2018) megállapította, hogy a bipoláris zavarral és a skizofrénia-spektrumzavarral diagnosztizált személyek – az átlag lakossághoz

képest – nagyobb eséllyel tanúsíthatnak erőszakos magatartást; a prevalencia pedig tovább nő a komorbid pszichiátriai betegek<sup>1</sup> körében.

Az erőszakos magatartás rizikóbecslése kapcsán statikus és dinamikus faktorokat tudunk azonosítani, amelyek az erőszakos magatartás kríziskezelésében is fontos szerephez jutnak. A statikus rizikófaktorok közé tartozik a férfi nem, a fiatal életkor, a korábbi élettörténetben jelenlévő erőszakos magatartások prevalenciája, a kriminalitás, valamint antiszocialitás és viselkedéses zavar. A dinamikus rizikótényezők között találjuk a paranoid téveszméket és egyéb pozitív pszichotikus tüneteket, az imperatív akusztikus hallucinációkat, a fokozott negatív érzelmi állapotokat, az erőszakos szándék kinyilatkoztatását, a fegyverhez vagy fegyverként használható eszközhöz való hozzájutást és az alacsony kooperációs hajlandóságot (Gulácsi et al., 2020). Különösen a dinamikus rizikófaktorok fennállása jelent akut veszélyeztető állapotot.

### *Öndesztuktív magatartás és szuicidium*

Az öngyilkosság kérdéskörének vizsgálata multi- és interdiszciplináris megközelítést kíván meg (Osváth et al., 2017), ennek ellenére ebben a fejezetben a pszichológiai vonatkozásokra tesztek utalást.

Az öngyilkos magatartás humánspecifikus jelenség, „*mely különböző szociokulturális, lélektani és biológiai tényezők individuális és társadalmi szintű interakciójának eredménye*” (Osváth et al., 2017). Fontos, hogy szuicid cselekmény nemcsak krízisállapot következtében jelentkezhet, hanem mentális zavarok és komorbiditásaik tünete is lehet (Rihmer et al., 2021).

A szuicid cselekmények rizikófaktorai hierarchikus alapon differenciálhatók. Az elsődleges (pszichiátriai) rizikófaktorok között találjuk az aktuálisan fennálló pszichiátriai megbetegedéseket (különösen az affektív zavarokat, a skizofrénia-spektrumzavart, a szerdependenciát és a borderline személyiségzavart), a megelőző szuicid kísérleteket, az első- és másodfokú rokonok által elkövetett szuicidiumot, valamint az öngyilkossági szándék és a halálvágy kommunikációját. Másodlagos (pszichoszociális) rizikófaktor a koragyermekkori negatív életesemény, az izoláció, az egzisztenciális problémák (például munkahely elvesztése, bizonytalan anyagi helyzet), súlyos akut negatív életesemények (például viktimizáció, akut stresszorok), továbbá a dohányzás és a befejezett öngyilkossághoz hozzájáruló statikus tényezők (például könnyű fegyverhez jutás,

---

1 Azon betegeket értjük ezalatt, akik nemcsak egy jól azonosítható mentális problémával élnek együtt, hanem több mentális zavar fennállása is azonosítható náluk. Ilyen komorbiditás lehet például a szerhasználati zavar, a társult pszichotikus epizódok és esetlegesen valamilyen személyiségzavar.

magas épület stb). A harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok között találjuk többek között a férfinemet, a serdülőkort és az időskort, a valamilyen szempontból vulnerábilis csoportba tartozást (például LMBTQ+ csoport, migráns csoport, fogvatartotti csoport) (Rihmer et al., 2021; Hajduska-Dér, 2019). „Az akut szuicid veszély minden esetben sürgősségi ellátást igényel, különösen akkor, ha az emocionális beszűkültség a krízisintervenció szemléletű beszélgetés során sem oldódik” (Vörös et al., 2021). Ezért is kiemelt fontosságú a szuicid krízisintervenció során az aktív hallgatás és mielőbbi egészségügyi ellátás.

## *Pszichózis*

A pszichózist leggyakrabban a skizofrénia-spektrumzavarral azonosítják, ugyanakkor más mentális zavar tünete is lehet (például a poszttraumás stressz-zavar, a bipoláris zavar, a major depresszió és egyes személyiségzavarok), ahogyan megjelenhet más pszichotikus zavar önálló tüneteként (például szkizotípiás zavar vagy rövid pszichotikus zavar), valamint kialakulhat szomatikus betegségekben és valamilyen szer, elsősorban droghatás következményeként is (Bellavics, 2024; APA, 2022; Herold et al., 2021). Ebből a rövid felsorolásból is jól körvonalazódik: a pszichotikus állapot sokkal komplexebb jelenség annál, mint ahogyan azt sok esetben gondoljuk. Egy valami azonban valamennyi pszichózisban közös: a pszichotikus állapotot megelőző személy elveszíti a kapcsolatot a realitással és a valósággal, és ezekben az esetekben individuális, szubjektív valóságok jönnek létre.

Két jellegzetes pszichotikus tünet a téveszme, vagy másnéven doxasma, és a hallucináció (Pethő et al., 2009). „A téveseszmék olyan hiedelmek, melyek valóságában a beteg megrendíthetetlenül hisz. A téveseszmék akár valószerűek is lehetnek, de gyakran a valóságtól teljesen elrugaszkodott, bizarr formát is ölthetnek. A hallucinációk olyan percepciós élmények, melyeket nem a valóságból érkező ingerek váltanak ki. A hallucinációk minden érzékszervi modalitást érinthetnek, illetve lehetnek komplexek, amikor az érzékelés több területén megjelennek, például látja is, és hallja is a beteg a kóros képzetet” (Bellavics, 2024). A RES-t jellemzően ezek a major pszichotikus tünetek alakítják, és ezekkel a tünetegyüttesekkel találják szembe magukat az intézkedést foganatosítók is. A pszichotikus állapot ezen okok miatt kiemelten ön- és közveszélyes állapotnak számít, amelynek kezelése nemcsak felkészült taktikai tudást igényel, hanem az állapot pszichológiai-pszichiátriai jellegzetességeinek ismeretét is.

## A lélektani krízis

Noha napjainkban a krízis leginkább negatív kontextusban kerül említésre, benne rejlik a változás és a fejlődés iránti lehetőség is. Maga a kifejezés görög eredetű, és eredeti jelentése fordulat, fordulópont, válság (Hajduska-Dér, 2019; Bóna, 2015).

A krízisek többféle szempont alapján csoportosíthatók; az egyik csoportosítás szerint normatív (vagy fejlődési) és rendkívüli (vagy akcidentális) krízisekről beszélhetünk. A normatív krízisek életünk természetes velejárói, olyan események és helyzetek váltják ki, amelyek elkerülhetetlenek életünk során, mint például a serdülőkor ki-vagyok-én-típusú identitáskeresés, vagy az időskor és az időszedéssel való szembenézés. Ezzel szemben a rendkívüli kríziseket mindig valamilyen külső, fenyegető események váltják ki, mint például baleset, halállal kapcsolatos találkozás, áldozattá válás, gyermekkori bántalmazás, polytraumatizáció (Hajduska-Dér, 2019; Bóna, 2015; Kerekes, 2015; Hajduska, 2008; Erikson, 1991).

*„A lélektani krízisben átmeneti egyensúlyvesztés és dezorganizáció jellemzi az egyént, aki szokásos problémamegoldó módszereivel képtelen megküzdeni egy adott szituációval, amelynek kimenetele fordulhat radikálisan jóra vagy rosszra. [...] Bármilyen hirtelen bekövetkező és intenzív változás, függetlenül attól, hogy a helyzet romlását vagy javulását idézi elő, válsághelyzethez vezethet, ami arra készteti a személyt, hogy újraértékelje cselekvési módozatait és gondolkodási sémáit”* (Bóna, 2015).

A lélektani krízis meghatározása Caplan (1964) nevéhez fűződik, aki azokat az állapotokat sorolta a lélektani krízis közé, amikor az egyén pszichés stabilitása és egyensúlya valamilyen külső, fenyegető körülmény hatására felborul, amely külső körülménnyel az egyén – idővel – kénytelen szembenézni. A krízist kiváltó esemény és maga a krízis is az egyén számára mindennél fontosabbá kezd válni az idő előrehaladtával, azonban azzal nem tud eredményesen megküzdeni, mert a rendelkezésére álló problémamegoldó módszerek, valamilyen okból kifolyólag, nem működnek. Ennek következménye, hogy az egyén egyre negatívabban látja a világot és – szélsőséges esetben, végsősoron – nem lát más megoldást, mint a szuicidiumot (Vörös et al., 2021; Hajduska-Dér, 2019; Hajduska, 2008), vagy más ön- és közveszélyes állapot manifesztációját.

## RES: krízispszichológia és intézkedéslélektan

A fejezetcímben szereplő két alkalmazott pszichológiai terület kooperációja elengedhetetlen a RES kezeléséhez.

A krízispszichológia kompetenciája közé tartozik a normatív és rendkívüli krízisek akut kezelése, azonban azok terápiája már a klinikum kompetenciája – ezt minden alkalommal, amikor krízisintervencióról és krízisterápiáról van szó, figyelembe kell venni. A krízispszichológusok kompetenciája az akut krízisek eredményes kezeléséhez, a veszélyeztetett állapot megszüntetéséhez, az azt követő egyéni krízistanácsadáshoz (de nem krízisterápiához), valamint a stresszel, traumákkal és krízisekkel való adaptív megküzdéshez és annak kialakításához, az önismerethez és a pszichoedukációhoz illeszkedik – a krízis- és traumaterápia már a klinikai pszichológia kompetenciája közé tartozik (Hajduska-Dér, 2019).

Vizsgáljuk meg, hogyan kapcsolódik a krízispszichológiához az intézkedéslélektan!

### *Az intézkedéslélektanról*

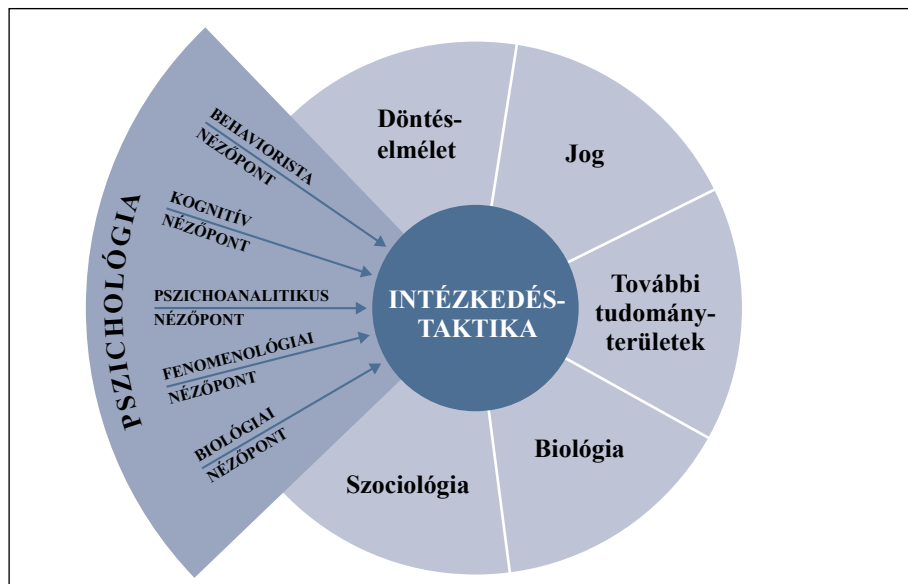
Az intézkedéslélektan mint a célzott műveleteket-intézkedéseket támogató alkalmazott pszichológiai terület a műveleti pszichológia egyik alterülete (Erdélyi, 2025), ugyanakkor nagyban merít és építkezik a krízispszichológia elméleti ismereteiből és gyakorlati eljárásaiból, valamint más tudományterületek tudásából is. Feladatellátását tekintve két nagyobb területre osztható. Az egyik terület maga az akut krízisek kezelése és a konkrét műveleti cselekmény támogatása; a másik alterület pedig maga az intézkedéseket végrehajtó személyi állomány pszichológiai kiképzése, pszichés gondozása, pszichoedukálása, önismeretének fejlesztése, legyen szó akár a közterületen szolgáltatást teljesítőkről, vagy akár a műveleti/bevetési egységekről.

A konkrét intézkedések támogatására olyan pszichológiai módszerek állnak rendelkezésünkre, mint a krízisintervenció, a kríziskommunikáció, vagy az aktív hallgatás, míg a személyi állománnyal való munka során nagyban támaszkodhatunk a pszichoedukációra, önismereti tréningekre és az egyes egyéni és csoportos módszerspecifikus eljárásokra

Az intézkedéslélektan kapcsán fontos társszakterület az intézkedéstaktika, amit érdemes holisztikus szemléletben megközelíteni: az intézkedéstaktika vonatkozásában említést kell tenni annak lélektani, jogi, döntésméleti, szociológiai és biológiai aspektusairól egyaránt (Retek, 2023).

## 1. számú ábra

*Az intézkedéstaktika holisztikus megközelítése*



*Forrás. Retek, 2023.*

Az 1. számú ábra is jól szemlélteti: az intézkedéstaktika és a rendészeti intézkedés sokkal több, mint a hatályos jogszabályok ismerete és betartása.

A célhoz kötött intézkedések végrehajtása során az intézkedést végrehajtó személynek olyan pszichológiai folyamatokat kell ismernie, mint a különböző kognitív munkafolyamatok (például percepció, személy- és helyzetészlelés, gondolkodás vagy memória) működése, a heurisztikus gondolkodás előnyei és hátrányai, egyes szociálpszichológiai jelenségek viselkedésre gyakorolt hatása (például attitűd, sztereotípa), a stressz okozta élettani változások és alappszichopatológiai ismeretek (Retek, 2023; 2021). Mindezekre pedig képezni kell a végrehajtói állományt – nemcsak a fizikai felkészültségüket és taktikai tudásukat kell biztos alapokra helyezni, hanem a pszichológiai ismereteiket is.

### *3K: kríziskezelés, krízisintervenció, kríziskommunikáció*

A kríziskezelés vagy krízisintervenció a kialakult, akut krízisállapot oldására és kezelésére irányuló törekvés, amelynek célja, hogy támogassa az egyént pszichés egyensúlyának stabilizálásában, rendezett lelkiállapotának mihamarabbi kialakításában (Vörös et al., 2021; Hajduska, 2008). „Fontos, hogy

*a krízisintervenció más pszichoterápiákkal szemben az itt és most helyzetre koncentrál. Támogató, nem konfrontatív, de problémaorientált. [...] A krízisintervenció célja az egészséges életbe való visszairányítás, a biztonság megteremtése, az öngondoskodás helyreállítása és egy pozitív, önvédő jövőkép megteremtése”* (Hajduska-Dér, 2019).

A rendkívüli események krízisintervenciók beavatkozása rövid és célzott kell, hogy legyen. Ezek az események krízisbeavatkozással is kezelendők, nem csak a legitim fizikai erőszak monopóliumával. *„A krízisben lévő személy kifejezetten fogékony a beavatkozásra, erősen szuggerábilis, hiszen érzelmezérelt, labilis, zaklatott, észlelése, figyelme, asszociációi, indulatai mind-mind a provokáló eseményre beszükültek. Nemcsak a befolyásolhatósága erős, hanem a motivációja is arra, hogy segítséget kapjon, beszélhessen érzéseiről, gondolatairól, fantáziáiról, minél előbb megnyugodjék. Ezt érdemes kihasználni. [...] Ebben a felfokozott lelkiállapotban lehetőség van prevencióra és viselkedéskorrekcióra is, elsősorban a konfliktusmegoldó technikákat illetően”* (Hajduska, 2008). Mindez megalapozza az intézkedéslélektan krízisintervenciók feladatellátását.

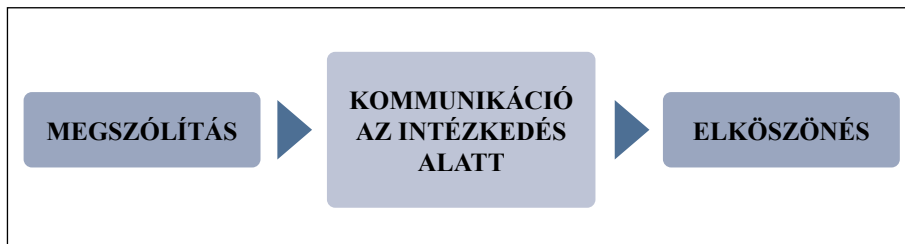
Felfokozott és beszükült helyzetben az intézkedés alá vont személy viselkedése nem mindig logikus és koherens, sokszor pedig egyenesen kiszámíthatatlan, ön- és közveszélyes tendenciákkal tarkítva. Minden esetben mérlegelni kell, hogy a beavatkozó egység számára mekkora veszélyforrás az adott szituáció, mekkora esélye van kontaktusba vonni az intézkedés alá vont személyt és mekkora az együttműködésre való hajlandóság.

Egy pszichotikus állapotban lévő beteg viselkedése bejósolhatatlan, így tőle kooperációra nem minden esetben számíthatunk, ellenben igen nagy a violens magatartás kockázata, amely mind auto-, mind heteroagresszív cselekvésben manifesztálódhat. A pszichotikus beteggel szemben egy szuicid krízisben lévő személy nagyobb eséllyel vonható kontaktusba, és nagyobb eséllyel nyitott a szupportív beszélgetésre. Ebben az esetben a rapport kiépítése a legfontosabb feladat, amit fokozatosan, lépésről lépésre kell kialakítani, bármiféle előítélettől és áldozathibáztatástól mentesen. A krízisintervenció során alkalmazott kommunikáció semmiképpen sem arra kell, hogy kitérjen, hogy a krízisben lévő személy hogyan kerülhetett volna el a krízist és neki milyen felelőssége van abban. A beszükült tudatállapotú személy minden gondolata amúgy is a krízis és az azt kiváltó esemény körül forog, fantáziaműködése felfokozott, figyelmét, gondolatát és érzését a történetek kötik le. Ebben a beszükült állapotban a krízisintervenciót és kríziskommunikációt végző személynek világítótoronyként kell helyt állnia, és fokozatosan tágitani a krízisben lévő személy tudatállapotát és orientációját (Gulácsi et al., 2020; Hajduska, 2008).

Csomós (2008) érhetően és egyszerűen fogalmazza meg a rendészeti intézkedések kommunikációs folyamatát. Mint írja, a kommunikáció három nagyobb részegységre osztható: (1) megszólítás, (2) az intézkedés alá vonttal történő kommunikáció és (3) elköszönés.

## 2. számú ábra

*Az intézkedés alá vont személlyel folytatott szóbeli érintkezés folyamata*



*Forrás.* Csomós, 2008.

Ez a folyamat nem differenciál a kommunikációs stílust illetően, aminek oka, hogy ez a folyamatára nem krízisben lévő személlyel szemben foganatosított intézkedési helyzetre vonatkozik. Az itt látható folyamat valamennyi, „normatív” intézkedésszituációban általános iránymutatást nyújt, legyen szó egy közúti ellenőrzés alatt, vagy egy, a büntetőeljárásban tanúként részt vevő személynél folytatott házkutatás során folytatott kommunikációs stílust illetően. Ezzel szemben a pszichés funkcióvesztés jegyeit mutató személlyel folytatott kommunikáció más megközelítést kíván meg.

A pszichiátriai betegekkel való kommunikáció szabályait Csomós (2015) így összegzi: „*az intézkedés megkezdése előtt a rendőr tegyen kísérletet a pszichiátriai beteggel való kapcsolatfelvételre és hangsúlyozza, hogy a rendőrség segíteni érkezett. Hagyni kell beszélni a beteget. A rendőr mindig valamilyen konkrét témáról beszéljen, megértő hallgatást kell megvalósítani, a vitatkozást kerülni kell, különösen a téveszméivel kapcsolatban. A kommunikációba a családtagok bevonása kerülendő, különösen akkor, ha ők is a beteg téveszméinek a részei, csak a beteg kérésére, ha a rendőr a helyszínen a körülmények mérlegelése a hely és személyismerete alapján úgy dönt. A betegre gyakorolt hatásától függően megengedheti, vagy a későbbiekben elutasíthatja, hogy a családtag kommunikáljon a beteggel az orvosi vagy kórházi kezelés érdekében. Figyelembe kell venni, hogy általában a betegnek lehet egy elutasító beállítódása az orvosi vagy kórházi kezelésre vonatkozóan. A kommunikáció során a rendőr ne nézzen fenyegetően a betegre és ne menjen túl közel hozzá*” (Csomós, 2015). Ez a protokolláris megfogalmazás nem pusztán a pszichiátriai beteggel szemben

foganatosított intézkedések alkalmával követendő: az akut szuicid krízisben lévő személy esetén is követendő lehetőségeket fogalmaz meg a fenti összegzés.

### *RES és ami utána marad: extrém stressz és polytraumatizáció*

Stresszel mindannyian találkozunk már életünk során és saját bőrünkön tapasztaltuk és tapasztaljuk a stresszre adott válaszreakciók fiziológiai jellemzőit – szapora légzés, megemelkedett vérnyomás, hasi panaszok. Ugyanakkor a stressz pontos hatásmechanizmusát nem biztos, hogy ismerjük, mégis egy rendkívüli eseményekről szóló tanulmányban megkerülhetetlen, hogy legalább néhány sorban ne kerüljön említésre. Ebben a fejezetben nem célom bemutatni a stressz részletes neurobiológiai-élettani hátterét – ezt megtették már korábban mások (Haller, 2018; Tringer, 2010; Selye, 1976) –, sokkal inkább kiemelni a stressz intézkedéslélektani aspektusait és relevanciáit. De mi a stressz?

A stressz a szervezet válaszreakciója a környezeti hatások változására, legyen ez a változás akár pozitív, akár negatív – a stressz egy készenléti reakció, ami valamilyen fenyegetettségre adott adaptív válasz (Lehoczki, 2021).

Lehoczki egy korábbi tanulmányában összegzi (2021), hogy a fegyveres rendvédelmi szervek személyi állománya esetében érdemes három különböző stresszhatást megkülönböztetni. Az egyik stresszhatás a szervezeti jellegzetességekből eredő, a munkavégzéssel és annak körülményeivel kapcsolatosan megjelenő stressz, amely a kiegészítő és pszichoszomatikus megbetegedések kialakulásában játszik szerepet; a másik stresszforrás a szolgálat során bekövetkező – akár normatív, akár rendkívüli – eseményekből eredő traumatizáció; a harmadik stresszhatás pedig maga a rendészeti intézkedés és az ebből eredő intenzív stressz. Ezek vizsgálata azért is fontos, mert a stresszválasz nem plasztikus, hanem fejleszthető: a stresszkezelés, a reziliencia minden esetben optimalizálható (Shipleigh & Baranski, 2002), így a rendészeti szervek állománya fokozatosan kiképezhető az intenzív stresszhelyzetek optimálisabb kezelésére a tekintetben is, hogy az intézkedések során saját érzéseikre és gondolataikra is reflektívebbé váljanak. Ez azért is fontos kérdés, mert bár az egységek fizikai és taktikai kiképzése kimagasló, a mentális felkészítésre jóval kisebb hangsúly esik (Lehoczki, 2021).

A műveleti egységek kapcsán azért is fontos beszélni a stresszről, mert a túlzott mértékű distressz csökkenti az egyén produktivitását is, és az állandó készenléti állapot egy idő után kimeríti az egyént és fogékonyabbá teszi őt a stresszhelyzetek nem megfelelő értékelésére és feldolgozására. Ennek következménye, hogy az egyén kimerül, nem tud megújulni, és a sok distressz élmény az egyén számára egyszer csak egy traumatikus eseményben csúcsosodik ki – például egy

intézkedés során egy tőle nem megszokott cselekményben robban ki. Ezzel az explozívaszerű kitöréssel ő maga sem tud mit kezdeni, nem tud vele eredményesen, adaptív módon megküzdeni. Fokozatosan leértékeli szakmai tudását, elbizonytalanodik önmagában, ezt követi az érzelmi kimerülés, az eltávolodás, az újabb és újabb jog- és szakszerűtlen agresszív cselekmények, fegyelmi problémák, majd a kiégés és a pályaelhagyás. A megfelelő tréningek ezt a negatív folyamatot segítenek kezelni és megelőzni, s ezért is lenne fontos, hogy a művelési/bevetési egységek tagjai ne csak az alkalmassági vizsgálatok során találkozzanak pszichológus szakemberrel, hanem legyen egy olyan pszichológus, aki dedikáltan az ő mentálhigiénés támogatásukkal foglalkozik. Hiszen az ép test mellé ép lélek is dukál.

## Összegzés

A RES krízispszichológiai aspektusai rendkívül komplex kérdéskört ölelnek fel, amelynek vizsgálatához először azt kell megértenünk, hogy hogyan alakul a normatív és a rendkívüli krízisek pszichodinamikája. A rendkívüli vagy akcidentális krízisek olyan váratlan traumatikus eseményekből erednek, amelyekre a traumát átélő személy nem volt felkészülve. Ilyen trauma lehet egy közúti baleset vagy erőszakos bűncselekmény áldozatává válás, mindez pedig rendkívüli állapotot idéz elő a személy életében.

Fontos, hogy a RES alapvetően sürgősségi állapottal járó esemény: mint láttuk, ezekben az esetekben olyan magatartásokkal találkozunk, mint az erőszakos magatartás, az agresszió vagy a szuicid cselekmény. Mindezek pedig speciális intézkedéslélektani tudást és krízisintervenciós jártasságot igényelnek, amelyeket képzések útján lehet a legjobban megismertetni a személyi állománnyal.

Fontos szerephez kell jusson a végrehajtói állomány pszichoedukációja, mind elméleti, mind gyakorlati ismereteinek bővítése és specializálása. Az intézkedéslélektannal kapcsolatos elméleti képzés során hangsúlyt kell fektetni a RES-t kiváltó tényezőkre és rizikófaktorokra, a pszichodinamikai történésekre, az intézkedés során megjelenő stresszváltozásokra és más lélektani-élettani változásokra, és legfőképpen az egyes krízisintervenciós technikákra.

Az elméleti edukációt követően célszerű olyan, szituatív lélektaktikai tréningek, mentális edzések (Farkas et al., 2023; Lehoczki, 2021; Retek, 2021) szervezése és kivitelezése, amelyek a személyi állományt laboratóriumi körülmények között, kontrollált helyzetben képzik RES-szituációk kezelésére, azokkal szembeni intézkedések foganatosítására. Ezek előnye, hogy a személyi állomány biztonságos körülmények között találkozhat a RES-sel, az általa kiváltott

pszichés változásokkal, közvetlenül meg tudják tapasztalni azok kognitív funkciókra gyakorolt hatását, és objektív visszajelzést kapnak a tréningen jelenlévő szakemberektől. Ez hozzájárul többek között az objektív, tapasztalati úton történő tanuláshoz, másrészt nagyon jó önismereti visszacsatolás is.

Mint Lehoczki összegzi, „a rendészeti, intézkedéstaktikai kiképzésekben meglehetősen ritkán szerepel a szisztematikus mentális felkészítés. Ha mégis szerepel, akkor is sokkal inkább alapszik személyes rutinon és tapasztalatokon, mintsem széleskörű, és tudományosan megalapozott tudáson. Holott könnyen belátható, hogy akkor tudunk a leghatékonyabb lenni, ha a tapasztalat és rutin, valamint a tudományos eredmények egymásra támaszkodnak és egymást erősítik. Itt az ideje tehát, hogy a tudomány és a rendészeti gyakorlat ne határolódjon el egymástól, hanem elkezdjen együttműködni annak érdekében, hogy hivatásosaink mentális területen is megfelelő felkészítést kaphassanak” (Lehoczki, 2021).

## Felhasznált irodalom

---

- American Psychiatric Association (2022). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. APA.
- Bellavics M. Zs. (2024). *Klinikai profilozás és empiria: a kriminalitás és a mentális zavar kapcsolata egy fiatalokorű bűnelkövetői mintában*. Doktori (PhD) értekezés. Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Rendészettudományi Doktori Iskola.
- Boda J. (2019). *Rendészettudományi Szaklexikon*. Dialóg Campus.
- Bogotyán R., Budai N., & Vágó Z. (2024). A rendőrség és a büntetés-végrehajtás szakmai kapcsolata, különösen a felderítési tevékenység aspektusait vizsgálva. In: Czenczer O. (Szerk.), „Mindennek a lélek a rendje...” *Tanulmányok a 65 éve született Ruzsonyi Péter emlékére* (pp. 63-78). Ludovika Kiadó.
- Bóna A. (2015). A krízis lélektana. In: Kiss E. Cs., & Sz. Makó H. (Szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 123-137). Pro Pannonia.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Csomós I. (2015). *Intézkedés-lélektan és kommunikáció*. NSZFI.
- Csomós I. (2008). *A kommunikációs alapjai*. NSZFI.
- Erdélyi Á. (2025). A műveleti pszichológia konceptualizálása, helye és szerepe a pszichológia- és rendészettudományban 1.: A műveleti pszichológia elméleti keretének ismertetése. *Nemzetbiztonsági Szemle*, 13(2), 62-73. <https://doi.org/10.32561/nsz.2025.2.5>
- Erikson E. (1991). *A fiatal Luther és más írások*. Gondolat Kiadó.
- Farkas I., Végh J., Ivaskevics K., Malét-Szabó E., & Haller J. (2023). The effects of expected and unexpected stress on inappropriate aggression in simulated police interventions. *Heliyon*, 9(7), e17871. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17871>

- Fazel, S., Smith, E. N., Chang, Z., & Geddes, J. R. (2018). Risk factors for interpersonal violence: az umbrella review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 609-614. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.145>
- Gaszner G. (2021). Agresszivitás. A violens beteg multidiszciplináris kezelése. In. Németh A., Füredi J., Lazáry J., & Somlai Zs. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve. 6. átdolgozott és bővített kiadás* (pp. 803-807). Medicina Könyvkiadó.
- Gulácsi I., Frecska E., Móri E. Cs., Kolombár R., & Csizmadiané Szabó M. (2020). Veszélyhelyzetek és kockázatok megelőzése és kezelése a gondozás során. In. Balczár L., Vandlik E., & Kárpáti T. (Szerk.), *Pszichiátriai gondozásról, pszichiáter rezidenseknek* (pp. 83-90). Állami Egészségügyi Ellátó Központ.
- Hajduska M. (2008). *Krízislélektan*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Hajduska-Dér N. (2019). Krízisintervenció a gyakorlatban – az öngyilkosság krízise. A klinikai szakpszichológus szerepe a krízisosztályon. In. Kapitány-Fövényi M., Koncz Zs., & Varga S. K. (Szerk.), *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban – Útirányok* (pp. 25-48). Medicina Könyvkiadó.
- Haller J., Fogarasi M., & Ivaskevics K. (2020). Agresszió és erőszakos bűncselekmények. In. Haller J. (Szerk.), *Bűntettek kriminálpszichológiája* (pp. 17-58). Dialóg Campus.
- Haller J. (2018). A lelki jelenségek biológiai alapjai. In. Haller J., & Farkas J. (Szerk.), *Pszichológia a közszolgálatban I.* (pp. 23-38). Dialóg Campus.
- Herold R., Simon M., Fekete S., & Tényi T. (2021). Szkizofréniaspektrum és más pszichotikus zavarok. In. Németh A., Füredi J., Lazáry J., & Somlai Zs. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve. 6. átdolgozott és bővített kiadás* (pp. 237-259). Medicina Könyvkiadó.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders. *Psychiatric Services*, 37(3), 241-249. <https://doi.org/10.1176/ps.37.3.241>
- Kerekes Zs. (2015). Az időskor, mint krízis. In. Kiss E. Cs., & Sz. Makó H. (Szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 182-218). Pro Pannonia.
- Kézdi B. (2019). *Katasztrófapszichológia – Elmélet és kutatás*. Akadémiai Kiadó.
- Lee, S. I., & Jung, H-Y. (2006). Psychosocial Risk Factors for Suicide. *Psychiatry Investigation*, 3(2), 15-22.
- Lehoczki Á. (2021). *Intézkedéslélektan intenzív stresszhelyzetben*. NKFI.
- Lieberman, A. J., & First, B. M. (2018). Psychotic Disorders. *The New-England Medical Review and Journal*, 379(3), 270-280. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1801490>
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 20-31.
- Melzer, L., Forkmann, T., & Teismann, T. (2024). Suicide Crisis Syndrome: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(1), 1-19.
- Osváth P., Vörös V., & Fekete S. (2017). Öngyilkos magatartás és személyiségzavarok. In. Tényi T. (Szerk.), *Személyiségzavarok – klinikum és kutatás* (pp. 247-266). Medicina Könyvkiadó.

- Pethő B., Batta B., Bitter I., Farkas M., Gosztönyi G., Janka Z., Rihmer Z., Rózsavölgyi É., Schöner V., Szendi I., Tolna J., Tusnády G., Vargha A., & Vízkeleti G. (2009). *Részletes zárójelentés az endogén pszichózisok klinikuma, összehasonlító nozológiája, genetikai, pszichometria szociológiai és experimentális vizsgálata, 21–33 éves követéses vizsgálatuk alapján*. Budapest.
- Reinhardt M. (2022). A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértő viselkedés magyarázó modelljei. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(2), 245-270. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00016>
- Retek A. (2023). *Az intézkedéstaktika pszichológiájáról. „ERŐ – SZAK – TUDÁS”*. NKFI.
- Retek A. (2021). *Az intézkedéstaktika pszichológiája esettanulmányokon keresztül*. NKE RTK.
- Rihmer Z., Fekete S., & Gonda X. (2021). Öngyilkosság. In. Németh A., Füredi J., Lazáry J. & Somlai Zs. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve. 6. átdolgozott és bővített kiadás* (pp. 792-802). Medicina Könyvkiadó.
- Selye J. (1976). *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó.
- Shiple, P., & Baranski, J. V. (2002). Police Officer Performance Under Stress: A Pilot Study on the Effects of Visuo-Motor Behavior Rehearsal. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 71–80. <https://doi.org/10.1023/A:1014950602826>
- Szabó B., & Bezzeg S. (2024). Országos törzsfoglalkozás a Kiskunhalasi Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben. *Börtönügyi Szemle*, 43(1), 85-102.
- Szendrei F. (2024). A rendőrség és a büntetés-végrehajtási intézetek kapcsolata, avagy: Mit csinál a (bűnügyi) rendőrség a bv.-ben? In. Czenczer O. (Szerk.), *„Mindennek a lélek a rendje...” Tanulmányok a 65 éve született Ruzsonyi Péter emlékére* (pp. 307-316). Ludovika Kiadó.
- Sztodola T. (2023). A fogolyzandulás hatása a fogvatartás biztonságára, valamint a nemzetbiztonságra. *Börtönügyi Szemle*, 42(4), 77-93.
- Tringer L. (2010). *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó.
- Urbán R. (2006). A klinikai és az egészségpszichológia. In. Oláh A. (Szerk.), *Pszichológiai alapismeretek* (pp. 707-726). Bölcsész Konzorcium.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Varga J. (2011). *Klinikai pszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Vágó Z. (2024a). A mintázatok jelentősége a dinamikus biztonság fogalmi rendszerében. *Börtönügyi Szemle*, 43(1), 103-121.
- Vágó Z. (2024b). A rendkívüli események megelőzését célzó adatelemzések végzése mesterséges intelligencia alkalmazásával. *Börtönügyi Szemle*, 43(4), 75-94.
- Vörös V., Osváth P., & Tényi T. (2021). Pszichiátriai sürgősség – pszichiátriai sürgősségi állapotok. In Németh A., Füredi J., Lazáry J., & Somlai Zs. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve. 6. átdolgozott és bővített kiadás* (pp. 769-791). Medicina Könyvkiadó.

## Alkalmazott jogszabályok

---

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

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

26/2022. (XII. 21.) BVOP utasítás a büntetés-végrehajtási szervezet művelleti egységeinek működéséről

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

## A cikk APA szabály szerinti hivatkozása

---

Erdélyi Á. (2026). A rendkívüli események krízispszichológiai és intézkedéslélektani aspektusai. *Belügyi Szemle*, 74(6), 2011–2029. <https://doi.org/10.38146/BSZ-AJIA.2026.v74.i7.pp2011-2029>

## Nyilatkozatok

---

### Összeférhetetlenség

A szerző nem jelentett összeférhetetlenséget.

### Finanszírozás

A szerző nem kapott pénzügyi támogatást a kutatáshoz, a szerzőséghez és/vagy a cikk publikálásához.

### Etikai nyilatkozat

Jelen cikkhez nem kapcsolódik adatkészlet.

### Nyílt hozzáférésről szóló tájékoztatás

A közlemény nyílt hozzáféréssel, a Creative Commons Attribution–NonCommercial–NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0) feltételei szerint jelenik meg. A közlemény változatlan formában, nem kereskedelmi célból, bármely médiumban és formátumban szabadon megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző(k), a közlés helye és a licenc hivatkozása megfelelően feltüntetésre kerül. Módosított vagy átdolgozott változat terjesztése, valamint kereskedelmi célú felhasználása nem megengedett.

### Levelező szerző

A cikk levelező szerzője Erdélyi Ákos, aki az [erdelyi.akos@uni-nke.hu](mailto:erdelyi.akos@uni-nke.hu) e-mail címen érhető el.