



PÁZMÁNY PÉTER KATOLIKUS EGYETEM
Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar

BERTA JUDIT,
CSABAI KRISZTINA

**Szocializáció gyermek-
és serdülőkorban.
Elakadások, zavarok
és kibontakozás.**

egyetemi jegyzet

ISBN 978-963-308-181-5

Budapest, 2014.



A kutatás a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 Nemzeti Kiválóság Program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

Tartalomjegyzék

Bevezető.....	5
1. A szocializáció alapkérdései.....	8
1.1. A szocializáció fogalma, menete és kulturális meghatározottsága.....	8
1.1.1. A szocializáció definíciója	8
1.1.2. A szocializáció folyamata, szocializációs technikák	11
1.1.3. Elsődleges és másodlagos szocializáció.....	14
1.1.4. A kultúra szerepe a szocializációban.....	15
1.1.5. Internalizáció (interiorizáció).....	19
1.2. A szocializáció ágensei.....	19
1.2.1. A család	20
1.2.2. Az iskola.....	45
1.2.3. A média	54
1.3. A szocializációs folyamat változása napjainkban.....	65
1.3.1. A család változása	65
1.3.2. A gyermek- és iskoláskor változása	68
1.3.3. Változások a médiumok hatására	71
1.4. Problémák a szocializáció folyamatában.....	75
1.4.1. A sikertelen szocializáció fogalma.....	75
1.4.2. A deviancia fogalma.....	77
1.4.3. A deviáns viselkedés azonosítása.....	78
1.4.4. Deviancia és fejlődés.....	80
1.4.5. Deviancia és stigmatizáció	81
1.4.6. Krízis	82
2. Az egyén közérzete	85
2.1. Az egészség	85
2.1.1. Egészségmagatartás.....	86
2.1.2. Egészségnevelés	89
2.1.3. Rekreáció.....	90
2.2. Szubjektív jóllét.....	91
2.3. Konfliktus és konfliktusmegoldás	95
2.4. Reziliencia (Alkalmazkodás).....	101

2.5. Prevenció (Megelőzés)	102
3. Elakadások a szocializációs folyamatban.....	104
3.1. Stressz.....	104
1.1.1. Stressz és megküzdés	105
3.2. Trauma.....	112
3.2.1. Trauma és stressz.....	114
3.2.2. Posztraumás növekedés	121
3.3. Kiegészítés.....	122
3.4. A halál, haldoklás és gyász.....	126
3.4.1. A beteg és a hozzátartozók jogai terminális állapotban	129
3.4.2. A terminális állapot személyközi kommunikációja	131
3.4.3. A haldoklás pszichológiája.....	138
3.4.4. A halálkép és halál fogalom	144
3.4.5. A halál megállapítása	155
3.4.6. A gyászfolyamat.....	156
3.4.7. Veszteségpszichológia.....	165
3.5. Az öngyilkosság	167
3.5.1. Az öngyilkosság meghatározása és előfordulása	169
3.5.2. Az öngyilkosságot megelőző pszichés állapot	183
3.5.3. Öngyilkosság serdülőkorban	185
3.5.4. Az emo-jelenség	191
3.5.5. Öngyilkos szekták	194
3.5.6. Prevenció	194
4. A családi szocializáció diszfunkciói.....	197
4.1. Az anya gyermek kapcsolat zavarai és fejlődési pszichopatológia	197
4.1.1. A mentális betegségek kialakulása a korai elméletek alapján	197
4.1.2. A budapesti iskola képviselői.....	198
4.1.3. Tárgykapcsolat elméletek.....	199
4.1.4. Kötődési minőség	202
4.1.5. A szeparáció - individualizáció és pszichopatológia.....	210
4.1.6. A fejlődés dinamikája.....	211
4.2. Hibás szocializációs technikák alkalmazásának hatása	213
4.2.1. A jutalmazás és büntetés kontextus-függő mivolta	213

4.2.2. A büntetés lehetséges nemkívánatos hatásai	214
4.2.3. A jutalmazás lehetséges nemkívánatos hatásai	215
4.2.4. Behódolás	216
4.3. A válás	216
4.3.1. A válás hatása a gyermekre	221
4.4. Bántalmazás - abúzus	227
4.4.1. Kollektív bántalmazás	227
4.4.2. Rendszerabúzus	228
4.4.3. Fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás	228
4.4.3.1.1. <i>Münchausen by proxy syndrome (MBPS)</i>	234
4.4.4. Időskori bántalmazás	237
4.5. Hátrányos helyzetű családok	239
4.5.1. A szegénység mint hátrányos helyzet.....	239
4.5.2. A szegénység hatása a szocializációra	240
4.5.3. A szegénység öröklődése	242
4.6. Az intézeti nevelkedés jellemzői	243
4.6.1. Az állami gondozásba vétel.....	243
4.6.2. Család vs. nevelőotthon.....	244
4.6.3. Az állami gondozás szocializációs hatása életkoronként	245
4.6.4. Az állami gondozott gyerekek szocializációjának optimalizálása	248
4.6.5. Az örökbefogadás pszichológiai vonatkozásai.....	250
5. Az iskolai szocializáció diszfunkciói	253
5.1. A tanár személyisége és nevelési stílusa	253
5.1.1. Érzelmi támogatás	254
5.1.2. Hatalom	255
5.2. A rejtett tanterv.....	257
5.2.1. Az iskola szervezeti kultúrája.....	257
5.2.2. A rejtett tanterv fogalma.....	258
5.3. A társas kapcsolatok zavarai.....	260
5.3.1. Családi szocializáció és kortárskapcsolatok	260
5.3.2. A referenciacsoportok negatív hatása.....	260
5.3.3. Az iskolai erőszak	262
5.4. Teljesítmény- és viselkedésproblémák az iskolában	266

5.4.1. A tanulási zavar definíciója	266
5.4.2. Tanulási zavar és szocializáció.....	268
5.4.3. A tanulási zavar összefüggése más zavarokkal	271
5.4.4. Tanulási zavar életkoronként.....	272
5.4.5. Egyéb tanulással kapcsolatos problémák	273
6. A médiahasználat összefüggései a szocializációs diszfunkciókkal	277
6.1. A médiakörnyezet megváltozása	277
6.1.1. Példakép-választás.....	281
6.1.2. Fogyasztói társadalom és a tulajdon.....	283
6.2. Az internetezés lehetséges negatív hatásai	287
6.2.1. Függőség	289
6.2.2. Cyberbullying.....	290
6.2.3. A „Facebook-jelenség”	291
6.2.4. Az internet veszélyei szkeptikus szemmel	293
6.3. A szülők szerepe a médiahasználat szabályozásában.....	295
6.3.1. A mediáció fogalma és hazai jellegzetességei.....	296
6.3.2. A mediáció lehetőségei televíziózás esetén.....	297
6.3.3. A mediáció lehetőségei internetezés esetén	298
7. Klinikai figyelmet igénylő állapot.....	300
7.1. A mentális betegségek klasszifikációs rendszerei	302
7.1.1. DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	303
7.1.2. BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása.....	308
7.2. Új tudományos paradigma.....	309
7.3. Intézményi háttér a személyiségfejlődési zavar gyanúja esetén.....	310
7.3.1. Iskolapszichológia	310
7.3.2. Nevelési tanácsadó	312
7.3.3. Klinikai gyermekpszichológia.....	313
7.3.4. Gyermek- és ifjúságvédelem.....	314
Felhasznált szakirodalom	317

Bevezető

A jegyzet elsősorban a pszichológia BA-képzésben részt vevő hallgatók számára készült, de haszonnal forgathatják a pedagógia vagy szociálpedagógia képzés hallgatói is. A következőkben bemutatásra kerülő fejezetek a gyermek- és serdülőkor szocializációjának jellegzetességeit járják körül, kitérnek a szocializációs folyamat egyes elakadásaira, zavaraira, illetve tárgyalják az egészséges fejlődés feltételeit is.

Az 1. fejezet (A szocializáció alapkérdései) a szocializáció fogalmának kibontása mellett bemutatja azokat a szocializációs folyamatokat és technikákat, melyek révén az egyén elsajátítja a szűkebb és tágabb környezetére jellemző készségeket, attitűdöket, normákat és viselkedésformákat. Tárgyalásra kerül a kultúra egyéni szocializációban betöltött szerepe, illetve az egyes szocializációs ágensek (a család, az intézmények közül kiemelt jelentőséggel bíró iskola, illetve a modern korban egyre nagyobb teret nyerő média) jellegzetességei. A fejezet végén azon tényezők kerülnek röviden bemutatásra, amelyek meggátolhatják a sikeres szocializációs folyamat lezajlását, és akár deviáns viselkedésformák kialakulásához is vezethetnek.

A 2. fejezet (Az egyén közérzete) a pozitív pszichológián keresztül igyekszik bemutatni az egyén közérzetéhez hozzájáruló tényezőket. A fejezet röviden tárgyalja, hogy az anyagi jóllét mennyiben vezet boldogsághoz, és milyen további pszichológiai faktorok segítik az egyént boldogabb élethez. Ennek érdekében ismerteti az egészség és egészségmagatartás fogalmait, majd a felnőttek szerepét az egészségmagatartás kialakulásának folyamatában. A fejezet további szakaszai bemutatják a konfliktus hatását a közérzet alakulására, és konfliktuskezelési stratégiák megjelenését a helyzethez és a személyiséghez kapcsolva. A fejezet vége a környezeti eseményekhez való sikeres alkalmazkodás (reziliencia) pszichológiai konstruktumait elemzi.

A 3. fejezet (Elakadások a szocializációs folyamatban) tárgyalja azokat a magatartásmódokat és viselkedéses jellegzetességeket, melyek a szocializációs folyamatban elakadásokat, illetve pszichiátriai zavarokat eredményezhetnek. Ezek között a mindennapi életet terhelő stressz és az ezzel való megküzdés nyitja a fejezetet. Majd a traumatikus eseményeket és

következményeit ismertetjük. Ebben a fejezetben jelenik meg a halál és gyász pszichológiája, illetve az öngyilkosság tüneti képének ismertetése.

A 4. fejezet (A családi szocializáció diszfunkciói) azokat a tényezőket mutatja be, amelyek problémákat okozhatnak az elsődleges szocializációs folyamat lezajlásában. Tárgyalja az anya-gyerek kapcsolat korai zavarait és a szülők által nem megfelelően alkalmazott szocializációs technikák lehetséges hatását az egyéni fejlődésre. Bemutatja az olyan, krízishelyzetként fellépő vagy tartós negatív tényezőként jelen lévő családi diszfunkciókat, mint a válás vagy a bántalmazás, végezetül pedig kitér két olyan életkörülményre, amely jelentősen módosíthatja a szocializáció kimenetelét, nevezetesen a hátrányos helyzetben élő, illetve intézeti körülmények között nevelkedő gyermekek fejlődésének jellegzetességeire.

Az 5. fejezet (Az iskolai szocializáció diszfunkciói) a másodlagos szocializációs ágensek közül a gyermek- és serdülőkori fejlődést legtartósabban meghatározó iskola szocializációs zavaraira foglalkozik. Bemutatja a tágabb értelemben vett iskolai környezet, azaz az intézmény szervezeti kultúrájának befolyását az egyéni szocializációra, ezen belül kiemelten foglalkozik a látens tartalmak esetleges torzító hatásával. Kitér a pedagógus személyének szocializációs szerepére, az általa nem megfelelően alkalmazott nevelési módszerek rövid- és hosszú távú következményeire. Tárgyalja az iskoláskorban egyre nagyobb szerephez jutó kortársakkal kapcsolatos szocializációs zavarokat, különös tekintettel az iskolai agresszióra. Végül egyéni szinten foglalkozik azokkal a teljesítmény- és viselkedésproblémákkal, amelyek nem organikus okokra, hanem a szocializáció diszfunkcióira vezethetőek vissza.

A 6. fejezet (A médiahasználat összefüggései a szocializációs diszfunkciókkal) a XX-XXI. század szocializációs folyamatában egyre dominánsabban jelen lévő médiumok szocializációs ágensként való működésével foglalkozik. Bemutatja azokat a jellegzetességeket, amelyek a késő-modern médiakörnyezetet jellemzik, és amelyek meghatározzák az egyén információhoz való jutását, attitűdjeit, sztereotípiáit és végső soron a viselkedését is. Tárgyalja azt a közvélemény részéről is gyakran megfogalmazott félelmet, mely szerint a médiumok által közvetített világ torzulást hozhat létre az egyén valóságról alkotott felfogásában, az általa fontosnak tartott értékekben és követendőnek tartott normákban. Kitér azokra a lehetséges negatív hatásokra, amelyeket leggyakrabban tulajdonítanak az internetnek, nevezetesen a függőségre és a digitális felületeken létrejövő bántalmazásra. Végezetül bemutatja azokat a

technikákat, amelyek segítségével a szülők és más felnőttek enyhíthetik a médiumok használata és fogyasztása révén létrejövő lehetséges negatív hatásokat.

A 7. fejezet (A klinikai figyelmet igénylő állapot) tárgyalja azokat a helyzeteket és lehetőségeket, amelyek a szocializáció ágensei által nem kezelhetők. Ismerteti, hogy melyek azok a viselkedéssjegyek, amelyeknél felmerülhet a személyiségfejlődési zavar gyanúja. Röviden bemutatja, hogy a pszichiátriai zavar besorolásához mely rendszerek nyújtanak segítséget. A fejezet és a jegyzet zárása pedig segítséget kíván nyújtani annak ismertetésében, hogy személyiségfejlődési, illetve szocializációs zavarok esetén milyen intézményes háttér segíti a gyermekek, szülők, és pedagógusok kibontakozását.

1. A szocializáció alapkérdései

A szocializációs- és személyiségfejlődési zavarok értelmezéséhez tisztában kell lennünk azzal, hogy optimális környezet és egészséges fejlődés esetén hogyan zajlik a szocializáció folyamata. Ennek érdekében a következőkben áttekintjük a szocializáció fogalmát, környezet általi meghatározottságát, a felnevelkedés során alkalmazott szocializációs technikákat, illetve a három fő ágens, a család, az iskola és a média befolyását a szocializáció folyamatára.

1.1. A szocializáció fogalma, menete és kulturális meghatározottsága

1.1.1. A szocializáció definíciója

A szocializáció a társadalomba való beilleszkedés folyamata, melynek során az egyének magukévá teszik azokat a tudáselemeket (képességeket, attitűdöket, normákat), amelyek lehetővé teszik, hogy felnőtt korukra a társadalom hatékony tagjaivá váljanak (Brim és Wheeler, 1966). A szocializáció folyamatában sajátítjuk el a kultúránkra jellemző értékeket, normákat, viselkedésformákat, melyek a szocializációs ágensek közvetítésével jutnak el hozzánk. Az elsajátítás folyamatát a társas interakciók irányítják, amelyek személyes tapasztalatokat szolgáltatnak az egyén számára a szűkebb és tágabb környezet jellegzetességeiről. A szocializációs folyamat során elsajátítjuk azt az értelmezési keretet, amelyet a környezetünk alkalmaz, felkészülünk felnőttkori szerepeinkre, kompetenciát szerzünk a személyközi interakciók terén (Albert-Lőrincz és Albert-Lőrincz, 2011).

A szocializációs folyamat a biológiai egyed társadalmivá válását jelenti, melynek során a társadalmi-kulturális tartalmak belsővé válnak, és formálják az egyén személyiségét (Somlai, 1997). Amikor az újszülöttek világra jönnek (Parsons (1966) ezt „barbár invázióknak” nevezi), még nincsen semmi tudásuk a társadalmi normákról, előírásokról és elvárásokról. Ezeket a családi és a későbbi, másodlagos szocializáció során kell elsajátítaniuk. A szocializáció folyamatában így tulajdonképpen az egyén humanizálódása történik: a biológiailag kódolt képességek a társas környezet kioldó hatására megjelennek a viselkedésben. Az egyén képessé válik impulzusait kontrollálni, érzelmeit és gondolatait megfelelő módon kifejezni, megtanulja, hogy a környezetében lévő tárgyakat mire és hogyan lehet használni, illetve hogy hogyan lehet másokkal hatékonyan kommunikálni. Az emberi egyed társas környezet nélkül

mindezen képességeket nem tudná kifejleszteni, a genetikailag meghatározott mintázatok kibontakozása a külső környezet aktív részvételéhez kötött, azaz nincsen olyan belső program, amely magától, külső hatás nélkül felszínre törne (Kósa, 2005a).

Mindezek természetesen nem azt jelentik, hogy a szocializáció csak az ágensek által befolyásolt folyamat lenne. A fentiekben vázoltak –mely szerint kizárólag a társas környezet képes humanizálni az egyént, és a genetikailag meghatározott képességek az ágensek kioldó hatására jelennek meg- a szocializáció egy korábbi, leegyszerűsítő értelmezésének elemei, amely elsősorban a felnőtt egyedek szerepét hangsúlyozza a társas fejlődés folyamatában. Ahogy a későbbiekben kifejtésre kerül, a szocializáció folyamata a kezdetektől fogva interaktív jellegű, azaz az egyén visszahat a szocializációs közegre, amely ezen impulzusok nyomán maga is átalakul.

A szocializáció az egyén szempontjából a szűkebb és tágabb közegbe való beilleszkedést szolgálja, de alapvető fontosságú a társadalom fennmaradásához is, hiszen általa olyan tudásanyag elsajátítására kerül sor, amely adott társadalom hatékony működését segíti.

A szocializációs folyamat eredményeképp az egyén képessé válik arra, hogy adekvát módon oldja meg életfeladatait. A gyerekeknek szükségtelen újra felfedezniük a körülöttük lévő világot, hiszen a felmerülő kérdésekre és problémákra szüleiktől és más szocializációs ágensektől kész válaszokat kapnak. Olyan viselkedéseket, normákat, értékeket, tudáshalmazt nyújtanak nekik, amelyekkel hatékonyan képesek megoldani a kultúrára jellemző helyzeteket (Somlai, 1997). A pszichológia nézőpontjából ez az egyik legfontosabb jellemzője a szocializációs folyamatnak: megtanulni azokat az ismereteket, amelyek segítségével az egyén jól funkcionáló tagja lesz adott társadalomnak. Akkor sikeres a szocializáció, ha a felnövekedett ember adekvát módon képes viselkedni különböző társas helyzetekben, úgy, ahogy azt egy vele azonos korú, nemű és egy társadalmi osztályba tartozó egyéntől elvárja a környezet (Brim és Wheeler, 1966).

A szocializáció folyamatának hátterében az ún. szociális tanulás áll, melynek segítségével a társas világban való hatékony működésmód kerül elsajátításra. A szociális tanulás közvetítő folyamata a szociális kogníció, azaz a társas világ működésével, szabályaival kapcsolatos tudás (Bandura, 1977). A szociális kogníció segít megérteni a társas tapasztalatok során átélt érzelmeket, más személyek viselkedésének háttértényezőit, az interperszonális kapcsolatok működési szabályait. A szociális kogníció fejlődésével az egyén egyre kompetensebb lesz a társas helyzetek értékelésében, a saját és mások viselkedésének és azok következményének

előrejelzésében, a másokkal való adekvát kommunikációban, illetve saját érzelmeinek és szándékainak megfelelő kifejezésében.

Ami a társas világ megismerésének nehézségét okozza, az az, hogy szabályai egyes területeken kevésbé stabilak, a kontextus hatására megváltozhatnak, így abszolút törvények csak kis számban léteznek. Például a „ne ölj!” parancsa szinte minden helyzetben ugyanazt jelenti, viszont a „ne hazudj!” már önkényesen változtatható (pl. ha a másik érdekében hazudunk, vagy ha csak elhallgatunk valamit, az is hazugságnak számít?). Ennek folyamányaként a gyerek számára az is egy szocializációs feladat, hogy megtanuljon különbséget tenni az invariáns és a relatív szabályok között, és adott helyzetben ki tudja választani, hogy melyiknek megfelelően kell cselekednie (Constanzo-Fraenkel, 1987).

A társas alapmotívumok (Fiske, 2006) biztosítják a közösség tagjaivá válás motivációs hátterét:

- a valahová tartozás szükséglete: az emberek vágynak a biztonságos és tartós kapcsolatokra és kötődésekre, melyek megléte vagy hiánya hatással van a szubjektív jóllétre
- megértés: annak szükséglete, hogy a körülöttük lévő eseményeket értelmezni tudják, és azokról másokkal közös álláspontot alakítsanak ki
- kontroll: annak érzése, hogy az egyén képes a társas környezetének és kapcsolatainak irányítására
- énfelnagyítás: a pozitív visszacsatolások iránti szükséglet, amely az önbecsülés fenntartását támogatja
- bizalom: a mások iránti pozitív attitűd serkenti az együttműködést és csökkenti az agressziót

Az emberi egyedek hosszú ideig mások gondoskodásától függenek, és amikor már önállóvá válnak, akkor is ritkán választják annak lehetőségét, hogy egyedül, társak nélkül éljenek. A problémákkal való megküzdés, a túlélés könnyebb, ha társak veszik körül az embert, a társas kapcsolatok pedig jó hatást gyakorolnak a pszichés jóllétre. A fentebb felsorolt társas motívumok olyan helyzetekben irányítják az emberek viselkedését, érzelmeit és gondolatait, ahol más személyek is jelen vannak, és segítik a többi egyénnel való együttélést (Fiske, 2006). Ezt szokták humán szocialitásnak is nevezni, amely nem az

állatokra jellemző ösztön-alapú alkalmazkodással egyenlő, hanem főként morális- és értékalapú viselkedésmódokat foglal magában (Nagy, 2003).

1.1.2. A szocializáció folyamata, szocializációs technikák

A szocializációs ágensek különféle technikák segítségével irányítják az egyént az alapvető előírások megtanulásában és betartásában. Fontos kitétel azonban, hogy a szocializáció folyamatának kimenetele sosem kizárólag a család, a tanárok vagy a kortársak szándékaitól vagy viselkedésétől függően alakul. Az egyén saját cselekedeteivel, illetve személyiségjegyeivel, temperamentumával visszahat a szocializációs folyamatra, amely ennek értelmében mindig interaktív módon zajlik. A részt vevő felek kölcsönösen befolyásolják egymást, illetve a szocializációban megjelenő eseményeket és viselkedésmódokat is (Somlai, 1997).

A gyerekek születésüktől kezdve hatást gyakorolnak a családtagokra, és az esetlegesen előre eltervezett nevelési módszereket megjelenésükkel, karakterükkel, viselkedésükkel szándéktalanul módosítják. Ezt bizonyítja az is, hogy még az ugyanabban a családban nevelkedő, és elvileg ugyanolyan nevelési elvek alapján szocializált testvérek felé is másképp fordulnak a szülők (Kósa, 2005a).

A szocializáció folyamatában az elemi módozatoktól kezdve (pl. operáns kondicionálás) a bonyolultabbakig (pl. modelltanulás) minden tanulási forma jelen van. A következő főbb szocializációs technikák alkalmazásával kerül sor a kívánt tudásanyag átadására (Solymosi, 2004):

- direkt instrukciók: konkrét vagy általános információt közvetítenek az elvárt viselkedéssel kapcsolatban. Ezek az instrukciók arra vonatkoznak, hogy a szülők és nevelők kívánalmi alapján mi számít helyesnek vagy helytelennek, követendőnek vagy elkerülendőnek, hogyan kell adott helyzetben viselkedni. Általában tömör, egyszerű tudnivalót közvetítenek a gyerek felé, ami lehet konkrét (nézz körül, ha át szeretnél menni az úttesten) vagy általános (legyél udvarias a szomszédokkal). Emellett gyakran tartalmaznak olyan információt is, amely az elvárt viselkedés megjelenését ösztönzi (edd meg a főzeléket, mert attól nagyra fogsz nőni) (Poulos és Liebert, 1972). Az ösztönző információ mindig a gyerek aktuális értelmi szintjéhez kell, hogy igazodjon, egyébként nem éri el a hatását (egy óvodáskorú gyerek megeszi a répát, ha azt mondjuk neki, hogy

attól jobban tud majd fűtyülni, viszont valószínűleg semmit nem mond számára az az információ, hogy a zöldség sok vitamint tartalmaz)

- jutalmazás és büntetés (formálás): a gyerek spontán viselkedését a környezet valamilyen módon visszajelzi. Amennyiben megfelelően cselekedett, a nevelők jutalmazzák őt (rámosolyognak, megsimogatják, szavakkal fejezik ki tetszésüket). Amennyiben viszont nem volt helyes a viselkedése, büntetéssel reagálnak rá (nonverbális jelzésekkel kifejezik ellenérzéseiket, megszidják, eltiltják valamitől). Az ún. effektus-törvény alapján (Thorndike, 1898) a jutalmazott viselkedés előfordulási gyakorisága nőni, míg a negatívan visszajelzett viselkedése csökkenni fog. A pozitív visszacsatolás hatására ismétlődővé váló cselekvés begyakorlódik és megszokottá válik, míg a büntetéssel sújtott reakció fokozatosan eltűnik. A jutalmazás és büntetés a szándékos viselkedésformálás leggyakoribb eszköze, melynek segítségével a szülő szelektálhatja a nemkívánatos viselkedésmódokat, és bátoríthatja a neki (és a környezetnek) tetszőket. Mindemellett nemcsak tudatosan alakítja a szülő a jutalmazással és büntetéssel a gyerek viselkedését, mert a közöttük lévő interakció legtöbb eleme válhat szándéktalanul jutalom- vagy büntetésértékűvé (például ha a szülő bemegy a szobába beszélgetni a gyerekével, akkor ez a gyerek számára lehet pozitív vagy negatív előjelű, és visszajelzésével maga is formálja ennek a viselkedésnek a legközelebbi előfordulását)

- modellálás (megfigyeléses vagy obszervációs tanulás): a gyermek megfigyeli mások viselkedését, és amennyiben hasznosnak, számára tetszőnek találja, utánózni fogja. Nem kizárólag azok a cselekedetek erősítődnek meg, amelyekért az egyén jutalmat kap, hanem azok is megjelennek és begyakorlódhatnak, amiről azt tapasztalta, hogy a megfigyelt személy esetében pozitív eredménnyel jártak. A modell viselkedésének utánzása történhet annak megismétlésével (ezt nevezzük direkt utánzásnak), de az is előfordul, hogy a gyerek azt tapasztalja, hogy a modell viselkedése nem célravezető, ezért nem fog olyasmint tenni, amit a megfigyelt személy (ez a direkt ellenutánzás). Utóbbira példa, amikor a gyerek azt látja, hogy a testvérét megszidják valamiért, akkor ő nem fogja azt megtenni. Így nem szükséges minden viselkedésmódot kipróbálni, hanem megfigyeléssel szelektálni lehet közöttük.

Bárki válhat modellé a szocializáció során, de van néhány tényező, ami növeli a valószínűségét annak, hogy adott személy modell szerepbe kerül:

- ha a modell és a megfigyelő között pozitív érzelmi viszonyulás áll fenn
- ha a modell gondoskodó
- ha olyasmint birtokol, ami vonzó a megfigyelő számára
- ha a modell hatalommal rendelkezik

A fenti tényezők mindegyike igaz a szülőkre (legalábbis a gyerek korai éveiben így látja), ezért is válnak a szülők domináns modellé (Bandura, 1977).

A különböző szociális szerepek megfigyelése és utánzása gyakorlást jelent a felnőttkorban betöltött családi, nemi, foglalkozási és egyéb szerepekre. Az utánzás alapját képezi a figyelem, a modellel kapcsolatos motiváció, a modell társas hatalma, a megfigyelt viselkedés megőrzése az emlékezetben, és a megfelelő helyzetben történő előhívás (Somlai, 1997).

- **identifikáció:** annak a folyamata, amikor az egyén a számára jelentős személyek értékeit, véleményét, ízlését, elképzeléseit vagy szerepeit magáévá teszi. Abban különbözik a modellálástól, hogy itt nem csupán az egyes viselkedéselemek utánzása történik, hanem a személy teljes mértékben azonosul az átvett elemekkel. Az egyénben az a késztetés él, hogy olyanná szeretne válni, mint a másik személy, és amikor magáévá teszi az adott konstruktumokat, akkor azokat sajátjaként azonosítja (Kelman, 1973).

- **anticipatórikus (elővételezett) szocializáció:** a gyerek szocializációja nemcsak mások erőfeszítéseinek eredménye, ugyanis saját magát is képes felkészíteni bizonyos felnőttkori szerepekre, viselkedésmódokra. A gyerekek szerepjátékai (pl. papás-mamás) nem kizárólag utánzáson alapulnak, azokhoz ők maguk is hozzátesznek elemeket. Később, az ábrándozások időszakában a fiatalok elképzelik magukat bizonyos helyzetekben vagy szerepekben (mit csinálnék, ha zenész lennék), így előre elpróbálhatják a szerintük megfelelő viselkedésmódokat, a másokkal való interakció összetevőit. Az anticipatórikus szocializáció tehát abban segít, hogy ne csak a való életből, a valóban megtörtént eseményekből származzon minden tapasztalat. A játékok és mentális tevékenységek segítségével az egyén önmaga számára tűz ki szocializációs célokat, és ez már nem külső elvárások hatására, hanem saját elhatározásából történik (Kósa, 2005a).

1.1.3. Elsődleges és másodlagos szocializáció

A szocializációnak két alapvető módját különítjük el, az elsődleges és a másodlagos szocializációt (Solymosi, 2004):

- az elsődleges szocializáció az egyén életének legelső éveiben zajlik, egészen addig, amíg huzamosabb ideig közösségbe, intézménybe nem kerül. Az elsődleges közeg optimális esetben a család, ahol olyan alapvető folyamatok zajlanak, amelyek alapját jelentik minden későbbi szocializációs tapasztalatnak. A családi szocializáció jellegzetessége, hogy az érzelmi kötelékek, a másokkal való kapcsolatok személyesek, felcserélhetetlenek, és az egyén számára magától értetődőek. Ezek a szignifikáns kapcsolatok támogatják a legelemibb tudásanyagtól kezdve a legösszetettebb társas viselkedésmódok elsajátítását. A családtagok közvetítik a gyerek számára a világról való tudást, és saját elképzeléseiknek megfelelően szűrik is azokat.

- a másodlagos szocializáció körébe tartozik minden ezt követő tapasztalat, amellyel az egyén találkozik, kezdve a bölcsődével, óvodával, iskolával. Ezek a közegek újfajta valóságokkal ismertetik meg a személyt, és másféle információt adnak át a közösségben való működésről. Minden új kontextus eltérő személyközi kapcsolatokat hordoz magában, ahol a gyerek megtanulhatja a másokhoz való viszonyulást, és új összetevőket építhet személyiségébe. A másodlagos közegek a családdal szemben már nem evidens módon léteznek, az idő előrehaladtával a személy már maga is válogathat a lehetséges csoportok közül (pl. sport, szabadidős tevékenységek). A családban tanultakat itt már az ún. generalizált mások (Berger és Luckmann 1998) is elbírálják, azaz az egyén megtapasztalja, hogy a családi értékek és normák egyeznek-e a tágabb közösség által elvártakkal. Amennyiben igen, az már általános elvárásaként jelenik meg a gyerek előtt. A másodlagos szocializáció legfontosabb színtere az iskola, amely a társadalmi elvárásokkal, szerepekkel és lehetőségekkel kapcsolatos tapasztalatok elsődleges forrása. A gyerek az iskolában szerez jártasságot abban, hogy hogyan kell magát egy közösségben elfogadtatni, és hogy képességei, tulajdonságai alapján hogyan ítélik meg őt mások. A visszajelzések mentén részletesebb és pontosabb képet alkothat saját magáról, ezáltal is fejlődik személyisége.

A szocializáció folyamata nem ér véget a felnőtt korba lépéssel: az egyén élete végéig találkozik új helyzetekkel, és kerül újfajta szerepekbe. Mindig új feladatokat kell megtanulnia, és ismeretlen emberekkel kell interakcióba lépnie ismeretlen szituációkban. Ezek mindegyike új szocializációs folyamatot indít el, melynek során ugyanúgy el kell sajátítani az adott közeg

értékeit, normáit, viselkedési előírásait, mint tesszük azt születésünk után adott kultúra tagjaiként. A szocializáció hosszú folyamata során olyan tapasztalatokkal találkozunk, amelyek lehetőséget biztosítanak arra, hogy állandóan monitorozzuk, szükség esetén korrigáljuk meggyőződéseinket, értékeinket, viselkedésmódunkat. A gyermek- és serdülőkorban kiemelt szerepe van a szocializációnak, de annak folyamata nem zárul le egészen az egyén haláláig (Somlai, 2008).

1.1.4. A kultúra szerepe a szocializációban

„Az ember egyszerre társas és társadalmi lény” (Somlai, 1997, 118. o.): a társas vonatkozás a személyek közötti interakcióra utal, az, hogy képesek vagyunk másokkal együttműködni, megfelelően kommunikálni, másokat befolyásolni, stb. De társadalmi is abban az értelemben, hogy az előbb felsorolt kompetenciákat befolyásolja az a kultúra, ahonnan az egyén érkezik, illetve hogy azon belül milyen társadalmi csoporthoz tartozik.

A szocializáció folyamatának értelmezése csak akkor lehetséges, ha figyelembe vesszük azt a kultúrát, amelyben zajlik. Az emberi együttélések formái és azok tartalma jelentősen eltérhet egymástól: ami egyik kultúrában fontos értéknek számít, nem feltétlenül az egy másikban. A hozzánk hasonló társadalmakban például a gyermekkor különös fontossággal jellemezhető: a fiatalok speciális igényeinek kielégítése, érzelmi támogatása az egyik legdominánsabb érték, míg más kultúrákban kevésbé hangsúlyosak az egyéni szükségletek vagy a személyiségjellemzőknek megfelelő elbírálás és bánásmód.

Az egyén bevezetődése a kultúrába a humanizálódás legszélesebb értelemben vett folyamata. Tapasztalati úton történő tanuláson alapszik, melynek során az egyén megtanul alkalmazkodni a környezetéhez és annak elvárásaihoz. A kulturális tartalom átadására a fajok közül csak az emberi lények képesek, a kultúra anyagának felhalmozása így egyedülálló, emberi jellegzetesség (Buda, 1994).

A kultúra az egyik nemzedékről másokra átadódó anyagi és szellemi javak összessége. Magában foglalja az adott közösségre jellemző életmódok, szokások, viselkedésformák mintázatát. Az anyagi kultúra a fizikailag létező tárgyakat jelenti, amelyeket a kultúra tagjai használnak, és amelyek minősége és számossága meghatározza egy közösség létformáját is. Ilyenek a nyersanyagok, a technikai eszközök, a lakókörnyezet, a ruhadarabok, a háziállatok, amelyek jellege mind-mind sokat elárul az adott közösség működéséről. A szellemi kultúra a fizikailag nem létező, absztrakt nézeteket, hiedelmeket, szokásokat tartalmazza, amelyek irányítják a kultúra tagjainak viselkedését. Ide tartoznak a vallások, a művészetek, a nevelési

szokások, melyek szintén jelentős információval szolgálnak a kultúra tagjainak hétköznapi életéről és a társadalom működéséről (Solymosi, 2004).

„A kultúra olyan a társadalomnak, amilyen az emlékezet az egyénnek” (Kluckhohn, 1956; id.: Triandis, 2002, 134. o.). A meghatározás alapján a kultúra olyan tapasztalásokat és tradíciókat foglal magában, amelyek azt mutatják meg az egyén számára, hogy milyen viselkedésmódok voltak hasznosak a társadalom eddigi működése során (Triandis, 2002).

A kultúra relatív jellegű, így az egyén szocializációja mindig az adott kulturális háttér ismeretében értelmezhető. A kultúra adta tapasztalatok annyira magától értetődőek, hogy a hétköznapi élet során ritkán tudatosul számunkra, hogy viselkedésünket, érzelmeinket, gondolkodásainkat pontosan miben határozza meg a kultúra.

A kultúra által előírtak egyik fő jellemzője ennek értelmében a szokásszerűség és a természetesség, tehát az, hogy közösségünk elvárásait magától értetődőnek tekintjük, nem is gondolkozunk azon, hogy adott dolgot másképpen is lehetne csinálni. Ez a tudás implicit, szavakban nehezen vagy egyáltalán nem megfogalmazható, és olyan közösséget hoz létre a kultúra tagjai között, amely lehetővé teszi egymás megértését. A kultúránk által biztosított tudásbázis a mindennapi gondolkodás alapkövét jelenti, segít a tájékozódásban és irányítja a kommunikációt. A szocializációs ágensek tevékenységének eredményeként a kultúra elemei az egyén „második természetévé” (88. o.) válnak, és adódnak át a következő generációra (Somlai, 2008).

Ahhoz, hogy a kultúra átörökítésre kerüljön a következő generációra, társas integrációra van szükség, ami megköveteli az adott társadalomban létező társadalmi pozíciók és lehetőségek elfogadását, és az azokkal összefüggő kulturális mintázatok újratermelését.

A kultúra átörökítése a következő nemzedékre egy szimbolikus világ továbbadását jelenti. A fiatalabb generáció nem átmenet nélkül, hirtelen váltja fel az idősebbet, hanem egymást formálva, fokozatosan történik meg az új nemzedék felkészítése, majd a fiatalok irányító szerepének kialakulása (Somlai, 1997).

A gyermek, miközben magáévá teszi az előző generációk által felhalmozott tudásanyagot, közben maga is formálja azt, illetve a tudományos és technológiai fejlődés következményeként az átadásra kerülő tudás is változik. A kultúra így nem egy statikus entitás, hanem olyan rendszer, ami folyamatosan megújul, mind a társadalmi változások, mind pedig a benne élő egyének hatására.

Egy kultúra új tagjai eleve adott értékstruktúrába, normatív rendszerbe születnek, amelyet a szocializáció folyamán ismernek meg. A benne foglalt értékek konformizáló hatásuk révén biztosítani próbálják a társadalom stabilitását és folyamatosságát. A fiatalok a már meglévő értékstruktúra megismerése után preferenciáikkal, választásaikkal és viselkedésükkel döntenek arról, hogy azokat elfogadják (és egyszer majd ők is továbbadják), vagy tagadják és újakat hoznak létre helyettük (Váriné, 1987).

A szocializáció kultúra általi meghatározottsága csupán néhány évtizedes múltra tekint vissza a pszichológia elméleti és empirikus témái között. Annak felismerése, hogy a tágabb társadalmi és kulturális kontextus többrétűen befolyásolja az egyén szocializációját, szinte teljesen újnak számító teoretikus feltevéseket hozott létre. Korábban a nyugati társadalmak „szemüvegén” keresztül tekintettek a többi kultúrára, sztenderdként fogadták el azokat a tudományos eredményeket, amelyek zömében Nyugat-Európában és Észak-Amerikában születtek. A kulturális relativizmus eszméje alapján - mely szerint a közösségek értékeit, normáit nem más kultúrákkal összevetve, hanem a „saját jogukon” kell vizsgálni, emellett morális értelemben egyik kultúra gyakorlata sem jobb vagy rosszabb, mint a többié- előtérbe került a kultúra személyiségformáló hatásának kérdése (Kósa, 2005a).

Az enkulturáció arra a folyamatra utal, melynek során bevezetődünk saját kultúránkba: a családi szocializáció révén elsajátítjuk az alapvető társadalmi előírásokat, és ezekre támaszkodva már a családi közegen kívül is képesek leszünk a hatékony viselkedésmódokra. Az enkulturáció azok számára, akik családjuk révén beleszülettek adott kultúrába, semmilyen problémát nem jelent (Albert-Lőrincz és Albert-Lőrincz, 2011). Az enkulturalizáció folyamatában a hagyományok elsajátítása révén tesszük magunkévá a kultúránkban jelen lévő értékeket (Kottak, 1991). Az enkulturalizáció szélesebb körű fogalom, mint a szocializáció (Németh, 1997): az enkulturalizáció folyamatában általános érvényű kulturális tartalmak belsővé tétele történik, a szocializáció viszont speciális kulturális elemek elsajátítását jelenti.

A Super és Harkness (1986) nevéhez fűződő fejlődési fülke elmélete megkísérel egy összefoglaló keretet adni a szocializáció vizsgálatának kultúra-szemponjú eredményei és definíciói vonatkozásában. Az elmélet két alapvetése, hogy a gyermek környezetét mindig egy kulturális rendszer részeként kell felfogni, illetve hogy a gyerekeknek genetikailag kódolt

adottsága a változásra, növekedésre, a tapasztalatok koherens képpé szervezésre való képessége.

A fejlődési fülke közepén a gyerek helyezkedik el, és körülveszi őt három alrendszer: a fizikai és szociális kontextus, a gyermeknevelési szokások (figyelembe véve az adott kultúra befolyását), illetve a nevelők jellemzői (például a szülők elképzelése a gyereknevelésről). Az összetevők egyszerre hatnak az egyénre, emellett egymásra is. A fizikai környezetet (pl. a gyermek játéka) befolyásolják a gyermeknevelési szokások (pl. mennyire fontos adott kultúrában a gyermek korai fejlesztése), és ezek hatnak a nevelők jellemzőire (pl. mennyi időt tölt a szülő a gyerekével).

A három rendszer koherens működése mellett megjelenhetnek közöttük ellentmondások is, tehát nemcsak a külső hatások, hanem az összetevők közötti viszony is létrehozhat változást az egész rendszer működésében. Ha például a kultúra nem támogatja a fizikai büntetést, de a szülő mégis alkalmazza azt, akkor a kettő közötti inkongruencia hatással lesz a fülke minden összetevőjére (például a gyerek viszonyára az erőszakhoz, a szülők kapcsolatára más szülőkkel, stb.).

Emellett a szélesebb körű gazdasági és társadalmi átalakulások formálhatják a gyermeket körülvevő kontextust (például a munkaerőpiaci elvárások befolyásolják a szülők anyagi erőfeszítéseit a gyerek taníttatásával kapcsolatban), illetve maga az egyén is visszahat a különféle alrendszerek működésére (például a temperamentuma módosítja a szülők nevelési módszereit) (Harkness és Super, 1992, Super és Harkness, 1986).

Látható tehát, hogy a kultúra jellegzetességei milyen komplex módon hatnak a szocializáció folyamatára, így elképzelhetetlennek tűnik, hogy általános törvényszerűségeket lehetne megállapítani a felnevelkedéssel kapcsolatban. Mindemellert léteznek olyan egyetemes szülői célok, amelyek kultúrától függetlenül mindenütt tapasztalhatóak:

- a szülők mindenhol a világon a gyermekek életben maradását szeretnék biztosítani, mind fizikai, mind pedig szociális értelemben. Ezért az alapvető létszükségletek kielégítése mellett arra törekednek, hogy az adott közösség által megkívánt viselkedésmódokat kifejlesszék gyermekeikben
- mindenhol léteznek olyan általánosabb kategóriák (pl. tisztesség, udvariasság), amelyek tartalmilag különböznek ugyan, de alapvető céljukban nem; a gyerek viselkedésének formálásával a szülők mindenhol ezen általános értékek átadását szeretnék elérni.
- kultúrától függetlenül az a szülők célja, hogy gyermekük felnőtt korában „jól funkcionáló” legyen, azaz képes legyen stabil társas kapcsolatok kiépítésére, produktív munkaszerepbe

kerüljön, és az adott körülmények mércéjének megfelelő „normalitást” mutasson (LeVine, 1971).

1.1.5. Internalizáció (interiorizáció)

A szocializációs folyamat célja, hogy a család és az intézmények által átadásra került értékek és normák, szabályok és attitűdök belsővé váljanak. Ez azt jelenti, hogy az egyén optimális esetben belső kontrollt alakít ki, és már nincsen szüksége külső figyelmeztetésre ahhoz, hogy megfelelő módon cselekedjen. A belsővé tétel az önszabályozás normatív formájának tekinthető: az egyén akkor is az elvárásoknak, szabályoknak megfelelően cselekszik, amikor nincs jelen tekintélyszemély, aki szankcionálhatná azok megszegését.

Amikor az egyén internalizálja a szocializációs tartalmakat, akkor a későbbiekben azért fog adekvát módon viselkedni, mert már ő is azt tartja helyesnek. Az internalizáció lényege, hogy az egyénben fel sem merül, hogy adott helyzetben másképp is viselkedhetne (Somlai, 1997).

Parsons (1966) szerint a szocializáció során a szűkebb és tágabb környezet által képviselt mintákat és tudásanyagot vesszük át, melynek végeredménye azok internalizálása. A belsővé tétel kettős folyamatra utal:

- kognitív szint: a kulturális jelentések elsajátítása
- motivációs szint: a szükségletek internalizációja

Az egyéni viselkedést így a megismerés és a készítés egyszerre irányítja, ez az, ami összeköti az egyéni és a társas igényeket. Fromm (1993) szerint a szocializáció során az egyéneknél szinte észrevétlenül formálódnak azok a készségek és beállítódások, amelyek azt alapozzák meg, hogy az ember egy idő után annak megfelelően fog cselekedni, ahogy ő maga is gondolja, hogy cselekednie kell. A fentebb bemutatott parsons-i kettős folyamat esetében a motivációs szint az, ami a valódi belsővé tételt lehetővé teszi: az egyén „bemagolhatja” a szabályokat, de ez nem elegendő a megfelelő funkcionáláshoz- motiválnak is kell lennie arra, hogy a normáknak megfelelően éljen, és fontosnak is kell tartania ezeket az előírásokat saját maga és a közösség működése szempontjából.

1.2. A szocializáció ágensei

A felnövekvő egyén szocializációját hagyományosan két ágens alakította, a család (és a közvetlen kapcsolatrendszer) és az iskola (a kortárs csoportok hatását is beleértve). Ma viszont már nem felejtkezhetünk el egy egyre jelentősebbé váló szocializációs forrásról, a

tömegkommunikáció médiumairól, melyek lehetővé teszik, hogy ne csak személyes tapasztalat útján szerezhessünk ismereteket a világról (László, 1999).

1.2.1. A család

1.2.1.1. A család szerepe a szocializációban

Társas képességeink megfelelő kibontakoztatásához védelmező és szeretetteljes környezetre van szükségünk (Bagdy, 2007). Horkheimer (1992, id.: Somlai, 1997) szerint a családnak kétféle szocializációs funkciója van:

- a társadalmi elvárások közvetítése az egyén felé
- a társadalom elvárásainak teljesítése azáltal, hogy gondoskodik a társas beilleszkedéshez szükséges normák és szabályok kialakításáról.

A család optimális fejlődés esetén az elsődleges szocializáció színtere, az egyén és a kultúra közötti legfontosabb közvetítő. Ezen funkciója révén segít elsajátítani a társadalom által elvárt viselkedésmódokat, így felkészíti az egyént arra, hogy felnőtt korában a társadalmi működésben megfelelő szerepet tudjon vállalni. Azáltal, hogy a család a gyermek születésétől kezdve kifejti formáló hatását, emellett erős érzelmi kapcsolatokon alapul, olyan alapvető viszonyulásokat épít be a személyiségbe, amelyek az egész életútra befolyással lesznek (Bagdy, 1986).

Ebben a közegben formálódik saját magunkhoz és a világhoz fűződő viszonyunk; minden személyes jellemzőnk valamilyen módon kapcsolatba hozható a családban zajló szocializációval. Mindemellett hibás az az elképzelés, mely szerint a családban tapasztalt teljes mértékben meghatározzák az egyéni életutat, és a korai évek megváltoztathatatlan befolyással bírnak a személyiségre. A későbbi hatások akár jelentősen is módosíthatják a családi szocializációt, viszont a változás mindig „ahhoz képest”, azaz a családban tapasztalt függvényében történik.

A családi szocializáció során a szülők által mutatott viselkedésminták magától értetődőek: a gyerek számára nem létezik másfajta valóság, nem is töpreng azon, hogy a családjukra jellemző dolgok máshol másként működhetnek. Ezt a bizonyosságot kezdik megváltoztatni a későbbi tapasztalatok, amelyek alapjaiban nem módosítják az otthonról hozott tudást, de mindenképpen pluralizálják azt (Somlai, 1997).

1.2.1.2. A család jellemzői

A család a társadalmak univerzális és lényegi intézménye: valamilyen formában minden kultúrában jelen van, és nagy mértékben hat a társadalmi folyamatokra. Szerepe van a kultúra új tagjainak felnevelésében, mind biológiai, mind szocializációs értelemben (Buda, 1994).

A család érzelmi kötelékeken alapuló, önkéntes szerveződésnek tekinthető, így informális rendszer, de emellett a társadalom által elismert és támogatott intézmény, ennek következtében egyben formális szervezet is (Bagdy, 2007).

A család a legjelentősebb kiscsoport, amivel életünk során kapcsolatba lépünk, és amelyet befolyásolnak adott kultúra normái, szabályai, értékei, így mindig a társadalom változásának függvényében alakul (Kagitcibasi, 2003). A családban sajátítjuk el azokat a viselkedésformákat, amelyek a csoportban való megfelelő működést a későbbiekben lehetővé teszik. A család-csoportra is azok a jellemzők vonatkoznak, amelyek a későbbi csoportosulásoknak is meghatározó elemei: léteznek benne alá- és fölérendeltségi viszonyok, a tagok véleménye nem egyforma súlyú, illetve a kommunikáció útja meghatározott: az információ nem egységesen jut el mindenkire (Vajda, 2005a).

A család bonyolult szervezet: az emberi lét keretét adja, gazdasági közösség, az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítésének közege, a társas integráció alapja, és a társadalmi környezet befolyásának legelső színtere (Buda, 1994).

1.2.1.3. A család funkciói

A család különböző funkciókat tölt be az egyén életében, amelyek kora gyermekkorban gyakorlatilag az egész életteret lefedik, és a későbbiekben is sok területen hatással vannak az egyénre (Vajda, 2005a):

- gazdasági funkció: hagyományosan a családban történt a javak termelése, amely lehetővé tette a család fennmaradását. A mai nyugati típusú országokban ez szinte sehol sem jellemző, a gazdasági funkció ma már inkább a bevételek családon belüli elosztását jelenti. Ez optimális esetben azt jelentené, hogy a családtagok közösen döntenek arról, mire fordítják a keresetet, mérlegelve a családtagok vágyait és elképzeléseit.

- reprodukciós funkció: utódok létrehozása, illetve a gyermek fizikai jóllétéhez és megfelelő szocializációjához szükséges feltételek biztosítása. Utóbbi két hatásmechanizmussal írható le

(Bagdy, 1986): 1. nem tudatos, spontán szülői megnyilvánulások, melyeket a szűkebb és a tágabb környezet (végső soron a kultúra) befolyásol. Példaként említhetjük az anya és az apa közötti kapcsolatot, amellyel túlnyomórészt szándéktalanul nyújtanak modellt a gyermek számára a két nem közötti intim kötelékről. 2. tudatos, tervezett, előre meghatározott nevelési módok, amelyek a család értékeit mutatják. Ide tartoznak például a szülők által explicit módon vallott elvárások a gyermek viselkedésének helyénvalóságáról.

- segítő- és támogatófunkció: lelki és anyagi támogatás biztosítása az utódok számára. A pszichés támasz egyik összetevője a körülöttünk lévő világ értelmezése és érthetővé tétele a gyermek számára. A szülők optimális esetben folyamatosan magyarázatokat adnak arról, hogy milyen események zajlanak a gyermek körül, és azokat hogyan kell értelmezni és értékelni. Támponokat nyújtanak a tapasztalatok interpretálásához, ezáltal alakítják az utódok attitűdjeit és értékeit. A segítő- és támogatófunkció az alábbi tényezőket foglalja magában (Caplan és Killilea, 1976):

1. az információk gyűjtése és rendszerezése: a családtagok a szűkebb és tágabb környezetben zajló eseményeket folyamatosan értékelik és értelmezik, majd levonják azokat a következtetéseket, amelyek az egyén vagy a család szempontjából fontosak. A családban zajló beszélgetések formálják az egyén nézőpontját a különböző eseményekről, illetve a benne játszott szerepéről. A szülők ebben a folyamatban „kapuőr-funkciót” töltenek be, azaz saját értékítéletüknek megfelelően válogatnak a véleményük szerint fontos információkból, illetve kommentálják azokat.

2. visszajelentés és útmutatás: a gyermek viselkedésének minősítését foglalja magában, az adott kontextus befolyásoló hatásának figyelembevételével. A családtagok kommentárjai a gyerek reakcióival kapcsolatban pozitív vagy negatív visszajelzést jelentenek, ami segít korrigálni a nem adekvát viselkedéseket.

- az identitás alakulását befolyásoló tényező: személyes identitásunk egyik lényegi összetevője a család, értékeink és viszonyulásaink legfontosabb forrását jelentik (akár úgy, hogy azonosulunk, akár úgy, hogy ellenazonosulunk velük). A legkorábbi referenciacsoportként formálja a személyes célokat, véleményeket és attitűdöket (Vajda, 2005a).

Az ún. családi paradigma (Wolin és Bennett, 1988) fogalma azt takarja, hogy a családok közös identitást alakítanak ki, ami olyan alapelveket foglal magában, amelyek segítik az életút

során előforduló problémák kezelését. Általában egyszerűen megfogalmazható szabályokat, konfliktuskezelő technikákat, kommunikációs mintákat egységesít, az emberi kapcsolatok hatékony kezelését szolgálja, és a család koherenciájának érzését növeli.

Az, hogy létezik családi identitás, azért nem evidens, mert kevésbé megfogható, nem egyértelmű entitás. Egy egyén esetében kétségtelen, hogy létezik egy csak rá jellemző sajátosság, ezzel szemben a családi identitás implicit, metaforikus, és ezért nehezen definiálható (Assmann, 1999). Mindenki számára egyértelmű, hogy a családot vérségi kapcsolat tartja össze, de az ezen túlmutató közös jellemzők már erősen szubjektívnak tűnnek. Egy másik megközelítés szerint a család tagjai között kapcsolatrendszer jelentésteli egysége az ún. családvilág (Hess és Handel, 1971), amely magában foglalja adott közösség kommunikációs jellemzőit, interakciós mintáit, befolyásolási eszközeit, játszmáit. A családvilág jellegzetességeit mutatják pl. az ünnepeken megfigyelhető hagyományok, a materiális emlékek, családi történetek. Tehát „értelmező és szelekciós rendszerek a maguk jellegzetes témaköreivel, motívumaival és stílusával, az együttlétek forgatókönyveivel” (Somlai, 1997, 152. o.).

- gyakorlati segítség: a család anyagi támogatást és támaszt nyújt válságos helyzetekben, amit gyakran nem is kell kérni, mert magából a kapcsolatból következik. A szülők felnevelik a gyerekeiket, a már felnőtt gyerekek pedig gondozzák idősödő szüleiket. Emellett a társadalmi pozícióban való előrejutást is gyakran támogatják a családtagok, pl. a lakóhelyváltást vagy a karriert (Utasi, 2002).

- a szabadidő eltöltése, informális közeg: a családi kapcsolatok optimális esetben feltétel nélküliek, ami azt jelenti, hogy a családtagok képesek regenerálódni, ellazulni a család közegében, mert ott nem kötik őket olyan formális szabályok, mint például az intézményekben vagy a kevésbé intim társas kapcsolatokban.

1.2.1.4. A család, mint rendszer

Jackson (1957) családterápiás munkája kapcsán azt figyelte meg, hogy amikor kliense elkezdett gyógyulni, a család egy másik tagjánál bajok kezdődtek. E jelenség okának megértéséhez vezette be a rendszerszemléletű modellt, miszerint minden családi rendszer a dinamikus egyensúly állapotában van, jellemző rá a homeosztázis. Az egyensúlyt negatív feed-back - hiba által vezérelt visszacsatolás - segítségével tartják fenn a családtagok. Ha a rendszer optimumon működik, akkor viszonylag stabil, ehhez azonban folyamatos apró

változások sorozata szükséges, mely a rendszer normál működésének része - ez az elsőrendű változás. Amennyiben a rendszer jellege változik, és egy új egyensúlyi állapot irányába mozdul el, másodrendű változás következik be, melynek eredményeképpen új struktúra alakul ki pozitív visszacsatolás révén.

A rendszer elemei között cirkuláris okság áll fenn, a rendszer tagjai hatnak és visszahatnak egymásra.

A rendszert alrendszerek alkotják, melyek megértése önmagukban kevesebb információt eredményez, mint az egész rendszer működési dinamikájának vizsgálata. Az alrendszereket egymástól, és a családot a külvilágtól a közösen kialakított és elfogadott szabályok, normák, ismétlődő viselkedési minták által megszabott határok választják el, melyek lehetnek nyíltak vagy zártak. A családi rendszerben léteznek individuális, szülői, házastársi, gyermeki, testvéri, és női-férfi alrendszerek. Az individuumok összekapcsolódása diákat képez, melyben a kapcsolat lehet hierarchikus vagy egyenrangú. Három individuum összekapcsolódása triádot képez, ez a családi struktúra építőköve, melyben lehetőség van az érzelmi feszültség kanalizálására. A triád formái:

- *szövetség* keretei között egy jó cél érdekében szövetséget kötnek a tagok
- *koalícióban* a kapcsolati erősség eltolódik és két tag között együttműködés jön létre, a harmadik ellenében.
- *trianguláció* esetén két tag verseng egymással a harmadik megnyeréséért. Egyszerű példája ennek a válófélben lévő szülők gyermek szeretetért folytatott harca (Jenkins, 2001).

Minuchin (1974) strukturális elmélete rendszerszemléleti alapokon nyugszik, a hangsúlyt a család tagjai közötti interakcióra teszi, és a kapcsolatokat kétirányúnak feltételezi (Byng-Hall, 2006). Biztos családi alap a kötődési kapcsolatok megbízható és könnyen elérhető hálózata, melyben a családtagok eléggé biztonságban érzik magukat ahhoz, hogy megvizsgálják az egymáshoz és a családon kívül állókhoz fűződő kapcsolataikat. Ezt veszélyeztetheti például ha a gyermek az egyik kötődési személy elvesztésétől fél, vagy ha a szülők versengenek egymással a gondozásért. A családok általában arra törekednek, hogy minden családtag közelség-távolság szükségletét kielégítsék (Byng-Hall, 2006). Abban a családban, ahol egy tag szükségletei nem kellően kielégítettek, a gyermek egy trianguláció tagjává válhat, ahol ő válik a szülei közötti távolság szabályozójává.

Marvin és Stewart (1990) szerint az összerosott családi kötelékekben általában az anya és a gyermek közötti határ elmosódik, melynek háttere, hogy a házastársi alrendszer nélkülözi a megfelelő intimitás-szintet. A férj nem képes az anya érzelmi és kötődési igényét kielégíteni - ezek sokszor túl nagyok –, ezért az anya a gyermek irányába fordul szeretetért, akit életkoránál fiatalabbnak kezel, mert így hosszabb ideig marad fenn a gyermek függősége irányába. Az interakciók állandósulnak, a családi egyensúly megtartását szolgálja. Példaként hozhatjuk a rendszer dinamikájának szemléltetésére Kretchmar és Jakobvitz (2002) vizsgálatát, akik az anya és a nagymama közötti dinamika hatásait vizsgálta az anya gondozói tevékenységének minőségére és a gyermek kötődésére. Azt találták, hogy minél kiegyensúlyozottabb volt a kapcsolat az anya és saját édesanyja között, annál kevésbé volt merev (túlszabályozott) vagy összerosott (szabályok nélküli) a közöttük lévő határ. Azok az anyák, akik úgy érezték, hogy anyjuk elfogadta őket gyermekkorukban - és jelenleg kiegyensúlyozott kapcsolatban voltak az anyjukkal - érzékenyebben reagáltak a gyermekükre, és kevésbé voltak tolaodók vele, gyermekeik nagyrészt biztonságosan kötődők voltak. Azoknak az anyáknak viszont inkább ambivalensen kötődő gyermekük volt, akik összerosott kapcsolatban voltak saját anyjukkal, az önállóságra kevés bátorítást kaptak gyermekkorukban.

Böszörményi-Nagy Iván (2001) az egzisztenciális pszichológia szókészletére alapozva alkotott új fogalmakat, amelyeket a családi dinamika leírására használhatónak ítélt. Egyik legfontosabb elméleti koncepciója a *jogosultság megszerzése*, ami azt folyamatot írja le, ahogy másoknak törődést, figyelmet nyújtva, ebben maga a személy is részesül. Erre épülő fogalma az *igazságosság*, ami a kapcsolatok megbízhatóságának alapja. Ha egy kapcsolat egyoldalúan kizsákmányoló, a résztvevők kilépnek belőle, vagy diszfunkcionális viselkedést alakítanak ki. Böszörményi-Nagy fontosnak tartja, hogy a személy a felmerülő igazságtalanságokat időnként értékelje a kapcsolataiban és ezek alapján korrigálja azokat, mely biztosítékot nyújt a kapcsolat megbízhatóságához. Harmadik fontos fogalma a *lojalitás*, mely szintén szerzett érdemen alapul. Magában hordozza a választást, hogy a személy kihez legyen lojális, így benne rejlik az érzelmi kötődés választása is. A megbízható személy jogosultságot nyer, cserébe megérdemli, hogy lojálisak legyenek hozzá, vagy több bizalmat kapjon.

Születésünkön megtagadhatatlan kapcsolatba lépünk szüleinkkel, a szülő-gyerek lojalitást a bizalom, érdem és igazságosság mértéke határozza meg. A közös lojalitásgyökerek köteléket fonnak az emberek között, melyek azt is meghatározzák, hogy az utódok

mennyire lesznek képesek szabadon kialakítani családon kívüli kapcsolataikat. A szülők és gyermekek közötti kapcsolatok a lojalitás vertikális kötelékei. A horizontális lojalításokban a kapcsolatokban alakulnak ki, amelyekben a partnerek egyenlő pozíciót töltenek be, kölcsönös jogok és kötelezettségek vonatkoznak rájuk. A gyermek azáltal válhat autonóm személlyé, hogy számot vet a lojalitás-kötelékek létezésével és ezt felhasználja sorsa alakításában. Böszörményi-Nagy szerint a kapcsolatok egyoldalú felbontása a serdülőkori leválás folyamata során korlátozza az egyén szabadságát: minél merevebb a serdülő eredeti családjához való kötődése, annál nehezebben érzi magát szabadnak választott kapcsolatában. A vertikális lojalitás átrendeződése az autonómia irányába tett fejlődéssel együtt járó lépés. Amikor például az apa felvállalja az apasággal járó következményeket és felelősséget, a születendő gyermek az új, elkötelezett kapcsolatba kerül.

Minden fontos választás a lojalitás-rendszer változását hordozza magában, az eredeti családi kötelékek kizárólagosságának feladása akkor valósulhat meg, ha egy másik kapcsolat alapvető bizalommal teli, amelyből új jogok, elvárások és kötelezettségek formálódhatnak. Egyes családok illojalitásnak ítélik minden lépést, mely a vertikális lojalitást változásához vezethetne. Az eredeti család iránti lojalitás láthatatlan erőket mozgósít, a gyermek egész életében megőrzi eredeti családjához fűződő köteléket, szülei iránti lojalitása nem múlik el. Ha a vertikális lojalítások keresztezik a horizontális lojalításokat, döntési helyzet alakul ki. Ilyenkor az egyénnek döntenie kell az egyik kapcsolat javára, mely döntésben a kölcsönös igazságosság jelentős szerepet kap az emocionális tényezők ellenében.

Egy házasságban egyensúlyi helyzetet kell kialakítani a horizontális és vertikális lojalítások között, amit csak a kapcsolatok folyamatos felülvizsgálata során tehetünk meg. Az előző nemzedékben megbomlott egyensúlyt a következőben próbáljuk helyreállítani. Tehát ez a gyermek feladatává válik – igazságtalanul -, ami zavart okoz későbbi családi életében, hiszen a gyermek nem oldhatja meg az előző nemzedék konfliktusait. A lojalitás-konfliktusok akkor válnak elviselhetetlenné, ha a vertikális lojalításokat túl nagy feszültség veszélyezteti, azonban a vertikális lojalitás-kötelékek megszakadása súlyosan megrendítheti a horizontális kapcsolatokat. A vállalhatatlan vertikális lojalitás rejtett módon fejeződik ki, láthatatlanul, befolyásolva a választott kapcsolatokat. Például, ha a szülők elutasítják a házasságot, a gyermek megtagadhatja eredeti családjára iránti lojalitását, ám láthatatlan, gyermeki lojalitása abban mutatkozhat meg, hogy önkéntelenül tönkreteszi saját házasságát. Ha a korábban megtagadott szülő meghal, a horizontális kapcsolatra nagy nyomás nehezedik, és az illojalitás

számlája a partnerre hárul. Komoly veszélyt jelent a házastársi kapcsolatban, ha a felek nem foglalkoznak egymás vertikális lojalitással kapcsolatos érdekeivel (Eerenbeemt és Heusden, 2001).

1.2.1.4. 1. Párkapcsolat fejlődési szakaszai

A rendszerszemléleti alapfogalmak ismeretén kívül a párkapcsolat fejlődési szakaszainak ismerete is segítségünkre lehet a családi rendszer dinamikájának megismeréséhez. Korábbi fejezetben már áttekintettük a normatív és akcidentális krízisek közti különbségeket, itt csupán alapozunk ezekre az ismeretekre. A párkapcsolat és család fejlődését kísérő krízisek általában normatív krízisek, megjelenésükre számíthatunk, normális esetben a rendszer tagjai dinamikus működésük révén képesek túljutni a krízisen és egy további fejlődési szakaszba lépni - amennyiben az elsőrendű változás nem hoz eredményt, másodrendű vagy strukturális változás által. Ha a rendszer tagjai nem képesek a krízis megoldására, a krízis fennmarad és a rendszer hosszú távú egyensúlytalansága a tagok valamelyikét megterheli, mely egy tünet által válik kommunikálhatóvá. Mielőtt a párkapcsolat fejlődési folyamatát ismertetnénk, tekintsük át azokat a lélektani tényezőket, melyek a párválasztást befolyásolhatják, hiszen elsősorban ezek szabják meg a normatív krízis kimenetelét. Az összefoglalót Buda és Szilágy (1988) alapján ismertetjük.

- **Kiegészítő szükségletek elmélete** (Winch, 1958) szerint erős, tartós érzelmi kapcsolatokban egymással ellentétes személyiségek találhatnak egymásra, mégis ezáltal egészítik ki egymást. A kapcsolat igénye és a kapcsolat fenntartásának vágya arra irányul, hogy mindkét személyiség a számára hiányzó tulajdonságokat megszerezze, s így egy új egyensúlyi állapot jöjjön létre, amely összekötő kapocsként is funkcionál. A kiegészítettség révén mindkét személyiség erősödik.
- **Sajátos igények elmélet** (Winch, 1958) szerint létezik egy sajátos szükséglet vagy igény, amely gyermekkorban kielégületlen maradt, vagy éppen a túlzott kielégítés miatt fennmaradt (fixálódott). A személy párkapcsolati választását ennek az igénynek a megléte vagy hiánya irányítja.
- **Szülőimágó elmélet** (Winch, 1958) a szülőről alkotott belső kép keresésének elmélete, amikor az ellenkező nemű szülővel pozitív érzelmi kapcsolat ismétlődésének igénye

motiválja a párválasztást. Az is előfordul, hogy az ellenkező nemű szülővel való rossz kapcsolat miatt a fiatal partnerében éppen az ellentétét keresi.

Napier (1988) az előbbieknél differenciáltabban látja a párkapcsolatokat, sőt úgy véli, a párválasztás annyira összetett folyamat, hogy teljesen nem is lehet feltérképezni. Szerinte a jelen problémái a múltban bekövetkezett események feltárása által lehetséges. Hat értékelő szempontot határoz meg – a párkapcsolat mélysége, közelség-távolság, hatalom, érzékenység, egyenlőség és rugalmasság -, melyeken kívül befolyásoló szerepet tulajdonít a családszerkezetnek, a családban betöltött gyerekkori szerepeknek is, melyek kihatnak a későbbi párkapcsolat alakulására a gyermekre ható centrifugális és centripetális erők miatt: ha az egyik dominánssá válik, megmerevedett gyermekszerep alakulhat ki, háttérét képezve a későbbi párkapcsolati problémáknak, például a kapcsolatfüggőségnek.

Jürg Willi (é.n.) rendszerszemléletet, a kommunikációelméleti megközelítést, és a pszichodinamikus szemléletmódot ötvözte egységessé és alakította ki a párválasztás kollúziós – koevolúciós modelljét (Bagdy, Mirnics, és Baktay, 2006). A modell szerint az egyén párkapcsolatát befolyásolja korábbi párkapcsolatainak előélete és tapasztalatai. A tagok közös eredetű megoldatlan konfliktusa, a „közös achillesi sérülés” (Bakó, 2002) akadálya lehet az egyéni fejlődési folyamatnak, ami a pár másik tagjának fejlődését is veszélyezteti, egy tudattalan összejátszást hívhat elő. A kollúzió tehát azonos konfliktus, s a remény, hogy konfliktusukat a párkapcsolatban megoldják.

Ezek után ismerjük meg a párkapcsolat fejlődési szakaszait. A párkapcsolat fejlődésének és a krízisek kimenetének elmélete Mahler szeparációs-individuációs fejlődési elméletre alapoz (Kulcsár, 2006).

1. *Párrá válás szakaszában* a legfontosabb feladat, hogy a pár mindkét tagja szüleiről érzelmileg leváljon, mert ez esetben válik képessé arra, hogy az anya-gyerek kapcsolatban megmutatkozó köteléket – pszichés energiát - egy másik kötődési személyre átvigye. Az érzelmi leválás fentiek értelmében nem megtagadást, kiszakadást jelent, hanem a személy autonómiáját a szüleivel való kapcsolatában, mely által a szülő-gyermek viszony szimmetrikus kapcsolattá válik. A levált fiatal megtapasztalja önálló identitását, tisztába jön saját értékeivel, képes határai kialakítására és védelmére. Ideális esetben tehát kialakul az intimitásra és elköteleződésre való képesség, amely segítségével

a fiatal időszakosan és részlegesen képes megnyitni énhatárait egy választott kapcsolatban. A szülők feladata ebben az életciklusban, hogy elfogadják gyerekük választását. Ebben a szülői elfogadásban jelenik meg a szülők gyermekük irányába mutatott bizalma, mely a társ választásában is megnyilvánul. Elakadást ebben a szakaszban tehát a következők jelenthetik: a szülő nem fogadja el gyermeke választását, vagyis nincs bizalma gyermeke felé. Ez a bizalmatlanság vélhetően a kapcsolatot korábban is jellemezte, vagyis a gyermek nem képes autonóm személyiséget kialakítani, a kapcsolat jellege továbbra is aszimmetrikus marad. A szülő gyermekének tulajdonított inkompetenciája több módon irányíthatja a párválasztási viselkedést, mint fent láttuk.

2. *Szimbiózis szakasza* egy állandó együttességben mutatkozik meg, mely a párkapcsolatok fejlődésének fontos része. Ez abban nyilvánul meg, hogy a pár mindent együtt csinál, mindent együtt gondol ki, az egyedi igények és a különbségek tagadása jellemező - ez a pozitív torzítás időszaka. A személy úgy érzi, hogy teljes biztonságban van, mely szakasz a párkapcsolat „tankja”-ként határozható meg. Azok a személyek, akik énhatáraik megnyitására képesek, de autonómiára nem - vagyis individuációs fejlődésük elakadt, ezt a szakaszt részesítik előnyben. Ez úgy jelenik meg pszichológiai szinten, hogy a kapcsolatot az elhagyástól való félelem tartja össze, melyben a személy lemond az autonómiáról. Az itt elakadt kapcsolatokra jellemző a passzív-reaktív kommunikáció a válaszkészség helyett.
3. *Differenciálódás szakaszában* a pár két tagja elkezd a szimbiózisból kiszakadni, és autonómiájuk ismét hangsúlyossá válik. Ez természetes módon viták által valósulhat meg, mely egy egyezkedési folyamat. Erre a szakaszra jellemző tehát a különbségek hangsúlyozása, az illúzióvesztés, mely a negatív érzelmek megjelenését is lehetővé teszi szomorúság, harag, büntudat formájában. Továbbra is hangsúlyozzuk, hogy a differenciálódás a párkapcsolat fejlődésének része, vagyis természetes módon jelentkezik a párkapcsolatban, ami nem azt jelenti, hogy a párkapcsolat nem terhelhető vagy nem „elég jó”. Pontosan ez a szakasz mutatja meg, hogy a párkapcsolat terhelhető, és nem csupán a hasonlóságok és a szimbiózis jelenti a szerelmet. Elakadást az okozhat ebben a szakaszban, ha a pár egyik tagja fúzióban szeretne maradni, míg a másik tagja differenciálódni szeretne, illetve ha a pár tagjai hatalmi harcként kezelik a közöttük levő viták kimenetelést. Pozitív kimenetelre akkor van lehetőség, ha a pár tagjai elfogadják,

hogy a másik változik, és észreveszik, hogy a különbségek által ők is gyarapodhatnak. Fontos gyakorlati tanács ebben a szakaszban, hogy a viták alatt a pár tagjai egymás viselkedésmintájára adjanak kritikát a másik személye helyett.

4. *Gyakorlás szakaszában* a pár tagjainak igénye támad arra, hogy a külvilágtól pozitív visszajelzéseket kapjanak, megmérettessék magukat a világ mércéje által is. Vagyis ebben a szakaszban az empátia helyett a saját igények kielégítése válik fontossá. Nagyon fontos azonban tudni, hogy a külvilág felfedezése és a teljesítmény egy biztonságos és bizalomteli kapcsolatban lehetséges akkor is, ha éppen a személy önmagának fontos. A biztonságos kapcsolati háttér nélkül a külvilággal folytatott harc pozitív kimenetelre kisebb az esély. Elakadás akkor jelentkezik, amikor a pár egyik tagja továbbra is a szimbiózis fenntartását igényelné, a másik tag viszont saját magát illető pozitív visszajelzések iránti szükségleteit a kapcsolaton kívül is szeretné kielégíteni.
5. *Újraközeledés szakasza*, melyben a külvilággal folytatott harc és megmérettetés után a pár tagjai visszaviszik a kapcsolatukba az örömet, és újra kettejük kapcsolatában találják meg az önkifejezést. Ebben a szakaszban alakul ki az egyensúly a MI (kapcsolat) és az ÉN (individuum) között, amely a jövőképet jelentősen befolyásolja.
6. *Érett párkapcsolat* az előző szakasz eredménye, melyben megjelenik ismét az intimitás, a közelség-távolság szabályozása mindkét fél számára optimális és kielégítő.

1.2.1.4. 2. A családi fejlődés szakaszai

A családdá válás a párkapcsolati fejlődéshez hasonlóan nem automatikusan kialakuló folyamat. Természetes velejárói a családi életnek, hogy adódnak olyan események, melyek az addig kialakult családi egyensúlyt felborítják, a viszonyokat átrendeződésre kényszerítik. Mondjuk egy egyszerű példát erre: a gyermek növekszik és igényei az életkorától függően változnak, melyhez a szülőpárnak alkalmazkodnia kell akár megváltozott szerepviszonyok árán: a csecsemőt édesanyja táplálja, de a szoptatás után az apa is beállhat a táplálás folyamatába. A családi élet változásait Hill és Rodgers (1964) felosztása alapján tárgyaljuk, bár ez a modell nem tartalmazza az újraraházasodók, gyermektelen párok, élettársi kapcsolatban élők tipikus problémáit. Némi módosítással a modell rájuk is alkalmazható (Szabóné Kármán, 2004).

1. *Újonnan házasodott pár családja*: a legelső krízishelyzet a házasságkötés utáni időszak, hiszen ez az élet váltófázisa (Bakó, 2002). A krízis megoldásában szerepet kapnak a beavatási rítusok, legénybúcsúztató és leánybúcsú formájában. A házasság ugyanis a férfi és a nő számára egyértelműen új szerepeket jelöl ki, új normákat helyez kilátásba. A családalapítás időszakában a legfontosabb feladat a közös élet külső-belső kereteinek kiépítése, a közös életmód kialakítása. Az összecsiszolódáshoz feltétlenül szükség van a kölcsönös vonzalomra, mindkét személy érettségére. A pár összehangolódását hátráltatják a megoldatlan lakáskörülmények, a hajszolt munkatempó, ami a közös együttlétek ritkulásához vezet. Ha az első gyermek az összecsiszolódás időszakában érkezik - vagy éppen ez ad okot a házasságkötésre – ez a szakasz lerövidülhet, ami a későbbiekben további kapcsolati krízist eredményezhet. Hazánkban a gyermekek 49%-a az esküvőt követő egy éven belül születik, átlagosan pedig másfél éven belül.
2. *Gyermeket váró család és csecsemőt nevelő család* a családi életszakaszok közül egy centripetális, ún. „ragasztó” ciklus, az egyik legörömtelibb szakasz. A várandósság kívánt gyermek esetén a nő életének legszebb időszaka, mely rejt magában nehézségeket a szülői identitás kialakulása miatt, mely korántsem magától értetődő folyamat. Emellett a gyermek születése következtében a férj elveszti kizárólagos, kiemelt szerepét felesége életében, a diádikus kapcsolat triáddá alakult, ami a szerepek és a családi struktúra átrendeződését igényli. Míg az anya szerepe a csecsemőgondozás és az otthon körül összpontosul, az apai szerep-viselkedés inkább a külvilággal való kapcsolattartás és az egzisztenciális biztonság megteremtésében formálódik ki.
3. *Az 1-3 éves gyermeket nevelő családban* ismét átalakulnak a viszonyok, a család mozgékonyabbá és nyitottabbá válik. A gyermek mozgásfejlődése révén a külvilág felfedezésére indul, mozgásfejlődésével együtt beszédkészsége is növekszik, egyre jobban tud kommunikálni, környezetével megértetni magát. Az anya-apa egység általában követi és bátorítólag jelenik meg az újfajta viselkedésmódokra. Az anya helyzete a családon belül kettőssé válik: míg egyrészt családi pozíciója felértékelődik, megerősödik, hisz rajta keresztül vezet az út a gyermekhez, a siker- és örömforrások

köre továbbra is az otthon köré összpontosul - leginkább férjére és gyermekére korlátozódik -, ugyanakkor érzelmileg és egzisztenciálisan továbbra is kiszolgáltatott.

4. *A 3-6 éves gyermeket nevelő család* különbözik az előző formától, hiszen a gyermek a gyermek intézményes nevelés keretei közé kerül, az anya ismét munkába áll, újra a külvilág felé fordul, kiszélesíti kapcsolatait, és munkájában sikereket érhet el. Mindezek a házastársi kapcsolat változását eredményezik. A családi teendők és az otthoni feladatok továbbra is legtöbbször az anya feladatai maradnak, ami megterheli és fáraszthatja az anyát. Ennek következményeképp az anyát ambivalens érzelmek tölthetik el: sikereket a külvilágban ér el, otthon pedig a nehézségekkel találhatja magát szembe, aminek következménye a szerepkonfliktus: hol egyik, hol másik szerepének igyekszik megfelelni, ami elégedetlenné teheti önmagával és helyzetével kapcsolatban is. A feleség munkába állásával a férj szerepe is megváltozik, már nem ő az egyetlen kapocs a külvilággal, az egzisztenciális biztonsághoz a feleség is hozzájárul. Ebből fakadóan a férj háztartásbeli szerepe megnő, kiveszi részét az otthoni feladatokból – bevásárlás, takarítás, a gyermekkel való foglalkozás, ami a férje hathat ambivalens módon. A házastársi kapcsolat a felek ambivalens érzései által megterhelődik, a nyílt konfliktusok megjelennek a házasság kötelékében.
5. *Kisiskolás gyermeket nevelő család (6-12 év)*. Ebben az életszakaszban a legfontosabb események az iskolakezdés körül zajlanak, mely következtében a szülő-gyermek kapcsolat megváltozik. Ez a változás a cirkularitás értelmében a házastársi alrendszerben is változást okoz. Az intézményes oktatás bizonyos szempontból a család külső megítélését eredményezi, a gyermek iskolai sikere a szülőpár sikerét erősíti, míg a gyermek kudarca a szülőpár kudarcaként jelenhet meg. A látenciaszakaszban a gyermek viszonya a külvilággal megváltozik, érzelmi higgadtság jellemzi, a gyűjtögetések, titkolózások, nagy barátkozások kora ez. Azokban a párkapcsolatokban, amikor a szülők érzelmileg csak egymás irányába nyitottak - vagy éppen ellenkezőleg, kapcsolatukat érzelmi viharok jellemzik -, gyermekükhöz való viszonyukban konfliktus jelenhet meg: nincs idejük, kedvük, energiájuk a gyermekkel foglalkozni. Ilyen esetben a gyermek érzelmileg nem kerülhet közel az egyik szülőhöz a másik szülő túlinvóltsága miatt. Az egymáshoz alig motivált szülők a kiüresedett

kapcsolat pótlásaként a szülők a gyermekhez fordulnak szeretetért, mellyel a gyermek autonómiájának gátjává válnak, fejlődési folyamatukba beleavatkoznak.

6. *Serdülőt nevelő család* sajátos krízist él át. A serdülő fokozódó autonómiaigénye és formálódó identitása a szülőket is arra készíti, hogy tekintsék át autonómiájukat és alkalmazkodjanak az új helyzethez. Nem véletlen tehát, hogy ebben az életszakaszban jelenik meg az ún. „kapuzárasi pánik”, mely mindkét nemnél jelentkezhet, mely során az idő múlását, esetleg az elszalasztott lehetőségeket felismerve szinte pánikszerűen menekül a szülő egy új kapcsolatba, akár új házasságba. A háttérben a félelem és a bizonyítási vágy motivációja áll, félelem attól, hogy talán már nem lesz több lehetősége, bátorsága arra, hogy kilépjen a régi, kihűltnek ítélt kapcsolatból, de ugyanakkor bizonyítása is annak, hogy még nem veszítette el vonzerejét, képes még a hódításra, van, akinek szüksége van rá. A pánik szinte mindenkinél jelentkezik, kimenete függ a házastársi kapcsolat mélységétől, a személy érettségétől, a látott mintáktól.
7. *Fiatal felnőttet kibocsátó család*. A posztmodern társadalmakban a serdülőkor vége és a felnőttkor közé egyre inkább egy sajátos életszakasz, az ún. posztadoleszcencia kezd beékelődni. A 18 évesen nagykorúvá, jogi értelemben felnőtté vált fiatalok többsége ugyanis még hosszú évekig szüleikkel, szüleiktől függve élnek, ami különböző problémákat indukál. Ennek okai között szerepel a tanulással töltött idő elhúzódnása, ami jórészt a munkaerőpiac fokozódó elvárásainak következménye. A fiatal felnőtt kibocsátása utáni új „szabadság” örömmel töltheti el a szülőket, több idő jut egymásra, s az eddig meg nem valósult álmaikat, terveiket feleleveníthetik, megvalósíthatják. Sok házasságban azonban a gyerekek kirepülése után a kapcsolati üresség kezd nyilvánvalóvá válni, ami a kapcsolat rendezéséhez vagy felbontásához vezet.
8. *Magukra maradt, még aktív szülők családja* mára inkább az ötven éven túli szülőket érinti, mely életszakasz leggyakoribb krízisei a változókor körül jelennek meg. A szerepek ismét átalakulnak – nagyszülői szerepek formájában. A szülők szembesülnek addig megtett útjukkal, áttekintik mit valósítottak meg terveikből, helyesen nevelték-e gyermekeiket, hogyan alakult házastársi kapcsolatuk az eltelt évek alatt. A sok kudarc

integritásválságot alakíthat ki, melyben megjelenik, hogy a hibák helyrehozására már nincs idő.

9. *Inaktív, idős házaspár családja.* Az időskor testi-lelki változásai pszichoszociális krízist eredményezhetnek. A nyugdíjba vonulás a társas kapcsolatok megváltozását eredményezi, az egzisztenciális kiszolgáltatottság érzését hozza magával. Az időskor Szabóné (2004) szavaival élve „az élet egyik legnagyobb szerepredukciója”, a társadalmi, szociális szerep megváltozását eredményezi, mely önértékelési problémákat idézhet elő. Idős korban újra szembetalálkozik az ember a gyermekkori szeparációs félelemmel, az egyedüllétől való szorongással. Ha az idős embert támogató környezet veszi körül, akkor könnyebben megbirkózik ezzel a félelemmel. Amennyiben a párkapcsolat eredményesen élte át az előző életszakaszok kríziseit, a házaspár nagy valószínűséggel együtt éli további életét. Ebben az életszakaszban egyre gyakoribb a halállal való találkozás, bekövetkezhet a megözvegyülés (Szabóné Kármán, 2004).

A család fejlődési szakaszait áttekintve láthatóvá válik, hogy a házasság Kopp Mária (2008) szavaival „életszövetség érdekszövetség helyett”.

Látjuk tehát, hogy a párkapcsolati dinamikának természetes részei a mélypontok és krízisek. A krízisek kimenetlét az szabja meg, hogy a pár tagjai hogyan oldják meg problémáikat és konfliktusaikat.

A család fejlődési szakaszainak folyamatát áttekintve érthetővé válik, hogy a válási csúcsok a családi fejlődési szakaszok három pontján jelennek meg:

1. *Házasságkötés után egy-két évvel*, melyek nem igazán érett kapcsolatokat követően alakulnak ki.
2. *Az első gyerek születésekor*, illetve az ezt követő időszakban, ahol a párból családdá válás menete problémás.
3. *Serdülőkorú gyermeket nevelő* család esetében, a kapuzárási pánik időszaka alatt.

1.2.1.5. A nevelési stílus hatása a szocializáció kimenetelére

1.2.1.5.1. A szülők nevelő szerepéről általában

Az egyén társas kapcsolatainak minőségét és jellegzetességeit meghatározzák a nevelési stílus jegyei, amelyek komplex hatásrendszerként vannak jelen a szülő-gyerek viszonylatban. A gyerekek szocializációs zavarainak jó része visszavezethető a szülők nevelési stílusának problémás mivoltára. A nevelői attitűdök befolyása a gyerekek viselkedésére és formálódó személyiségére már korán tetten érhető. A szülők és gyerekeik közötti korai interakciók minősége előrejelzője lehet annak, hogy a későbbiekben hogyan alakulnak a felnőttek által alkalmazott nevelési módok (Eigner, 2012).

A szülők különböznek egymástól abban a tekintetben, hogy mit gondolnak a gyerekevelés megfelelő módjának, hogy milyen rövid- és hosszú távú célok alapján igyekeznek a helyesnek vagy helytelennek tartott viselkedésmódokat formálni. Ebbe beletartozik, hogy mivel jutalmaznak vagy büntetnek, milyen pozíciót, jogokat és kötelességeket tartanak megfelelőnek a gyerek számára a családon belül, vagy hogy mennyire figyelnek egyéni igényeikre.

A szülők nevelési stílusa a kultúra befolyása alatt áll: az, hogy adott közösség mit gondol helyesnek a gyerekeveléssel kapcsolatban, hogy milyen személyiségjegyeket preferál a felnőtt egyedek esetében, mind-mind formálják a szülők saját nézeteit a helyes nevelői viselkedés mibenlétéről.

A gyerek viselkedését születésétől kezdve monitorozzák és irányítják a felnőttek. Olyan magatartást várnak el tőle, ami sok esetben kényszerítés eredménye (pl. törékeny tárgyakat nem nézegethet meg, nem ehet annyi édességet, amennyit csak szeretne). Ahhoz, hogy a megfelelő és biztonságos viselkedésmódok kiépüljenek és rögzüljenek, a szülő hatalmának fenntartására és alkalmazására van szükség. A felnőtt hatalma ebben az esetben nemcsak lehetőséget, hanem kötelességet jelent, amit természetesen megfelelő módon és eszközökkel kell érvényre juttatni.

Darling és Steinberg (1993) szerint a nevelési stílus és a nevelési gyakorlat két különböző dolog:

- a nevelési stílus a gyerek felé irányuló attitűdök összessége, ami érzelmi háttérrel teremt
- a nevelési gyakorlat a specifikus, célorientált viselkedéseket jelenti, amelyeken keresztül a nevelési elvek kifejeződnek

A szülői szerephez köthető reakció módok közül emellett azok fognak megerősödni és így hosszú távon jelen lenni, amelyeket maga a gyermek hív elő saját viselkedésével és visszacsatolásaival. A felnőtt motivációi, érzelmei, gondolatai és viselkedése a gyerekneveléssel kapcsolatban sosem önmagában állva, a gyerektől függetlenül, hanem azzal kölcsönhatásban alakul (Somlai, 1997).

A gyereknevelési gyakorlatot befolyásolja a szülők társadalmi osztályba tartozása is:

- az iskolázatlan, alacsonyabb társadalmi státuszban lévő szülők általában nagyobb fokú engedelmességet várnak el a gyerekeiktől. Ennek hátterében állhat, hogy mindennapi életük, legfőképpen munkájuk során a felnőttek azt tapasztalják, hogy a konformitás és az engedelmesség a célravezető. Mivel ők ezen attitűdök helyességét visszaigazolva látják, saját gyerekeik esetében is ezeket fogják hangsúlyozni és elvárni
- az értelmiségiek általában sokkal megengedőbbek a gyermek saját akaratának érvényesülésével kapcsolatban, melyet befolyásolhat az is, hogy ők munkájuk során az önállóságot és a kreativitást tapasztalják sikeres viselkedésnek (Solymosi, 2004).

1.2.1.5.2. A nevelési stílus klasszikus modelljei

A gyermekneveléssel kapcsolatos szülői attitűdökre vonatkozó vizsgálatok azokat a jellegzetességeket kívánták azonosítani, amelyekben a szülők különböznek egymástól. Ezeket a jellemzőket aztán összevetették a gyerekeknél tapasztalt viselkedésmódokkal és diszpozíciókkal, keresve a kettő közötti összefüggéseket.

A következőkben tárgyalt gyermekneveléssel kapcsolatos modellek nemcsak a tudományos életben, hanem a köztudatban is évtizedeken keresztül nagy hatást gyakoroltak a szülői attitűdökkel kapcsolatos elgondolásokra.

Becker modellje

Az 1964-ben publikált modell retrospektív vizsgálatokra épült, melynek során magatartászavarral jellemezhető, illetve egészséges fejlődésmentű gyerekekkel készítettek interjúkat, a gyermekkorukban tapasztalt szülői bánásmód elemeire kérdezve rá. A vizsgálat alapján a nevelői stílus két fő elemét azonosították, az érzelmi- és a kontrolldimenziót.

a., Az érzelmi dimenzió

A szülők részéről tapasztalt bánásmód melegségét és szeretetteljességét foglalja magában. A dimenzió két végpontján az elutasító (hideg) és elfogadó (meleg) nevelői attitűd helyezkedik el. A dimenzió tartalma a szülők által alkalmazott büntetési mód, nem pedig annak mennyisége:

- az elfogadó szülőkre jellemző, hogy amikor büntetik gyermekeiket, a közöttük már meglévő szeretetet hangsúlyozzák, tehát rosszállásukat fejezik ki a negatív viselkedéssel kapcsolatban, megindokolják, hogy ez számukra miért okoz bosszúságot vagy szomorúságot. A szülő és a gyerek közötti jó kapcsolat esetén már önmagában a szülő által kifejezett bosszúság büntetésértékű lesz, és le fogja állítani a nem megfelelő viselkedést. A nevelő minden esetben az elkövetett viselkedés helytelen mivoltát fogja hangsúlyozni, nem pedig a gyerek jellemhibájaként utal a tette.

- az elutasító szülők a gyermek büntetésekor saját hatalmukat hangsúlyozzák, azaz sokszor indoklás nélkül szégyenítik meg, kiabálnak vele. Gyermeük számára abszolút szabályokat írnak elő, amelyeket nem lehet kétségbe vonni vagy alkudozással formálni. A szülők saját hatalmukat agresszív módszerekkel érvényesítik, és feltétel nélküli engedelmességet várnak el. Kihasznlják a gyermekkel szembeni fölényüket, legtöbbször nem is tartják kívánatosnak, hogy magyarázkodjanak a kiszabott büntetés miatt. Hajlamosak a gyereket minősíteni, és nem arra helyezni a hangsúlyt, hogy mi volt rossz abban, amit elkövetett.

A fent vázolt büntetési módok Becker szerint befolyást gyakorolnak arra, hogy a gyerek milyen fokú agresszivitással lesz jellemezhető, illetve hogy az önkontroll milyen minőségben jelenik meg nála:

- a szeretetkapcsolatra építő büntetés hatására a gyerek érteni fogja, hogy adott viselkedést miért nem szabad végrehajtani, tehát a hozzá kapcsolódó normát internalizálni fogja. Képes lesz tetteiért felelősséget vállalni, kritikus lesz saját viselkedésével kapcsolatban, és büntudatot fog érezni, ha áthágja a szabályokat. Mivel szülei magyarázatot fűznek a büntetéshez, így az kevésbé lesz frusztráló számára, és alacsonyabb szintű agresszióhoz vezet. Az összes vonatkozó kutatás kiemeli az emocionális dimenzió jelentőségét a családi nevelésben. A pozitív érzelmekkel odaforduló szülőt a barátságos interakciók jellemzik gyermekével. Gyermeke érzéseit, szükségleteit, kívánságait figyelembe veszi, melynek előnyei már csecsemőkorban megmutatkoznak. A szülői meleg-elfogadó viszonyulás megkönnyíti a szociális kompetencia kialakulását. A gyerek viszonzni fogja a szülei részéről

tapasztalt érzelmi támogatást, emellett arra is törekedni fog, hogy megfeleljen szülei elvárásainak, ne okozzon nekik csalódást. A pozitív érzelmi viszony serkenti a szülői modell átvételét, így a gyerekek könnyebben interiorizálják a családban fontosnak tartott értékeket (Ranschburg, 2005).

- az elutasító szülők által alkalmazott, hatalmi különbségen alapuló büntetés ún. külső kontrollos személyiség (Rotter, 1966) kialakulásához vezethet, azaz mivel a gyermek sokszor nem érti, miért büntették meg, viselkedését csak az fogja irányítani, hogy nemkívánatos tettei ne derüljenek ki, és így elkerülje a büntetést. A megszegyenítés, a túl intenzív büntetés frusztráló számára, ezért magasabb fokú agresszióval lesz jellemezhető.

Az autoriter nevelési stílus esetében a gyermek általában kétféle módon reagál. Vagy behódol a szülőnek, végrehajtva minden kívánalmát, és igyekszik „észrevétlen” maradni. Ezt a viszonyulást viszi tovább az óvodába és az iskolába is, ahol alig köt társas kapcsolatokat, közömbös marad a teljesítmény iránt, és egyáltalán nem bízik a felnőttekben. Énképe negatív, önértékelése alacsony lesz. A másik lehetséges következmény a túlzottan agresszív viselkedés, ami a társak közé való beilleszkedés zavarához vezet. A gyerek a szülői hatalom elnyomó mivoltának következtében ingerlékeny, impulzív és gyakran figyelmetlen lesz (Ranschburg, 2005).

b., A kontrolldimenzió

Becker modelljének másik eleme az engedékenységek és a korlátozás két végpontja között helyezkedik el. Az engedékenység azt jelenti, hogy bármely viselkedésmód gátlástalanodhat, szabad utat kaphat. A korlátozás pedig meggátolja a kivitelezni kívánt viselkedés megjelenését.

Ha az engedékenység elutasító szülői attitűddel párosul, akkor az agresszió lesz az, amit a szülők szabadjára engednek, és ez akár antiszociális viselkedés kialakulásához vezethet. Ha viszont a hideg szülői stílus korlátozással jár együtt, akkor az agresszív megnyilvánulások elfojtódhatnak, a későbbiekben pedig a gyerek akár saját magával szemben fordíthatja azokat.

A kontroll és az elfogadás kombinációi is kétféle következményhez vezetnek. Ha a szülő meleg, és egyben engedékeny, akkor Becker szerint a gyerek szociális, kreatív, nyitott

személyiségű lesz. Ha az elfogadás kontrollálással jár együtt, akkor a gyerek kevésbé lesz barátságos, és inkább lesz jellemezhető dependenciával.

A két dimenzió kombinációinak következtében kialakuló lehetséges személyiségvonásokat a következő táblázat mutatja be:

	Meleg, elfogadó szülő	Hideg, elutasító szülő
Korlátozó szülő	Nem agresszív, lelkiismeretes, szabálykövető, kevésbé kreatív, tekintélytisztelő, dependens, konformista gyerek.	Magas fokú szorongással és anhedóniával jellemezhető, barátságtalan gyerek
Engedékeny szülő	Szociábilis, kreatív, nyitott, nonkonformista, kezdeményező gyerek	Antiszociális megnyilvánulásokkal, devianciákkal jellemezhető, serdülő- és felnőttkorban akár bűnözői magatartású gyerek

Becker szerint tehát a meleg-engedékeny szülői viszonyulás az optimális a gyerek számára, ami azt jelenti, hogy a szereteteli odafordulás a korlátok szinte teljes hiányával párosul. A későbbi modellek azonban ellentmondtak ennek az elképzelésnek, szerintük az ilyen közegben nevelkedő gyerekek általában nagyon barátságosak, de gyakran nem viselkednek adekvát módon társas közegben. Ennek oka, hogy szüleik nem tanítják meg nekik, hogy milyen korlátok jelenlétét kell figyelembe venni a másokkal való interakciókban, vagy éppen a saját vágyak kezelésében.

A jelenlegi elképzelés szerint a meleg- korlátozó szülői magatartás az optimális. A megfelelő érzelmi odafordulás mellett itt a szabadság bizonyos „méréselt” korlátok közé van szorítva. Ezek a szabályok azonban sosem önmagukban állnak, a szülő minden esetben megmagyarázza, hogy miért van szükség rájuk és miért kell betartani azokat. A szabályok főként a többi ember érdekeinek tiszteletben tartására vonatkoznak. Gyakran alkalmaz dicséretet, büntetés esetében pedig a gyerek viselkedésének másokra gyakorolt hatását emeli ki (Ranschburg, 2005).

Baumrind modellje

Baumrind 1967-es modellje nem retrospektív vizsgálatokon, hanem óvodás gyermekek megfigyelésén alapult. Az óvodásokat viselkedésük alapján a következő csoportokba osztotta:

- kompetens gyerekek: szociábilisak, érdeklődők, magabiztosak
- visszahúzó gyerekek: félénkek, zárkóztak, néha boldogtalannak tűnnek
- éretlen gyerekek: dependensek, érzelmileg éretlenek, impulzívok

Ezután otthoni és laboratóriumi körülmények között megfigyelték a szülő-gyerek interakciókat, a felnőttek befolyásolási módszereit, a gyerek ezekre adott reakcióit. Ennek eredményeképpen a szülőket is kategóriákba sorolták, a szülő és gyerek közötti kapcsolat nyíltsága, a szülő által alkalmazott kontroll, a gyerek érett viselkedésével kapcsolatos követelmények, illetve a gondoskodás minősége alapján. Baumrind szerint a felnőttek nézetei és érzelmei a gyerekekkel kapcsolatban a nevelési stílus részei, amit másképp a hiedelmek rendszerének nevezhetünk (Darling, 1999; id.: Oroszné, 2002).

A fentieket figyelembe véve Baumrind (1967) a nevelési stílus három fajtáját különböztette meg:

- autoritáriánus (tekintélyelvű): jellemző rá a gyerek korlátozása, a gyakori büntetés alkalmazása magyarázat nélkül és az elutasítás. Nagyon fontosnak tartja az engedelmességet, szerinte a gyerekeknek elsősorban kötelességei és nem jogai vannak. Az ilyen szülői stílus által nevelt gyermek általában visszahúzó lesz.
- permisszív (engedékeny): szülői támogatás, érzelemteliség, bevonódás mellett a kontroll alacsony foka jellemzi, illetve a gyerekekkel való konfliktusok kerülése. Gyerekközpontú, szerinte a gyerekeknek elsősorban jogai vannak. Az ilyen nevelési stílus eredményeképp a gyermek általában impulzív és éretlen lesz.
- autoritatív (mérvadó): a gyerek autonómiájának támogatása, bevonódás, érzékenység és érvelés jellemzi. Felfogása szerint a gyerekeknek jogai és kötelességei egyaránt vannak. Korlátokat állít, amelyeket azonban hajlandó megvitatni a gyerekekkel, és amennyiben büntetésre kerül sor, annak okát mindig érveléssel elmagyarázza. A mérvadó szülők gyermekei általában kompetens személyiséggel lesznek jellemezhetőek.

A fent bemutatott szülői stílusok a későbbi vizsgálatok alapján már nagyon korán megmutatkoznak a szülő-gyerek interakciókban (Coolahan, McWayne, Fantuzzo és Grim, 2002). Látható, hogy Baumrind más eredményre jutott az optimális szülői magatartás kérdésével kapcsolatban, mint Becker. Szerinte a korlátok állítása, a megkövetelés éppen

olyan fontos része a szülő-gyerek kapcsolatnak, mint a szeretetteljesség. Az általa kompetensként besorolt gyerekek szülei általában a mérvadó kategóriába tartoztak (Baumrind, 1967).

Maccoby és Martin komplex modellje

Az 1983-ban publikált modell a becker-i és baumrind-i elképzelések elemeit kombinálta egymással. Ennek eredményeképp a Baumrind által ismertetett háromféle szülői stílus mellett létrejött egy negyedik, ami a közömbös, elhanyagoló nevelési attitűddel jellemezhető gondozók sajátja.

Maccoby és Martin értelmezésében nagy szerep jut a szülői érzékenységnek, amely a gyermek jelzéseire való odafigyelést és azok elismerését jelenti. Gyermekközpontúnak nevezték el azokat a szülőket, akik nagy mértékben figyelmet fordítanak gyermekük szükségleteire, és szülőközpontúnak azokat, akik inkább hajlamosak figyelmen kívül hagyni a gyermek jelzéseit.

Az alábbi táblázat mutatja be a Maccoby és Martin által leírt szülői viselkedésmódok kombinációit:

	Korlátozó, ellenőrző	Engedékeny, nem követelő
Gyerekközpontú, elfogadó	autoritatív (mérvadó)	permisszív (engedékeny)
Szülőközpontú, elutasító	autoritariánus (tekintélyelvű)	elhanyagoló, közömbös

Az autoritatív szülők nagyfokú elfogadással és érzékenységgel rendelkeznek, emellett a gyermek elé állított követelményeik egyértelműek. A döntéseket közösen hozzák a gyermekkel, és a szabályokat az esetek többségében magyarázat követi.

A permisszív szülői attitűddel jellemezhető gondozók érzékenyek a gyermek jelzéseivel kapcsolatban, igyekeznek figyelembe venni azokat, talán túlságosan is. Kevés szabályt állítanak és alacsony szintű követeléseik vannak a gyerekekkel szemben.

A tekintélyelvű szülők kevésbé képesek vagy hajlandóak figyelembe venni gyermekük igényeit, a szabályokat pedig nem indokolják. Nagyfokú elvárásaik vannak, de a gyermek ezzel kapcsolatos visszajelzéseit nem veszik észre, vagy a teljes engedelmisség megkövetelése miatt negligálják.

A közömbös szülői attitűddel jellemezhető gondozók igyekeznek minél kevesebb energiát fordítani a gyerekeikre, szülőközpontúak, a gyerekek érzelmi közeledéseire nem megfelelően reagálnak. Ilyen magatartás tapasztalható például a depresszióval küzdő anyáknál. A közömbös, elhanyagoló attitűd a vonatkozó vizsgálatok szerint olyan komoly következményeket vonhat maga után, mint például a gyermek alacsony önértékelése, vagy a későbbi deviáns viselkedésformák megjelenése (Pulkkinen, 1982).

1.2.1.5.3. A klasszikus modellek kritikája

A bemutatott elképzelések azt kísérik meg modellezni, hogy a szülők nevelői attitűdjeinek kombinációi miként befolyásolják a családban vallott értékek, normák, viselkedésmódok internalizációját, viszont arról nem képesek beszámolni, hogy maga a belsővé tett tartalom milyen. Emellett a szülők nevelési módszerei nem totális hatást jelentenek, a gyerek személyisége is befolyásolja azt, hogy az átadni kívánt elemek miként jelennek meg a gyermek későbbi viselkedésében, érték- és normarendszerében. Így a szülők nevelési erőfeszítéseit ma már nem egyirányú hatásként képzeljük el, hanem olyan interaktív folyamatként, amelyet egyaránt meghatároz a szülő szándéka és a gyerek személyisége (Kósa, 2005a). A szülői szabályozás sosem önmagában áll, hanem ún. ko-reguláló folyamat zajlik a felnőttek és a gyerekek között. A gyerekek saját viselkedésükkel alakítják a szüleik nevelési szándékait és módszereit, amit jól illusztrál, hogy még az egypetéjű ikerpárok két tagjával szemben is más és más szülői viselkedésmód figyelhető meg.

1.2.1.5.4. Későbbi modellek

Kozéki (1975) négy dimenzió alapján állította fel modelljét a nevelési stílusokról, ezek pedig a következők:

- a család érzelmi klímája
- a nevelés rugalmassága
- a szabályokra és követelményekre vonatkozó erő
- a szülők által közvetített értékek penetranciája (erős- gyenge)

A fentiek alapján nyolcféle nevelői attitűdöt írt le, amelyek személyiségformáló következményeiről elképzelést alkotott:

1. Harmonikus: meleg, biztonságot nyújtó családi közeg, ahol nincsenek merev korlátok. A szülők elvárásait a gyerek személyiségéhez és igényeihez igazítják, viszont ezek betartását következetesen elvárják. Így a gyerekekben az a benyomás jön létre, hogy a szabályok fontosak,

és az ő érdekében kerülnek felállításra. Ilyen nevelői stílus mellett a gyerek általában magabiztos, barátságos, érdeklődő, és jó önkontrollal rendelkező lesz.

2. Liberális: a szülő és a gyerek között szeretetteljes kapcsolat jellemző, ami az egymás iránti bizalmon és kölcsönös elfogadáson alapul. Szabályok viszont csak minimális mértékben vannak jelen, és azok betartását sem mindig ellenőrzi a szülő. Ebben az esetben a gyerek nem tapasztalja meg azon korlátok létét, amelyek felnőttkorban is keretek közé szorítják a viselkedést. Mivel legtöbbször saját igényei szerint cselekedhet, ezért általában autonóm és kreatív lesz, viszont később sem lehetséges önérvényesítésében korlátozni. Ez elsősorban a társas környezet részéről kerülhet elutasításra, ami főként az öntörvényűséget fogja azonosítani a gyerek viselkedésében.

3. Ambiciózus: szintén elfogadó családi légkör jellemzi, viszont a viselkedést alakító korlátok meglehetősen merevek. A szülő engedelmességet vár el, a szabályokat nem vitatja meg a gyerekekkel. A gyerek szeretne megfelelni a szülő elvárásainak, ezért általában szorgalmas, kötelességtudó, lelkiismeretes lesz, viszont a teljesítményre való törekvés háttérben nem a siker öröme áll, hanem az attól való szorongás, hogy a kudarcért a szülők megbüntetik vagy elutasítják őt. Ez pedig a kreativitás, kezdeményezés és spontaneitás alacsony szintjéhez fog vezetni.

4. Túlvédő: meleg, szeretetteljes viszonyulás van jelen a szülő részéről, ami azonban magas fokú aggodalommal jár együtt. A gyerek megóvása érdekében merev, zárt nevelés jellemző, ami viszont a gyerek önállósági törekvéseit is letöri. Az ilyen nevelői attitűd visszatartja a gyereket a külvilág megismerésétől, és a szülő-gyerek viszonylatot túlságosan hosszan fixálja. A gyerek dependens marad, természetes indulatait elfojtja, és passzívan engedelmeskedik a szülőnek. Ennek folyamányaként nem tud felkészülni a felnőtt lét buktatóira.

5. Hideg, demokratikus: a szülő partnerként viszonyul a gyerekhez, és a követelmények felállításánál igazodik képességeihez. A szabályok következetesek, a szülők a gyerekek támaszaiként jelennek meg. A családi légkör viszont hideg, ami bizonytalanságot kelt a gyerekekben. A fejlődéssel együtt járó indulatokat nem szeretetteljes elfogadással jelzik vissza a szülők, ezért a gyerek agressziója magas szintű lehet. A családra jellemző normákat a gyerek internalizálja, törekvő és szorgalmas lesz, viszont ő sem fog megértéssel fordulni mások felé, empátiás készsége alacsony marad.

6. Elhanyagoló: nem nyújt támaszt a gyerek számára sem a támogató családi légkör, sem a korlátok biztonsága. A szülők nem involváltak abban, hogy a normákat megfelelően közvetítsék a gyerek felé, akinek erkölcsi fejlődése így kárt szenved. A család adta biztonság

hiányában a gyerek szorongóvá válik, és gyakran támadó viselkedést mutat, hogy ezzel megelőzze a negatív események bekövetkeztét. Gyenge impulzuskontroll és magas fokú agresszivitás jellemzi.

7. Drilles: a szülő erősen követelő és egyben érzelmileg elutasító. A szülők részéről tapasztalt merevség, a gyakori büntetések szorongóvá teszik a gyereket, aki a vasfegyelem légkörében nem meri kifejezni ellenérzéseit, ezért agresszióját gyakran fordítja saját maga felé. Azonosul a szülői mintával, így ő is merev, hideg és szigorú szabályokat állító lesz, melynek következtében gyakori konfliktusba keveredik saját magával és másokkal is.

8. Diszharmonikus: a szülők sem a szeretet kifejezésében, sem a szabályok betartatásában nem következetesek, így nem képesek biztonságos közeg megteremtésére. A gyerek szorongóvá válik a kiszámíthatatlan visszajelzések hatására. A szülő gyakran lelkiismeret furdalást érez, hogy nem képes szülői szerepét megfelelően betölteni, de sokszor a gyereket tartja ezért hibásnak, illetve teszi meg bűnbaknak. A felsorolt tényezők neurotizáló hatású családi légkört teremtenek.

A fent vázolt nevelésmódok ritkán tapasztalhatóak ennyire letisztult formájukban, általában több attitűd kombinációja jellemzi a gondozókat. Emellett fontos tényező, hogy a két szülő személyisége, gyerekről alkotott képe sem azonos egymással, így az anya és az apa által képviselt nevelési stílusok kiegészítik vagy éppen ellensúlyozzák egymást. Itt is lényeges megjegyezni, hogy a gyerek személyisége alakítja a szülők által képviselt hozzáállást, ami az életút folyamán is változhat. Kozéki (1975) szerint emellett még a gyerek neme is meghatározó, és azt tartja legfontosabbnak, hogy az azonos nemű szülő megfelelő modellt nyújtson az azonosuláshoz. Ebből a szempontból lányok esetében a legnegatívabb hatással van a hideg, korlátozó, merev anya, fiúk esetében pedig a gyenge és konfrontálódásra képtelen apa.

Maccoby és Martin modelljéhez kapcsolódva a későbbi vizsgálatok a szülői támogatás és kontroll összetevőit tovább elemezték. Slater és Power (1987; id.: Mester, 2013) háromféle támogatási dimenziót különített el:

- gondoskodás: a szülő és gyerek közötti érzelmi kapcsolatra utal; a szülői engedékenység pozitív kapcsolatban áll a gyerek autonómiájával, önbizalmával és kompetenciájával
- a gyerek igényei iránti érzékenység: a szülők nyitott és rugalmas hozzáállására utal, illetve arra, hogy mennyire figyelnek a gyerek szükségleteire

- nem büntető szülői attitűd: mennyire teszi lehetővé a szülő, hogy a gyerek szabadon kifejezhesse vágyait, vagy kipróbálhasson új dolgokat

Emellett kiemelik a nevelés szerkezetét, ami azt fejezi ki, hogy:

- a szülő milyen mértékben képes involválódni a gyermek nevelésébe
- mennyire konzisztens a szülő viselkedése, melynek foka bejósolja a gyerek későbbi morális és érzelmi fejlettségét
- mennyire képesek a szülők a gyerek számára rendezett környezetet biztosítani, melynek része az érzelmi légkör is. Ez a dimenzió sérülhet a szülők közötti ismétlődő konfliktusok esetén (Hetherington, 1989).

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a gyerek egészséges szocializációja szempontjából a következő nevelői viselkedésmódok együttléte optimális:

- a szülők kongruens és kiegyensúlyozott kapcsolata
- meleg, elfogadó légkör
- korlátokat állító, a szabályok betartását megkövetelő szülői magatartás
- a nevelés rugalmassága a gyerek egyéni jellegzetességeinek figyelembevételével.

1.2.2. Az iskola

Az iskola szocializációs funkciói

Az iskola kiemelt jelentőségű a szocializációs folyamatban: a társadalom ezt az intézményt kifejezetten azzal a céllal hozta létre, hogy átadásra kerüljön a felnőttkori funkcionáláshoz szükséges tudásanyag (Ranschburg, 1993). Az iskola és a tanulás folyamata a diákok szocializációjára emellett olyan hosszú távú hatást gyakorol, ami túlmutat magán a tudáselsajátításon: a személyiség és a társas kapcsolatok fejlődésére legalább akkora befolyással van, mint a mentális folyamatokéra (Taskó, 2009). Az iskolai szocializáció hatása nem ér véget a tanulmányok befejezésével, hanem olyan generalizálódó élményegyüttesként marad meg az egyén emlékezetében, amely akár élete végéig jelen lehet.

Az iskola három fő funkciót tölt be a gyermekek szocializációjában:

- társadalmi funkció: a kultúrára jellemző értékek és tudás közvetítése a következő generáció felé. A másodlagos szocializáció legfontosabb ágenseként képes a család hatását kisebb-nagyobb mértékben megváltoztatni (Mészáros, Németh és Pukánszky, 1999).

- pedagógiai funkció: a felnőttkori funkcionáláshoz szükséges ismeretek átadása, a személyiség formálása (Németh, 1997).
- antropológiai funkció: az iskola különálló szakasszá teszi a gyermekkort, ahol a tanulás válik a fő tevékenységgé, és ahol a gondolkodás jellemzői jelentős változáson esnek keresztül. Az iskolai keretek intézményesítették a gyermekkort: a diákoknak éveken keresztül „csak” az a feladatuk, hogy tanuljanak, ideális esetben semmilyen más elvárás nincs velük szemben (mint pl. termelő tevékenységben való részvétel).

Azok az időegységek, amelyek a tanulás éveit meghatározzák, a gyerekek életét jól beazonosítható idői keretek közé rendezik:

- a curriculum rendszere: évekre előremenőleg szabja meg az egyén tevékenységeit (pl. mi a tanköteles kor vége, hány éves korig lehet felsőoktatási intézménybe jelentkezni)
- tanév: szeptembertől júliusig tagolja az időt, benne a szünnapokkal és szünidőkkel
- a hét napjai: a legtöbb európai országban hetente öt napon járnak a gyerekek iskolába, így a hét hétköznapokra és hétvégére tagolódik
- tanítási napok: a tanórák száma, a köztük lévő szünetek hossza, délutáni foglalkozások

Mindezen időbeli határok befolyásolják az iskoláskorú gyerekek interperszonális viszonyait és egyéb, iskolán kívüli tevékenységeit is (pl. tanév közben hosszabb időre nem mehetnek nyaralni) (Somlai, 1997).

Az iskolai oktatás adott célok elérésére irányul:

- a megismerő funkciók fejlesztése (gondolkodás, emlékezet, észlelés)
- a tananyag gyakorlatban történő alkalmazásának tudatosítása
- a személyiség fejlesztése (Taskó, 2009).

A közoktatás emellett az egyének társadalmi lojalitásának kialakítására és fenntartására alkalmas értékek átadásának legfontosabb közege. Ez azon időszakokban vált különösen kiugróvá, amikor egy diktatórikus hatalom az iskolában elsajátított tudásanyagba központilag meghatározott eszmék beépítését célozta.

A társadalmi értékek átadása mellett a gazdasági funkciók fenntartása, az utánpótlás képzése is a közoktatás feladata. Ez nem kizárólag a szakmai képzést jelenti, hanem a munka világával kapcsolatos alapvető tudáselemek, készségek, attitűdök átadását is. Mindezek alapján elmondható, hogy a közoktatás a modern társadalmak működésének egyik

legfontosabb összetevője, amely a társadalmi értékek fennmaradása mellett segíti a munkaerőpiac követelményeinek megfelelő oktatást is (Somlai, 1997).

Családi vs. iskolai szocializáció

A család által ideális esetben nyújtott intim, informális közeggel szemben az iskola szabályokon és elvárásokon alapuló, normatív intézmény. Az iskoláskor abból a szempontból is felkészülést biztosít a felnőttkori feladatokra, hogy az ismeretanyag elsajátítása olyan formális tudás továbbítását jelenti, amelyet a család nem tudna megfelelően átadni. A mai tudásanyag gyorsan változik, így a szülők ismeretei elavultnak számítanak, mire gyermekeik elérik az iskoláskort

Az iskola emellett azért kiemelt terepe a társadalmi beilleszkedésre való felkészítésnek, mert tapasztalatokat ad arról, hogy hogyan kell működni és sikereket elérni egy bonyolult szervezetben, hogyan kell együttműködni olyan emberekkel, akik nem az egyén rokonai vagy barátai, így esetlegesen nem is támogató közöttük a kapcsolat (Vajda, 2005a).

A család lényegi jellemzői, a szocioökonómiai státuszból is fakadó nevelői stílusa, értékrendje, elvárásai, kommunikációja jelentősen eltérhetnek az iskolában elvártaktól. A szülőnek sokszor kevés információja van arról, hogy az iskolában milyen nevelőmunka folyik, és a pedagógus sincs mindig tisztában azzal, hogy a családban milyen folyamatok zajlanak. A szülők a születéstől kezdve szocializációs hatással vannak a gyerekekre, főként indirekt módon. A pedagógus viszont csak a kisgyermekkor végén kapcsolódik be a nevelés folyamatába, és legtöbbször direkt módszereket alkalmaz (Kathyné, 2010).

A családi szocializáció összetevői és jellegzetességei meghatározzák, hogy a gyermek milyen attitűddel viseltetik az iskola és a tanulás iránt, mi jellemző a motivációira, hogyan viszonyul a tekintélyhez, stb. A tanárok számára gyakran komplikált helyzetet jelent a családi közegből hozott nehézségek kezelése vagy kompenzálása.

A pedagógia nézőpontjából a családi szocializáció a gyermek egyik „adottsága”, amelyet megfelelő módon kell tudni kezelni, korrigálni vagy kiegészíteni. Minden esetben hivatkozási alapként szerepel: ha valaki jó tanuló, akkor a családi háttér olyan támasz, amire a későbbiekben is alapozni lehet, viszont ha a gyerek rossz tanulmányi eredményeket ér el, akkor az előrejutás gátját képező akadályként lehet azonosítani (Somlai, 1997).

Az iskolai szocializáció akkor lehet igazán eredményes, ha építeni tud a családira, ha a gyermek olyan beállítódásokat és viselkedésmódokat hoz magával, amelyek ha nem is teljesen egyeznek az iskolában elvártakkal, de legalább hasonlítanak hozzá. A diák a családban tanultakat magától értetődőnek tartja, az ott elsajátított tartalom stabilan identitásának részét képezi. Minden gyermek számára okoz átmeneti krízist, amikor szembesül azzal, hogy mások másképpen élhetnek meg egyes eseményeket, másképp gondolkodhatnak adott dologról, de ha nincs nagy eltérés az intézményben elvártak és az otthon tapasztaltak között, akkor azt képes megfelelően kezelni. Ha viszont túl nagy a különbség a családi elvárások és beállítódások, és az iskola követelményei között, az a gyerekekben ellenállást válthat ki. Ez értelmi képességeitől függetlenül hátrányos helyzetbe hozhatja őt a többi gyerekekkel szemben (Solymosi, 2004).

Nagy eltérések vannak abban is, hogy a szülők mit tekintenek a pedagógusok feladatának. Vannak olyanok, akik a tanárok nevelő szerepét, a modellnyújtást tartják elsődlegesnek (Hunyady, 2002), mások viszont csak az oktatás feladatainak ellátását várják el tőlük (Lénárd, 2003). Ez a pedagógusokkal szembeni szerepelvárások bizonytalanságához vezet, és súlyosbíthatja a sokszor egyébként is jelen lévő szülő-tanár feszültséget.

Az iskola uniformizált tudást nyújt a gyerekek számára, akiknek életkori jellegzetességeik nagyjából megegyeznek, viszont egyéni szükségleteik, tapasztalataik, információik, a világról alkotott nézeteik akár jelentősen is eltérhetnek egymástól. Ennek következtében az iskolában közvetített tartalmakat különböző módon értelmezik, ugyanaz a nevelési módszer eltérő eredményre vezethet az egyes tanulók esetében. A pedagógusnak ezért ismernie kell azt a családi háttérrel, amelyből a gyermek érkezett, ellenkező esetben nehézségekbe ütközhet a tanulóval kapcsolatban alkalmazott nevelési erőfeszítés, kudarcot vall az iskolai munka szervezése (Solymosi, 2004).

Az iskolába lépéssel együtt járó további változások

Amikor a gyerekek elkezdenek iskolába járni, olyan új normákhoz kell igazodniuk, amelyek merőben eltérnek a korábban tapasztaltaktól (Dreeben, 1968):

- függetlenség normája: a tanuló teljesítményét értékelik az iskolában, ami független a szüleitől, tehát a gyerek a felelős saját viselkedéséért

- önálló teljesítmény normája: adott korosztályra egységes követelmények vonatkoznak, amiknek minden tanulónak ugyanúgy meg kell felelnie
- egyetemesség normája: minden tanuló az iskolai osztály egyenértékű tagja, a feladatok mindenkire egyformán vonatkoznak
- különösség normája: bizonyos esetekben egyes diákok kivételes helyzetbe kerülhetnek, pl. aki rosszul érzi magát, nem kell részt vennie a testnevelés órán

A modern iskolarendszerre jellemző a sokféle képzési terület, különböző intézménytípusok, eltérő módszerek és eszközök alkalmazása. Ahogy a gyerek halad előre tanulmányaiban, egyre nagyobb mértékben szakosodott intézményi és személyi háttérrel találkozik. Óvodás- és kisiskoláskorban még személyre szabott, és érzelmi kötődésen alapul a nevelés, felső tagozattól kezdve viszont formalizált és követelmény-központú közeggel találkozik a tanuló (Somlai, 1997).

Az iskolai értékelés teljesen más jellegzetességekkel írható le, mint a családban kapott visszajelzés (Kőrössy, 2004):

- állandóan jelen van: feleletek, dolgozatok, órai hozzászólások során, egyszóval mindvégig az iskolában töltött idő alatt
- kötelező jellegű: akkor is részt kell venni benne, amikor valaki nem érzi magát jól adott tantárgyból
- kötött témájú: a gyerekek nem választhatják meg, hogy mely területen mérik össze tudásukat másokkal
- nyilvános: mindenki tudomást szerez a másik tanuló érdemjegyeiről

Mіндеzen jellemzők hatására az iskolai siker és kudarc jelentős befolyással van a tanulók önértékelésére.

Amikor a gyerek elkezdi az iskolát, már rendelkezik egy globális énképpel, amely tartalmazza a szülőktől kapott értékeléseket, illetve a saját tapasztalatokat a sikerrel, kudarccal kapcsolatban. Ez az egyéni jellegzetesség meghatározza az iskolával összefüggő előzetes várakozásokat is (Kőrössy, 2002).

Az iskolai sikertelenség megviseli ugyan a tanulókat, de az elvárások teljesítésének képessége, a teljesítményre törekvés és a kudarcok elviselése mind a felnőtt életre való felkészülés fontos összetevője. Az önértékelés akkor válik negatívvá, ha az iskolában

elérhetetlen sztenderdeket állítanak a gyerek elé, ha kiszámíthatatlanok a tanári vagy szülői elvárások, illetve ha nem optimális a családi közeg, és nem segít feldolgozni a gyereket ért negatív eseményeket (Vajda, 2005b).

Iskolába kerüléskor a gyerekek többsége erősen motivált a tanulásra, érdeklődő, kíváncsi, szeretne megfelelni az elvárásoknak. Saját teljesítményükkel kapcsolatban az iskolát éppen csak elkezdő gyerekek optimisták, főleg mivel még nincs tapasztalatuk a tanulásról (és így egyértelmű pozitív vagy negatív viszonyulásuk sincs hozzá).

Nagyon sok gyereknél tapasztalható, hogy 1. és 2. osztály alatt motivációjuk jelentősen csökken, elveszítik érdeklődésüket az iskolai munka iránt. Ennek hátterében több tényező állhat, de ami általánosan igaz, hogy a tudás megszerzésének módja és tartalma gyökeresen megváltozik az óvodához képest. Iskoláskor előtt dominánsan spontán ismeretszerzésről beszélhetünk: a gyerekek azt tanulják meg, ami érdekli őket, és az új tudást tudják alkalmazni hétköznapi tevékenységeikben. Az iskolában viszont olyan tudásanyag elsajátítását követelik meg, amit spontán módon nem lehet megtanulni, aminek nem látható közvetlen gyakorlati haszna, és ami a legfontosabb, hogy már nem a gyerek saját döntésén alapul, hogy mit szeretne megismerni, megtanulni (P. Balogh, 1988)

A pedagógusok szocializációs szerepe

Az iskola másik jelentős szocializációs hatását a pedagógusok jelentik. Régebbi korokban a tanárok mind a szűkebb csoportokban, mind társadalmi szinten tekintéllyel rendelkeztek, és nevelési gyakorlatuknak köszönhetően alternatívát kínáltak a gyerekeknek (Mészáros, Németh és Pukánszky, 1999). A pedagógusok modelláló szerepük révén még ma is másfajta életfelfogást mutathatnak a gyerekek számára a nevelési elvek vagy a tudás értékelésének szempontjából. A diákok megtapasztalhatják, hogy az iskola (és benne a tanárok) másképp viszonyulhatnak egyes értékekhez, mint szüleik és családjuk, és amennyiben előbbit hasznosabbnak, előrevivőbbnek találják, támaszkodni képesek rá. Hátrányos helyzet esetén az iskolai szocializáció (legalábbis részben) kompenzálni képes a családban tapasztalt hiányosságokat. A gyerekekkel képzett, professzionális nevelők foglalkoznak, a feladatokat az életkorukhoz szabják, együtt lehetnek a kortársaikkal egy nyugodt, biztonságos, egészséges környezetben (Vajda, 2005b).

A nevelő és tanítvány közötti megfelelő viszony feltételezi a nevelési tartalom közvetítésének szándékát és képességét, a másik oldalról a tartalom elsajátításának igényét és képességét, emellett a pedagógus és diákok közötti kölcsönös elfogadás és együttműködési készség minimumára épül (Gáspár, 1997).

A tanárokkal szembeni szerepelvárások összetett rendszert alkotnak, az elvárt kompetenciák felsorolása gyakran egy idealizált eszményképre emlékeztet. Sallai (1996) szerint a pedagógus-pálya a következő elvárásokat állítja az egyénekkel szemben:

- elméleti háttér: a tanárnak megfelelő ismeretekkel kell rendelkeznie az emberi fejlődésről, az egyes életkori szakaszok jellegzetességeiről, a tanulás alapelveiről, a társas világ működéséről
- önazonosság: a pedagógus önismerete és stabil identitása lehetővé teszi, hogy bizalomteli közeget teremtsen és hitelessé váljon a diákok szemében. A hitelesség (vagy kongruencia) azt a képességet jelenti, hogy a tanár verbális és nonverbális jelzései harmonizálnak egymással és tényleges belső állapotával. Ehhez a pedagógusnak stabil értékrendszerrel kell rendelkeznie, emellett saját érzelmeit megfelelő módon, másoktól függetlenül képesnek kell lennie kezelni (Falus, 1998)
- tudásbázis: nem kizárólag a szaktárgyának ismerete várható el a tanártól, hanem gazdag és pontos pedagógiai és pszichológiai, tanítástechnikai készségekkel is rendelkeznie kell
- a szerepviselkedés biztonsága: ide tartozik a megfelelő helyzetfelismerés, a gazdag kommunikációs kompetencia-tár, a konfliktushelyzetek adekvát kezelése
- együttműködés: a kooperáció igénye a diákokkal, szülőkkel és a kollégákkal
- mentális egészség

A pedagógusok modellként funkcionálnak a tanulók életében, teljes személyiségükkel hatással vannak rájuk: a tantárggyal kapcsolatos információkon kívül számos más dolgot közvetítenek a gyerekek felé, amelyeket befolyásol saját szocializációjuk, attitűdjeik, előítéleteik, és hétköznapi problémáik is. A közös aktivitások mindegyike (pl. a tantermi interakció) közvetít a gyerekek felé valamilyen értéket, amellyel – életkoruktól függően – hajlamosak azonosulni. A kisebbek viselkedésében jól megfigyelhetőek a pedagógusoktól átvett elemek, és később is, amikor már a kortársak hatása válik dominánssá, megmarad a korábban látott értékek és viselkedés befolyásoló ereje (Trencsényi, 1988).

A kortárskapcsolatok szocializációs szerepe

A másodlagos szocializáció során kitágul a szociális tér, és a személyiség formálódását egyre inkább a családon túlmutató hatásrendszerek befolyásolják. Ennek legfontosabb mozzanata, hogy az életkor előrehaladtával a felnőttek szerepét egyre inkább a kortársak veszik át.

A kortárskapcsolatok a szocializáció egyik legfontosabb ágensének tekinthetők. A társakkal való együttlét erőteljesen formálja a morális gondolkodást és viselkedést. Ha az egyén sok időt tölt a vele egykorúakkal, akkor alkalma van rá, hogy gyakorolja a társas szerepeket, illetve ezen szereppróbálgatások pozitívan befolyásolják erkölcsi fejlődését (Schaffer és Brody, 1981). A barátok, osztálytársak és más közösségek szocializációs funkciójuk mellett szociálintegratív szerepet is ellátnak, azaz formáló hatásukkal segítik a társadalomba való beilleszkedést.

A kortárskapcsolatok révén szerzett tapasztalatok felkészítenek a felnőtt szerepekre (pl. a másik nemmel való kapcsolatfelvétel, lojalitás az egykorúakkal, versengés a hasonló képességűekkel, stb.). A baráti kapcsolatok jellege elősegíti az empátia fejlődését, a barátok közötti elfogadás növeli az egyén önbecsülését, és a biztonságos közeg megfelelő terepet nyújt a személyiségfejlődéshez.

A kortársak közötti kapcsolatok több szempontból eltérnek a felnőtt-gyerek viszonylattól, ezért más a szocializációs funkciójuk. A felnőtt-gyerek kapcsolat aszimmetrikus, a gyerek részéről biztonság- és érzelmi támogatás iránti igényen alapul. A kortárskapcsolatok a társas alkalmazkodás szempontjából nagy jelentőségűek, és szimmetrikus mivoltukból fakadóan előnyöket biztosítanak az egyén számára (N. Kollár, 2004a). Az egykorúakkal folytatott interakciók és közös tevékenységek (szemben a szülő-gyerek kapcsolattal) tanítják meg az egyént arra, hogy az emberek közötti együttműködés nem magától értetődő, hanem azért a másik féllel együtt tenni kell. Emellett a hatalom és a tekintély sem az egyén állandó jellegzetessége, hanem kivívható és el is veszíthető (Somlai, 1997).

A kortárs csoportok pozitív hatásai a következőkben foglalhatóak össze (Asher és Parker, 1989):

- facilitálja a társas kompetencia fejlődését
- teret biztosít az önértékeléshez
- érzelmileg vagy fizikailag fenyegető helyzetekben biztonságot nyújt

- lehetővé teszi az egyén által választott intim kapcsolatok kialakítását
- biztosítja a vezető vagy az irányított szerep kipróbálását
- a csoporthoz tartozás érzését nyújtja
- megtanítja, hogy felelősséget kell vállalni a saját viselkedésért
- társas stimulációt biztosít az egyén számára
- a szülőktől való függetlenedést támogatja

A kortársak specifikus információs csatornát jelentenek a gyermek számára: a beszélgetések során olyan témákat ismernek meg, illetve van lehetőségük beszélni róla, amelyeket a felnőttek nem szívesen osztanak meg velük (pl. szexualitás, a felnőtt lét nehézségei).

A játéktevékenység során a gyerekek olyan, a társadalomba való beilleszkedéshez elengedhetetlenül fontos készségeket fejlesztenek ki, mint az együttműködés, a fegyelmezettség, saját igények érvényre juttatása, vagy a hierarchiában elfoglalt helynek megfelelő viselkedésmód. Piaget (1932/1965) ezért is nevezte a szabályjátékokat a társadalom modelljének, amelyek olyan közeget teremtenek, ahol a gyerekek begyakorolhatják saját igényeik szembesítését a társadalmi szabályokkal.

A kortárskapcsolatok emellett az önértékelés alakulásának jelentős tényezői: a többi gyermek barátságának, tiszteletének és szeretetének elnyerése - amit a szülői támogatástól eltérően ki kell érdemelni- iskoláskor folyamán az önbecsülés legfontosabb forrása.

A kortárs csoportok a csoportban való működés modelljei is, ahol az egyén megtanulhatja, hogyan kell alkalmazkodni a tekintélyhez, hogyan kell alávetnie magát a csoporttöbbség döntésének, vagy éppen dacolni azzal, hogyan tud együttműködni vagy versengeni a többiekkel. Az iskolai osztály csoportformáló szerepe abban is tetten érhető, hogy azonos korú gyerekek a tagjai, így az egyén mindig a vele egykorúakkal tudja összehasonlítani saját teljesítményét vagy magatartását.

A közösség normaszabó a gyerekek számára, referenciacsoportként működik. A referenciacsoport fogalma arra utal, hogy minden közösségnek, amelybe tartozunk, megvannak a saját értékei, szabályai, attitűdjei, és ha valaki a csoport tagjává szeretne válni, el kell fogadnia ezeket az előírásokat, különben az elutasítást kockáztatja. Az egyén emiatt igyekszik igazodni a csoport értékeihez és normáihoz, ezért ha pl. egy iskolai osztályban sikerül olyan légkört kialakítani, ahol a tudás érték, akkor a konformizmus hatására a tagok

többsége igazodni fog ehhez. A csoporthoz tartozás, a mások általi elfogadottság, a szolidaritás érzésének megtapasztalása örömforrás a fiatalok számára, és nagyon erős motivációs háttérrel biztosít (Buda, 2002).

1.2.3. A média

A média hatása a szocializációra

A tömegmédia létezése és elterjedése óta foglalkoztatja a kutatókat az a hatás, amit az egyénre feltehetően gyakorolni képes, de a befolyás mértékében, irányában és tartósságában kevésbé értenek egyet az elméletalkotók (McQuail, 2003). Folyamatosan új vizsgálati eredmények születnek a médiumok hatásáról az egyén megismerésére, viselkedésére, attitűdjeire, érzelmeire, sztereotípiáira (ld. pl. Greenfield, 1984; Bryant és Zillman, 1986; Rosengren, 1994; Bryant és Oliver, 1994; Gerbner 2000; Bryant és Thompson, 2002).

A médiumok befolyását a szocializációs folyamatra az 1960-as évektől kezdték mélyrehatóan vizsgálni. (Somlai, 1997). A média szerepének vizsgálata a szocializációban tulajdonképpen a tág értelemben vett kultúra befolyását jelenti az egyes készségek, beállítódások, viselkedésmódok kialakulásában és fejlődésében (Almási, 2000; Faragó-Szabó, 2005). Az eredmények szerint a médiumok legtöbbször nem szándékosan, mégis jelentősen befolyásolhatják és módosíthatják a gyermek felnevelkedésének körülményeit. Bizonyos tényezők fennállása esetén a gyerekek élmény- és ismeretszerzésének egyik meghatározó tényezőjévé válhat a tömegmédia (ld. pl. Arnett, 1995; Bryant és Thompson, 2002; Gunter és McAleer, 2002; McQuail, 2003)..

A médiatartalmak a kulturális környezet egyik legfontosabb alkotóelemét jelentik, az információk olyan egyetemes forrását, amely képes felülmúlni akár a család és az iskola által képviselt értékeket is. A képet az is árnyalja, hogy magára a családra vagy az iskolára is hatással van a kulturális közeg, melynek a tömegkommunikáció a nyugati típusú társadalmakban az egyik legfontosabb összetevője (Roberts és Maccoby, 1985).

Rosengren (2008) szerint a kultúra és az egyén közötti vertikális viszonyok vizsgálata rendkívül fontos, hiszen a kultúra jellemzői ezeken a kapcsolódásokon keresztül jutnak el a gyermekhez, illetve a szocializált egyén is ezeken keresztül képes visszahatni a kultúrára. Modern társadalmakban a vertikális viszonyok gyakran szervezeteken keresztül működnek,

ennek klasszikus példája az iskola, de ma már egyre dominánsabb szerep jut a különféle médiumoknak is a szocializációs folyamat alakításában.

A médiumok közvetítik a kultúrát a társadalom szintjéről az egyén szintjére, ezáltal válnak a szocializáció jelentős ágensévé. Ez a befolyásoló erő a tömegkommunikáció megjelenése óta növekvőben van, emellett a médiahasználat eltérő formái mind másképp járulnak hozzá a következő generáció életének alakulásához.

Nehezíti az általánosan megfogalmazható következmények számba vételét, hogy a mai fiatalok az első generáció, amely multimédiás környezetben nőtt fel, ráadásul ezek a médiumok is folyamatosan átalakulnak. Így egyelőre nincsen olyan hétköznapi és kutatási tapasztalat, amelyekre támaszkodni lehetne a hosszú távú konklúziók felállításában.

A média csak egy a szocializációs ágensek közül, így hatásának mértéke és iránya attól függ, hogy a többi tényező milyen jellemzőkkel írható le. Amennyiben kedvezőtlen a családi háttér, vagy az egyén nem megfelelő kortárs csoport befolyás alá kerül, a média erős negatív hatást gyakorolhat. A közvélemény általában ezt a szerepet tulajdonítja a médiumoknak, viszont mindenképpen számon kell tartani a tömegkommunikációs eszközök pozitív hatásait is: információt szolgáltatnak, társas készségeket taníthatnak, fejlesztik a kognitív képességeket, a munkát szinte minden területen megkönnyítik (Kósa, 2005b).

A média-társadalom kapcsolat

A médiumok vizsgálatára azért is szükség van, mert nem kizárólag az egyén, de a társadalmak életében is jelentős szerepet játszanak. A médiát a nyugati világ társadalmi, kulturális, gazdasági és politikai dimenziójának kell tekintenünk, amely hozzájárul ahhoz, hogy a körülöttünk lévő világot értelmezni tudjuk. Reprezentációival keretet ad a valóságnak, a tapasztalatok feldolgozásához viszonyítási pontot nyújt. Teszi ezt azáltal, hogy mindennapos, állandó jelenlét jellemzi, és legdominánsabban a hétköznapiakban hat (Silverstone, 2008). A média struktúrája visszatükrözi egy társadalom kulturális, politikai és gazdasági jellemzőit, emellett annak dinamikájában kettős szerepet tölt be: megerősíti a fennálló rendszert, de újfajta szemléletet is hoz (Rosengren, 2008).

Bár a médiumok egyre sokszínűbbé válnak, még mindig inkább tömegesnek tekinthetők, és ennél fogva a helyi kultúrák homogenizálását is eredményezhetik, a

reprezentációk globális terjedéséhez járulnak hozzá, és azt sugallják, hogy amit ott tapasztalunk, az egyenlő azzal, hogy megértjük a jelenséget. Az információ így tudást, a hozzáférés pedig részvételt jelent (Silverstone, 2008).

A média képes arra, hogy szimbolikusan ábrázolja a hétköznapi ember vágyait, hiedelmeit, elképzeléseit, normáit, és egyben azt is megmutatja, hogy adott társadalomban ezekről milyen közös reprezentáció létezik. Mivel a közmorált egyszerű képekben ábrázolja, ezért a média nagy befolyást gyakorol a mindennapi élet értékekkel összefüggésbe hozható viselkedésformáira (Császi, 2002). Mindez azért válik lehetővé, mert a médiumok által bemutatott világ a tapasztalatok és élmények lényegi összetevőjévé vált, a médiareprezentáció biztosítja a folytonosságot az emberek életében (például strukturálja az időt, és vonatkoztatási pontokat ad). A médiatartalmak ismétlődő jelenléte a hétköznapi életben biztonságérzetet nyújt és bizalmat épít ki (Silverstone, 2008). McLuhan szerint a média képes megnövelni az emberi lét hatókörét, de egyben bénítólag is hat rá: egy az egyben elfogadjuk az általa nyújtott „mintha-élményeket” a saját tapasztalatok megszerzése helyett (McLuhan, 1964).

A kulturális átörökítés és a média

A kultúra nézőpontjából a kommunikáció legfontosabb jellemzője, hogy az üzeneteket bemutatva a kulturális tartalmakat eljuttatja a következő generációhoz, emellett azok ismétlődő megjelenítésével meg is erősíti létjogosultságukat. A tömegkommunikáció a kultúra összetevőinek továbbadásában különálló korszakot hozott létre: a modern technika által bemutatottak nagyban különböznek a korábbi, írásbeliségen alapuló kulturális átörökítéstől, legfőképpen a tömegesség az, ami a változást létrehozta (Somlai, 1997).

A tömegmédiumok valósága a „másodrendű megfigyelés valósága” (Luhmann, 2008, 96.o.). Régebbi korok társadalmában és ma is néhány közösségi jellegű kultúrában a megfigyelők azok, akik megszabják a viselkedés normáit: a vallás képviselői, a bölcsek, a család tagjai. Amennyiben a tömegmédiumok tükrözik vissza a társadalom működését, onnan szerezik az emberek a legtöbb információt, akkor a társadalomban élők a „megfigyelők megfigyelésére” térnek át (Luhmann, 2008, 96.o.).

A biológiai és a kulturális evolúció üteme nagy mértékben eltér egymástól: ami genetikai szempontból elhanyagolható idő-intervallum, az a kultúra szemszögéből hatalmas változásokat eredményez (Tomasello, 2002). A tömegmédiumok megjelenése a kultúrát tekintve nagy evolúciós lépésnek számít, főként annak fényében, hogy szinte mindig újfajta

szemléletmódot hoztak magukkal, szemben az idősebb generáció konzervatív meglátásaival. Így a médiumok (és a kortárs csoport) tekinthető a szocializáció leginnovatívabb ágensének (Rosengren, 2008).

Mivel azonban a tömegkommunikációs eszközök befolyása alatt álló kulturális evolúció egyre távolabb visz minket biológiai természetünktől és a történelmi fejlődés során megtapasztaltaktól, ezért – egyelőre – a hatások nehezen megjósolhatók és kontrollálhatók (Kósa és Vajda, 1998).

A médiumok versengő tényezőként foghatók fel a szocializációs hatások skálájában, és bizonyos körülmények esetén akár felül is kerekedhetnek a hagyományos ágensek befolyásán. Képesek arra, hogy megváltoztassák az emberek fejében meglévő reprezentációkat, és – a gyerekek szempontjából még fontosabb az, hogy – befolyásolják a még nem stabil elképzeléseket. Léteznek olyan témák, amelyekkel a fiatalok a médiumokban találkoznak először, sőt elképzelhető, hogy az jelenti az egyetlen forrást róluk. Mivel az üzenetek ezen részéről nincsen más információjuk, így a média igen jelentősen képes formálni nézeteiket adott jelenségről (Kósa és Vajda, 1998; McQuail, 2003).

A televízió szocializációs szerepe

A televízió a II. világháború után kezdett el az emberek mindennapi életének természetes részévé válni, egyre több háztartásban jelent meg, míg végül a XX. század végére a fejlett világban gyakorlatilag nem létezett olyan család, ahol legalább egy készülék ne lett volna.

A televízió az alábbi megkülönböztető jellemzőkkel írható le (Terestyéni, 2006, 219. o.):

- attraktivitás: audiovizuális médiumként egyszerre hat a látásra és a hallásra, ezáltal képes olyan érzést kelteni, mintha a látottakat valóban megtapasztalnánk. McLuhan szerint a médiumok képesek arra, hogy meghosszabbítsák az emberek érzékszerveit. A televízió az ember látását és hallását tudja kiterjeszteni, technikai és társadalmi szempontból egyaránt (McLuhan és Quentin, 1967).
- élményszerűség: bármilyen jellegű műsort képes sugározni, egyidejűleg több közvetítést tud megjeleníteni, és ezzel is a részvétel illúzióját hozza létre
- intimitás: a sugárzott műsor az emberek privát szférájában manifesztálódik, így az időtöltések közül ez hoz létre leginkább személyes viszonyt a nézőkkel

- tömegesség: a műsorokat tömeges mennyiségben állítja elő, és azok emberek tömegéhez jutnak el.

Ezen a sajátosságok együttes hatására válhatott a televízió a kulturális és társadalmi változások egyik fő meghatározójává. Arról azonban eltérő nézetek alakultak ki, hogy pontosan milyen átalakulásokra volt befolyással: az információáramlás útjára és jellemzőire, a társadalmi távolságok csökkenésére, vagy éppen bizonyos értékek uralkodóvá válására (Kósa és Vajda, 1998).

A Kulturális Mutatók kutatási program eredményei alapján (amely a televízió által létrehozott és bemutatott szimbolikus világot elemzi) a televíziós műsorok zöme olyan tartalmi sémákra épül, amelyek évről évre ismétlődnek, és műsortípustól függetlenül ugyanazok (például az egyes karakterek viselkedése, az embertípusok megjelenítése, a cselekmény szerkezete). Így hatásuk inkább a televíziózás mennyiségétől függ, nem pedig attól, ki milyen műsort fogyaszt (Gerbner, 2000).

A Média Panel Program (amely a médiahasználat kereszt- illetve hosszmetzeti vizsgálatával foglalkozik) eredményei azt mutatják, hogy a televíziózás mennyisége nem változik számottevően az évek során, tehát aki gyermekkorában sokat televíziózik, az – a későbbiekben bemutatott serdülőkori visszaesés ellenére – felnőttkorában is sokat fogja nézni a tévét. Ilyen értelemben a televíziózás szokássá válik, a „tévénezés okozza a még több tévénezést” (Rosengren, 2008, 183. o.).

Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a televíziós tartalommal kapcsolatos preferenciák nagyon korán kialakulnak, a későbbiekben is stabilnak tekinthetők, így a szocializáció szempontjából nagy jelentőséggel bírnak (Rosengren, 2008).

Az internet szocializációs szerepe

Az információs társadalom technológiai jellegzetességei, lehetőségei szélesebb körű és nagyobb hatással bírnak egyéni életünkre, mint a korábbi időszakok eszközei: átalakítják kapcsolatainkat, kommunikációnkat és kognitív jellegzetességeinket is (Csepeli, 2006).

Az internet-használat népszerűsége a világ fejlettebb részein nem várt ütemben növekedett az elmúlt évtizedben (Tarpley, 2001), azonban jellemzőivel és hatásaival kapcsolatban jóval kevesebb vizsgálati eredmény áll rendelkezésre, mint más médiumok (főként a televízió) esetében. Az internet még mindig új, és emellett folyton átalakuló

médiumnak tekinthető, a szocializációra gyakorolt hatása egyelőre nehezebben bejósolható, mint a több évtizede vizsgált eszközöké.

Amikor a multimédia kifejezés kerül szóba, az leginkább az internetre használható: túlnyomórészt szövegen alapszik, a felületén keresztül megvalósuló kommunikáció kétirányúnak tekinthető, emellett a televízióhoz hasonlóan audiovizuális ingereket közvetít (Kósa, 2005b).

Az internet lehetséges hatásaival kapcsolatosan három tábor különíthető el. Az egyik szerint az internet olyan médium, amely alapvetően pozitív változásokat hozott magával, például a gondolkodás jellegzetességeinek tekintetében. Az internet kognitív fejlődésre gyakorolt hatásával kapcsolatosan sokan említik például, hogy a szövegértés alapvető szintjének követelménye, illetve az interaktivitás következtében nagyobb kognitív erőfeszítést igényel, mint a passzívan is használható médiumok (Nyíri, 2000; Starkey és Klein, 2002; Livingstone, 2002).

A másik oldal szerint az új jellemzők, amelyeket az internet hozott magával, inkább negatív hatást gyakorolnak életünkre, példaként említik az internettől való függés veszélyét (Tarpley, 2001), a nyelvre gyakorolt lehetséges romboló hatását (Sándor, 2001), a szociális kapcsolatok leépülésének lehetőségét (Huntemann és Morgan, 2001), vagy az internetes játékok agresszivitást fokozó hatását (Sindelyes, 2000; Singer és Singer, 2001). Negatívumként említhető még a kognitív fejlődésre gyakorolt lehetséges hosszú távú hatása, mely szerint az internet csak a rövid távú figyelmet erősíti meg, illetve az egyén azzal kapcsolatos elvárásait, hogy a válaszok könnyen és gyorsan jelenjenek meg (Cole és Cole, 2003).

A harmadik megközelítés szerint az internet nem képes radikális változások létrehozására, ugyanúgy, ahogy korábban sem történtek alapvető átalakulások az új médiumok megjelenésekor (Krajcsi, Kovács és Pléh, 2001). Az emberi kogníció és a nyelv jellemzői viszonylag stabilak (Csépe, 2001; Pléh, 2001), illetve az egyén hosszú távon a társnélküliséget nem tolerálná (Krajcsi, 2001).

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy egyelőre kevés konkrét vizsgálati eredmény áll rendelkezésre az internettel kapcsolatban, ami annak is köszönhető, hogy tartalma divergens, a rajta keresztül elérhető élményanyag az egyén aktivitásától függ, így nem jellemzi olyan egységes (és ezáltal jól vizsgálható) szimbolikus környezet, mint például a televíziót.

Televízió vs. internet dominanciájának kérdése

Amellett, hogy az elmúlt évtizedekben a médiumok számos fajtája kezdett egyre nagyobb teret hódítani, új típusú használati eszközök jelentek meg, és az egyes médiumok esetében már összeolvadó használati lehetőségekről is beszélhetünk (Tarpley, 2001), mégis az elterjedtség és a használat idejének tekintetében a televízió még mindig képes domináns médium maradni.

A kutatásokban és az elméleti kérdések között is gyakori kérdés, hogy idejétmúlt-e a televízió, az interaktív médiumok világában megállja-e a helyét, meg tudja-e tartani közönségét. Korábban már bebizonyosodott, hogy egy új típusú médium megjelenése nem feltétlenül szorítja ki a régieket, hanem a továbbiakban egymás mellett működnek, együtt alakítva és közvetítve a kultúrát (Rosengren, 2008).

Az internet megjelenése idejétmúlttá tette a televíziózás korábbi formáit, amelyek többé már nem töltötték be ugyanazt a társadalom- és kultúrabefolyásoló hatást. Ez legfőképpen az információhoz jutás területén mutatkozott meg: az ismeretek megszerzésének már nem a televízió lett a legfontosabb forrása (Császi, 2002).

Sokan azt jósolták, hogy a televízió monitorozó és információsztolgáltató szerepét át fogja venni az internet, emiatt kevesebben fognak televíziózni. Ez részben igaz is: bár a televíziózás mennyisége csak kis mértékben csökkent, de úgy tűnik, funkciója változóban van. A híreket és a tájékoztatást egyre többen az internettől várják, de a szórakoztatás még mindig a tévé feladata maradt (Pesce, 2005).

Ennek folyományaként fokozódhat a polarizálódás az internetet – és ezáltal az információt- elérő „információgazdag” jómódú, illetve a fogyasztók többségét jelentő „szórakozásgazdag” réteg között (Gerbner, 2000, 28. o.). A televíziózás passzív, sokszor társas körülmények között folyó, ún. lean back tevékenység, amely más aktivitásokkal együtt is folytatható, az internetezés inkább aktív, magányos, és szinte mindig koncentrációt igényel (Jenei, 2008). Egyes eredmények szerint a fogyasztók többsége preferálja azokat a médiával kapcsolatos elfoglaltságokat, amelyek háttértevékenységként is folytathatók, így nem igényelnek koncentrációt vagy aktív közreműködést (Bernhoff, Mines, Boskirk és Cortin, 1998).

Mindezek mellett magára a televízióra is jellemző az állandó megújulás, mégpedig a konvergencia és az interaktivitás tekintetében. A konvergencia jegyében a televíziós műsorok

ma már a legkülönbélebb médiumokon (pl. interneten vagy mobiltelefonon) keresztül is elérhetőek, így magának a televíziózásnak is új értelmezést adnak.

A televízió digitalizációja nem csak műszaki, hanem kulturális változás is, amelyben a múlt század domináns médiuma a jelen kor követelményeinek megfelelően átalakul (Jenei, 2008). A digitális televízió megjelenése szinte teljesen el fogja tüntetni a különbségeket az egyenes sugárzású és az interaktív médiumok között, így egyre nehezebb lesz azok társadalmi vagy másféle hatásait elkülöníteni (Buckingham, 2002).

Mindezek miatt a televízió képes még napjainkban is domináns maradni: ezt segíti elő a technológia fejlődése, illetve a nézők preferenciái is (Jenei, 2008).

Az újnak számító médiatechnikák – köztük az internet – elvileg lehetőséget teremtenek, hogy a peremhelyzetben élők felzárkózzanak a társadalom többi részéhez (Antalóczy, 2009), azonban hazánkban inkább a fent említett polarizálódás zajlik a „digitális szakadék” két oldala között (Csepeli és Prazsák, 2009, 91. o.).

Hazai kutatások szerint az, hogy van-e egy háztartásban internet-elérés, összefüggésben áll a család jövedelmével és a család méretével (ld. pl. Fábrián és Rét, 2004). Bizonyos társadalmi osztályokban az internetnek nem tulajdonítanak akkora jelentőséget, mint a telefonnak vagy a televíziónak, tehát míg utóbbiakért hajlandóak anyagi áldozatokat is hozni, az előbbiért nem.

Az internet hozzáférhetősége egyes szerzők szerint azt is meghatározza, hogy az egyénnek van-e esélye a minőségi életre (Csepeli, 2008), Magyarországon azonban pont azokra a csoportokra nem jellemző az internet-használat, akiknek a társadalom leszakadó rétegeként különösen szüksége lenne rá (Csepeli és Prazsák, 2009).

Az alacsonyabb jövedelmű és más szempontból hátrányos helyzetű csoportok kisebb hajlandósága az internethez való hozzájutásra összefüggésben áll a társadalmi eseményekről való kisebb mértékű értesüléssel, a nem megfelelő információkkal való ellátottsággal, illetve az egyre gyakrabban interneten keresztül intézhető ügyek lehetőségének hiányával (Székely, 2008).

A médiaértés és a szocializáció kapcsolata

A média lehetséges szocializációs hatását erőteljesen befolyásolja, hogy melyek a befogadó életkori jellegzetességei, illetve a médiahasználat egyik lényegi meghatározója az

egyén életkora. A különböző korosztályokban más és más médiumok és médiatartalmak képesek változást elérni az attitűdökben vagy a viselkedésben.

A gyerekek médiaértése teljesen más jellemzőkkel írható le, mint a felnőtteké. A televíziós ábrázolás nagyon hasonlít az érzékelés és észlelés által tapasztaltakhoz, mégis számos ponton eltér attól. A televíziós műsorok olyan kódrendszeren alapulnak, melynek ismerete nélkülözhetetlen a megértéshez. Ahhoz, hogy az egyén képes legyen követni például egy film cselekményét, ismernie kell azokat a technikákat, amelyek általánosan alkalmazásra kerülnek a műsor elkészítésekor. A párbeszéd, a gondolatok, az emlékek megjelenítése, az idő- és térbeli síkok közötti ugrálás a felnőttek számára egyértelmű jelekkel kerül ábrázolásra, viszont egy gyerek körülbelül iskoláskoráig nem képes azokat dekódolni. A televíziós kódrendszer oktatás nélkül elsajátítható, viszont megfelelő mennyiségű tapasztalat és értelmi fejlettség szükséges hozzá (Kósa, 2005b).

7-8 éves korukig a gyerekek nem tudják értelmezni a műsorokban alkalmazott technikákat, mint például a különböző nézőpontokból történő ábrázolást vagy a jelenetek váltakozását (vágásokat). Ezek azonban nem kizárólag a felnőtteknek szóló műsorokban kerülnek felhasználásra, hanem a kifejezetten gyerekeknek szóló rajzfilmekben is. Ennek veszélye abban keresendő, hogy a gyerekek nem képesek összefüggésükben látni az egyes jeleneteket: figyelmüket magára vonja pl. egy agresszív esemény, viszont nem ismerik fel annak előzményeit és következményeit. Lehet, hogy az erőszakos cselekmény valaki megmentése érdekében történt, tehát proszociális indítékú, viszont mivel a gyerekek 7-8 éves koruk előtt nem tudják követni az ábrázolt cselekmények közötti viszonyt, ezért az esetlegesen megfogalmazható pozitív erkölcsi tanulság sem lesz érthető számukra (Scarr, Weinberg és Levine, 1983).

Az iskoláskor előtti időszak médiaértését az is befolyásolja, hogy a gyerekek mennyire tartják reálisnak azt, amit a televízióban látnak. Ez azért fontos kérdés, mert minél életszerűbbnek, valósabbnak tartunk egy eseményt, annál nagyobb hatást gyakorol attitűdjeinkre, gondolkodásunkra, érzelmeinkre és viselkedésünkre (Gunter és McAleer, 2002). A gyerekeknek ugyanezt a döntést a hétköznapi eseményekkel kapcsolatban is meg kell hozniuk: mikor kell valamit komolyan venni, és mikor hazudik, viccel vagy csak talál ki a másik személy valamit. Mindezek az információk fontos tapasztalatokat adnak az események

megfelelő kezeléséhez, és az ezzel kapcsolatos tudás a tapasztalatok számával bővül (Dorr, 1983).

A televíziós műsorok esetében is a tapasztalat a döntő tényező, illetve a megfelelő kognitív érettség. A gyerekek nagyjából 7-8 éves korukig nem tudnak minden esetben helyes választ adni arról, hogy amit a TV-ben láttak, az valóban megtörtént vagy megtörténik, esetleg csak kitalált. A kisebb óvodások esetében ez a különbségtétel szinte egyáltalán nem valósul meg: a rajzfilmek hőseit valós személynek gondolják, akikkel tényleg megtörténik az, amit láthatunk. Ez a korábban említett szempontból problémás: ha az egyén úgy gondolja, a valóságot látja, inkább hajlamos azonosulni azzal, és inkább van hatással érzelmeire és viselkedésére. A 7-8 éves kornál fiatalabb gyerekek gyakran gondolják úgy, hogy a televízióban ábrázoltak egyenlők a valósággal, és az ott látható karakterek (pl. az orvosok, idősek, anyák, gyerekek) ugyanúgy viselkednek, ahogy azt a való életben tennék (Kósa, 2005b).

Az előzőekben tárgyalt két területnél a gyerekek 7-8 éves korát jelöltük meg fordulópontként. Ebben az időszakban a gyerekek értelmi fejlődése jelentős minőségi változáson megy keresztül, és ennek köszönhetően fejlődik a médiumokkal kapcsolatos tudásuk is. Piaget (1954) leírása szerint az iskoláskor előtti időszak a műveletek előtti szakasz, amikor a gyerekek gondolkodását az ún. centrálás és a szemléleti kötöttség jellemzi.

A centrálás azt jelenti, hogy a gyerek nem képes egyszerre több nézőpontot figyelembe venni, amikor egy adott eseményről gondolkodik. Ennek köszönhetően nem tudják a gyerekek az olyan fajta ábrázolási módot értelmezni, amikor a cselekményt több szereplő szemszögéből, az idő- és térbeli síkokat változtatva mutatják be. A centrálást iskoláskorban felváltja a decentrálás, amikor az egyén már képes ugyanazt az eseményt több szempontból is értelmezni (Piaget, 1954), ennek eredményeképp pedig a televíziós ábrázolást is megérti.

A szemléleti kötöttség arra utal, hogy a gyerekek óvodáskorban a jól látható, „kiugró” szempontokat veszik figyelembe, amikor egy eseményt megítélnék. Ez azt jelenti, hogy amikor a televíziós cselekmény eseményeit kell értelmezniük, akkor hajlamosak lesznek a szereplők viselkedésére (azaz a jól látható elemekre) koncentrálni, és nem számolnak az olyan belső, nem megfigyelhető összetevőkkel, mint a szándék vagy a motiváció. A korábban említett példát ideemelve: csak az agresszív viselkedést látják, az marad meg az

emlékezetükben, de hogy az milyen szándékkal történt, nem képesek figyelembe venni (Kósa, 2005b).

Kiemelt vizsgálati terület a reklámok hatása a szocializációra. Láthatjuk, hogy a gyerekek iskoláskorukig még a reális-fiktív megkülönböztetést sem tudják helyesen megtenni, a reklámozás céljának megértése pedig még ennél is bonyolultabb kérdés. A fiatalok nagyjából 14 éves korukra jutnak el annak megértéséhez, hogy a reklámok célja a profitszerzés, nem pedig a szórakoztatás. Nem ismerik fel a reklámok félrevezető szándékát, és nehezen azonosítják az azokban alkalmazott, a meggyőzést célzó technikákat (Székely, 2003).

A serdülőkre jellemző, hogy más médiatartalmakat részesítenek előnyben, mint a többi korosztály (Greenberg, Brandt és Kósa, 1993; Rosengren, 1994). A televíziózásra fordított idő gyermekkortól kezdve folyamatosan nő, a serdülőkor elején eléri a csúcspontot, majd csökkenésnek indul, és a teljes életívet tekintve kamaszkor közepén eléri a mélypontot (Roberts és Maccoby, 1985). Ezzel párhuzamosan nő a számítógép, az internet és a mobiltelefon használatának ideje (Livingstone, 2002).

Ennek egyik oka, hogy a serdülőkorban jelentősen nő a kortársak szerepe, és a velük töltött idő, a barátokkal végzett közös tevékenységek csökkentik a családi programok mennyiségét, ahová legtöbbször a televíziózás is sorolható (Kósa, 2005b).

A serdülők médiahasználatára jellemző, hogy az általuk vallott értékek, vélemények, érzések kommunikációjára használják. Ezt akár úgy is értelmezhetjük, hogy a médiumok segítenek a fiataloknak abban, hogy szelektáljanak a különféle lehetőségek között, átvéve a család vagy az iskola erre vonatkozó szerepét.

A serdülők esetében gyakran tűnik úgy, hogy önállóan és tudatosan választanak a médiatechnikák és -tartalmak közül. Ez valójában a legtöbbször azt jelenti, hogy hasonló érdeklődési területtel rendelkező barátaikkal együtt, csoportként döntenek a médiahasználatról. Ezeket a csoportokat, amelyek bizonyos médiatartalom fogyasztására specializálódnak, „interpretatív közösségeknek” nevezzük (Rosengren, 2008, 192. o.). Az ilyen közösségekben a beszélgetések alapját gyakran ezek a médiatartalmak adják, amelyek önmagukon túlmutatva a csoporttagokról és a külvilágról is értelmezési keretet adnak a tagok számára. A televízió is így, a kortárscsoporttal együttműködésben képes kifejteni szocializációs hatását (Rosengren, 2008).

1.3. A szocializációs folyamat változása napjainkban

A korábban bemutatott általános érvényű megállapítások a szocializáció folyamatáról és ágenseiről manapság átalakuláson mennek keresztül. A modern kor gyors és gyakran kiszámíthatatlan változásai magukkal hozták a tradicionális intézmények átstrukturálódását, emellett a harmadik szocializációs ágens, a média önmagában is folyamatosan megújul, alakítva ezáltal a felnevelkedés körülményeit.

A következőkben így azt tekintjük át, hogy a XXI. század szocializációs közege miben tér el a korábbi időszakokétól, és ez milyen valószínűsíthető hatást gyakorol az egyéni életútra.

1.3.1. A család változása

A család konzervatív egység, amelyet a társadalom fejlődése mindig lemaradással alakít át. A létrejövő változások inkább felszíni tekintetben mutatkoznak meg, mintsem a funkciók területén. Néhány vonatkozásban viszont egyértelmű az átalakulás:

A család funkcióinak átalakulása

A családok túlnyomó többségében csökkent a gazdasági funkció szerepe. A termelés zömét a társadalmi intézmények vették át, a létfenntartáshoz szükséges termékek előállítására már nem a család feladata (Buda, 1994). A gazdasági funkció másik eleme, ami a megszerzett javak elosztására vonatkozik, már nem a család közös döntésén keresztül valósul meg. A mai fogyasztói társadalom külön-külön szólítja meg a családtagokat, bátorítva őket az egyéni döntések meghozatalára vagy azok családtagjaikból való kikényszerítésére (Vajda, 2005a).

Ennek távolabbra mutató hozadéka, hogy a tagok nehezen alkalmazkodnak egymáshoz, hiszen a másokat figyelmen kívül hagyó szükségletek és vágyak kielégítése az együttműködés ellen dolgozik. A média és az onnan jövő üzenetek, mivel az egyénhez, és nem a közösséghez szólnak, szinte atomizálják a társadalmat. Az egyén érvényesülésére vonatkozó sugalmazások a kor karakteréhez tartoznak, a siker egyedüli forrásaként az individuumot jelölik ki (Keane, 1999).

A családtagok egyéni vágyai, igényei és szükségletei egyre inkább előtérbe kerülnek a család, mint közösség prioritásaival szemben. A szülők családért való elköteleződése, gyermekekért vállalt felelősségérzete helyett egyre gyakrabban élveznek elsőbbséget az egyéni igények, az önmegvalósítás, és ez az individualizálódás a családi értékek fontosságának csökkenését eredményezi (Kis-Molnár és Erdei, 2003).

A korábban már szintén említett segítő- és támogatófunkció ereje – melynek értelmében a szülők segítenek érthetővé tenni a világot a gyermek számára – szintén csökkent. A felnőttek „kapuőr” szerepe egyre gyengül, sokszor nem tudnak, vagy nem is akarnak belefolyni abba, ahogyan a gyerekük adott jelenséget értelmez (Vajda, 2005a). Ez legpregnánsabban a médiahasználattal kapcsolatosan mutatkozik meg, ahol a szülők sok esetben nem is tudják, milyen tartalommal találkozik a gyermek, a mediációra (ahogy majd a későbbiekben részletesen kifejtjük) kísérletet sem tesznek (Kósa, 2005b).

A család szerkezetének változása

A család struktúrája egyre sérülékenyebb, amely a válások magas számában, illetve a generációk közötti feszültségekben mutatkozik meg leginkább. A nyugati típusú társadalmakban az utóbbi néhány évtizedben a családi együttélés változatos módozatai alakultak ki, amely megnyilvánul az intézményes háttérben, az életút szakaszainak változásában, az együtt élők létszámában, összetételében (Buda, 1994).

A XX. század második felében kezdődő, „Nagy Szétbomlásnak” nevezett társadalmi átalakulás (Fukuyama, 2000) magával hozta a családi struktúrák megváltozását, az alternatív családformák gyakoribbá válását, melyeket Seltzer (1994, 20. o.) „sorozatos családszerű társulásoknak” illetve „sorozatos monogámiának” nevez.

Ezzel párhuzamosan változott a családi szocializáció is, amelyre természetesen már nem lehetnek teljes mértékben igazak azok a jellemzők, amelyek az átalakulást megelőzően voltak. Megváltoztak a családi szerepek, azon belül is a nemi és életkori szerepek, az intim és egyéb kapcsolatok jellemzői és követelményei (Somlai, 2008). Az együttélési formák átalakulása azt hozza magával, hogy a családkép szubjektívvé válik, a családtagok megegyezésén múlhat, hogy mi alapján szerveződik a közösség (Elblinger, 2013).

Kohli (1993) normál életútnak nevezi azt a kulturális mintázatot, amely a következőkből áll: előkészület (gyermek- és fiatal felnőttkor), kereső szerep (felnőttkor), nyugalmi periódus (időskor). Az elmúlt évtizedek változásai azonban ezen az életút-mintán is változtattak, például a kamaszkori válságok elhúzódása, a képzési idő expanziója, a

nyugdíjasok aktivitása is a hagyományos életúttól való eltávolodást hozzák magukkal (Sebő, 2002).

A családi értékek átalakulása

A társadalomban azonosítható értékfelfogások rendkívül sokfélék lettek, melynek következtében a személyes identitás kialakítása az egyén választásán, nem pedig az általánosan elfogadott normák belsővé tételén alapul (Baumeister, 2003).

A régebbi korokra jellemző világos szerepelvárások, jól körülhatárolt csoportjellemzők, általánosan elfogadott értékek időszaka véget ért. Míg korábban a csoporthoz tartozás egyben az azonosulás lehetőségét is egyértelműen magában hordozta, ma már „megapopulációkról” beszélhetünk, szimbolikus közösségekről, melyek határa folyamatosan átalakul, megnehezítve a csoportot jellemző jegyek azonosítását, az azokkal való lojalitást (Csányi, 1999).

Manapság a komplex, nyugati típusú társadalmakban egyre nehezebb dolga van a fiataloknak, amikor az előző generáció értékeit mérlegelik. Sok esetben lép fel értékzavar, hiszen a szülők generációjára jellemző értékrendszer hétköznapi megvalósulása, a hozzá tartozó viselkedések azonosítása nehézséget okoz. A folyamatosan változó létkérdések és konfliktushelyzetek megoldásához nem adnak segítséget az idősebb generáció által vallott normák és értékek.

Az életút során fellépő helyzetek megoldásával kapcsolatban a szülők is gyakran tudatosítják, hogy milyen körülmények között ők nevelkedtek, milyen elvek alapján őket szocializálták, az a gyerekeknek már nem megfelelő, mert nekik már teljesen más követelményeknek kell megfelelniük. Éppen ezért tudatosan keresik azokat a kiegészítő információkat, amelyek reményeik szerint megmutatják, mire neveljék a gyerekeiket, milyenné kell majd válniuk, és ehhez a szülőknek mit kell tenniük. Nagyon kevésbé vagy egyáltalán nem bíznak a saját, vagy az idősebb generáció véleményében, a tradíciók vagy a vallás diktálta alapelvekben. Egyre nagyobb szerep jut viszont a tudománynak és a modern kor szakértőinek, akiknek a véleménye jelentősen divergál, sokszor rövid időn belül változik, emiatt a gondozók gyermekneveléssel kapcsolatos hiedelmei és elképzelései is fluktuálnak. A szülők próbálják elképzelni, hogy a jövőben milyen kritériumoknak kell majd a gyermekeiknek megfelelni, és az ehhez szükségesnek vélt tulajdonságokat igyekeznek

bennük kifejleszteni, mégpedig azzal a módszerrel, amit az adott tudományterületen aktuálisan uralkodó vélemény a legjobbnak tart. Ebből kifolyólag a szülői viselkedés nyitott, rugalmas, de kevésbé koherens.

A modern kor nevelői nemcsak a tudományra, hanem olyan forrásokra is támaszkodnak, melyek alapjaikban nem függenek össze a gyerekneveléssel; így például a különféle médiumokban megjelenő tartalmak hatással lehetnek a szülő-gyerek viszonylat alakulására a bennük foglalt értékek mentén (Lightfoot és Valsiner, 1992).

1.3.2. A gyermek- és iskoláskor változása

A gyermekkor, a gyermekek szerepének felfogása társadalmi képződmény, ezért minden kultúra esetében saját jogon kell vizsgálni azt, nem valamiféle egységes tendencia részeként. Ami ennek ellenére megkísérli összefogni a hozzánk hasonló kultúrák gyermekképének hátterét, az a posztmodern gyermekkor elképzelése.

A posztmodern társadalomban zajló szocializáció elméleti keretei a fejlődéslélektanban leírt törvényszerűségek mellett egyre nagyobb súllyal foglalkoztak a társadalmi változások befolyásoló erejével, melynek értelmében a gyermek- és ifjúkor fő meghatározójává az aktuális társadalmi valóság vált. Az oktatás és nevelés céljait mindig az adott társadalom által elvártak határozzák meg, emellett az egyének személyiségvonásait, a felnőttek által alkalmazott nevelési módokat az adott korszak keretei között lehet értelmezni. A nevelésnek így a társadalmi valóság nemcsak a kiindulópontja, de a végcélja is egyben. Fölling-Albers (1990; id.: Majzikné, 2008) nevéhez kötődik a „megváltozott gyermekkor” kifejezés, mely alatt ő a következő jellegzetességek átalakulását értette:

- megváltozott a családi szokások és a közösségek összetétele
- átalakult a játéktevékenység és a szabadidő eltöltésének módja
- egyre nagyobb hangsúllyal jelent meg a média a szocializációban
- módosultak a nevelési módok és eszközök
- egyre több társadalomra jellemző a multikulturalitás

A modernizáció időszakában (ami nagyjából a XX. századra tehető) a felnőtt- és a gyermekkor élesen elkülönült egymástól. Elfogadott volt, hogy a gyermekkor egy speciális időszak, speciális igényekkel, amit el kell határolni a felnőtt feladatoktól és tapasztalatoktól. Az elmúlt évtizedekben azonban ez a megkülönböztetés egyre bizonytalanabbá vált, a szakaszok közötti határok elmosódottabbak lettek, a felnőttek és a gyerekek közötti különbség

a linearitás felé közelít. Emellett a mai kor gyermekekről alkotott képét a tömegkommunikáció homogenizálja: régebben az emberek nem tudtak arról, hogy a tőlük távol élő közösségekben hogyan, milyen elvek szerint szocializálják a gyerekeket, ma viszont ez az információ rendelkezésre áll, és módosíthatja a családban és az iskolában alkalmazott nevelési és pedagógiai módszereket (Vajda, 2005a).

Régen a pedagógus vagy a szülő fölényben volt a fiatallal szemben: tapasztalataiból fakadóan több tényrt ismert a világról (ennek az alapja az ún. book learning), emellett a társas kapcsolatok, az élettapasztalatok tekintetében is előnyben volt (ennek háttérében áll az ún. life learning). Ami ma is jellemző, az a book learningre alapozott fölény, ami viszont átalakult, hogy a life learning által szerzett életbölcsességek már nem alkalmasak arra, hogy a fiatal generáció boldoguljon segítségükkel. Amit a felnőtt több-kevesebb sikerrel alkalmazott saját életútja során, az ma már nem használható, elavultnak tekinthető (Popper, 2006). A „posztmodern” gyermek már nem támaszkodik úgy a szüleire vagy a tanáira, mint a korábbi generációk. Ez legfőképpen annak köszönhető, hogy a gyerekek bizonyos területeken többet tudnak, mint a felnőttek, akik ilyen értelemben „esendővé” válnak a szemükben, tudásuk leértékelődik (Steinberg és Kincheloe, 1997).

Korábban a szocializáció az idősektől irányult a fiatalok felé, mára azonban megváltozott a szocializáció iránya: számos területen az idősebb generációnak a fiatalokra kell hagyatkoznia, tőlük kell segítséget kérnie (Csepeli, 2006). A külső tényezők korábban dominánsan a felnőtteken keresztül hatottak a családra; ma (főként a médiumok szerepének növekedésével) egyre több befolyásoló erő éri el a családot a gyerekeken keresztül (Buda, 1994).

A gyerekeket egyre inkább aktív, saját sorsukat tevőlegesen befolyásoló személyeknek látják, akik az életüket alakító döntésekben részt vesznek, és saját maguk szervezik társas kapcsolataikat (Golnhofér és Szabolcs, 2006).

A kortárs csoport szocializációs hatásaiban is változás történt a társadalmi változásokkal párhuzamosan. A nyugati típusú társadalmakban jellemző individualizálódás eredményeképp csökken a kortársak szerepe, a gyerekek egyre gyakrabban töltik szabadidejüket magányos tevékenységekkel. Emellett egyre dominánsabban vannak jelen az ún. anonim tömegszórakozási formák (Pataki, 2006), amelyek a legtöbbször nem hoznak létre valódi kapcsolatot a fiatalok között

A szülők és a tanárok fentebb vázolt inkompetenciái mutatják, hogy a posztmodern gyermekkor milyen kihívásokkal szembesíti a felnőtteket. A változások természetesen nem kerülhetik el az iskolát sem, amelynek mindenkori feladata, hogy a társadalmi szerepekre készítse fel a diákokat. Amennyiben változik a környezet, az iskolai tananyagnak és az alkalmazott módszereknek is változniuk kell(ene). Számptalan kritika fogalmazódott meg azzal kapcsolatban, hogy képes-e a mai iskolarendszer megfelelni a modern kor kihívásainak, és valóban azt a naprakész tudásanyagot biztosítja-e, amire a gyerekeknek szükségük van.

A dilemmát feloldani szándékozó szakértők egyik csoportja szerint a tudományos ismeretek átadása, amelynek alapja évszázadokon keresztül ugyanaz volt, túlságos részletességgel foglalkozik olyan témakörökkel, amelyek kevésbé alkalmazhatóak a posztmodern időszakban. A történelem, az irodalom, a művészeti órák anyaga túl sok időt elvesz azoktól a tárgyaktól, amelyek valóban a munkaerőpiac kívánalmainak való megfelelést támogatják (matematika, közgazdaságtan, informatika).

A másik oldal érvei szerint a ma középkorú személyek azért voltak képesek magukévá tenni az új technológiákat, mert megfelelő tudományos alapokat kaptak hozzá az iskolai oktatásuk során. Úgy gondolják, ha a diákok csak a jelen kor ismereteit sajátítják el, akkor tudásuk hamarosan elavultnak számít majd, és nem lesznek képesek haladni a tudományos és technikai újításokkal (Vajda, 2005b).

Az iskola, mint intézmény szintén válságban van: Halász (1991) szerint egyre kevésbé egyértelmű, hogy az iskola kinek szeretne megfelelni; a társadalom kívánalmainak vagy a tényleges „fogyasztónak”, azaz a diáknak és a szülőknek. Elsősorban természetesen a szülők preferenciáit kell számításba venni, hiszen ők azok, akik iskolát választanak gyermeküknek, és más fórumokon is kifejtik a véleményüket. A szülők azonban nem számítanak szakértőnek: lehet, hogy úgy gondolják, hogy első osztályban még nem jó (vagy éppen jó), ha a gyerekek érdemjegyet kapnak, vagy esetleg feleslegesnek tartanak bizonyos tantárgyakat, de ha belefolyanak az ezzel kapcsolatos döntésekbe, akkor akár saját gyerekük későbbi boldogulását is veszélyeztethetik. Emellett a szülők csoportja sem egységes, végzettségüktől, szubkulturális hétértékűtől és saját szocializációjuktól függően más és más preferenciákkal rendelkeznek. Ami biztos, hogy a szülők egyre nagyobb befolyással rendelkeznek az iskolai oktatásra, legenyhébb esetben úgy, hogy az általuk feleslegesnek tartott tárgy ellen hangolják a

gyerekeket, de akár úgy is, hogy az iskola anyagi értelemben függésben lehet tőlük, így feljogosítva érzik magukat a véleménynyilvánításra (Halász, 2001).

Végül az iskola kultúrájának szintjén is átalakulások figyelhetők meg. A tanári pálya az elmúlt évtizedekben veszített presztízséből, ami köszönhető a pedagógiai hivatás egyre negatívabb megítélésének, illetve a modern technikai eszközök-hozta szemlélet térhódításának. A hatalmi viszonyok átformálódtak, a tanár tekintélye a diákok előtt meggyengült. A pedagógus nevelési törekvéseire a tanulók kiszámíthatatlan módon reagálnak, melynek következtében a tanár-diák viszony egyre rendezetlenebb (Zrinszky, 1992).

1.3.3. Változások a médiumok hatására

A család, mint elsődleges, és az iskola, mint másodlagos szocializációs ágens egyre gyengül, már nem feltétlenül biztosítja a későbbi sikeres funkcionáláshoz szükséges tudásanyagot, annak modellálását, elsajátításának támogatását. Sok esetben a gyerekek többet hasznosítanak más forrásokból –elsősorban a médiumokból- a társadalmi integráció eléréséhez.

A média és a védett gyermekkor kérdésköre

A „védett gyermekkor” megváltozásának vagy megszűnésének kérdését sok szerző elemezte, összefüggésbe hozva a tömegkommunikáció elterjedésével. Az évek során két fő álláspont alakult ki a kérdéssel kapcsolatban: az egyik szerint a gyermekkor lassanként el fog tűnni, és ezért leginkább a médiumok (főként a televízió) felelősek. Ide tartoznak Winn (1990), Postman (1983), Elkind (1981) és Sanders (1996) gondolatai a témáról (Buckingham, 2002).

Winn (1990) szerint korábban a gyermekkor védettséget élvezett, mert a szülők képesek voltak kontrollálni, hogy gyermekük milyen tapasztalatokat szerez a külvilágról, és igyekeztek megvédeni őket a felnőtt világ gondjaitól. Ma viszont a szülők nem tudják gyakorolni ezt az ellenőrzést, főként a tömegkommunikáció jelenléte miatt, amely hamarabb megismerteti a gyerekeket az eddig titkolt kérdésekkel, mint ahogy azt a szüleik szeretnék.

Emellett maguk a felnőttek is egyre inkább úgy gondolják, hogy a gyerekeknek viszonylag hamar találkozniuk kell a tömegmédiumokban bemutatott témákkal, mert különben nem lesznek képesek megfelelni a világ kihívásainak. Így a védettség időszakát felváltotta a „felkészítés” időszaka (Winn, 1990, 22. o.).

A szülők ma már úgy vélik, gyerekeik nem igénylik a védelmezést, emellett nagyon korán önállóan látják őket. Ebből kifolyólag nem érzik szükségesnek, hogy eltitkolják előlük a felnőtt lét árnyoldalait. Winn szerint ez ahhoz a viszonyrendszerhez hasonlít, ami a középkorban volt jellemző a felnőttek és a gyerekek között, és ami tulajdonképpen egyet jelent a korábban már említett linearitással: a felnőtt- és gyermekkor kezd összemósódni, eltűnnek a közöttük korábban fennállt különbségek.

Mivel a felnőttek egyre „felnöttesebbnek” látják gyerekeiket, önbeteljesítő jóslatként azok egyre inkább azzá is válnak, és szüleik még kevésbé érzik, hogy szükségük lenne az ő támogatásukra. A gyerekek pedig egyre kevésbé hagyatkoznak rá a felnőttekre, és egyenrangúak érzik magukat velük.

A televízió azért emelkedik ki a lehetséges hatások közül, mert mindennapos tapasztalatokkal szolgál a gyerekek számára. Ezt a hatást erősíti az is, hogy a szülők sokszor „nevelési segédeszközként” (65. o.) használják a televíziót- jutalmaznak vagy büntetnek vele, és ezt kínálják fel szórakozási lehetőségként is (Winn, 1990).

Postman (1983) szintén a televíziót okolja a gyermekkor átalakulásáért, szerinte az írásbeliségen alapuló kultúra volt képes a felnőttkori funkcionáláshoz szükséges tulajdonságokat kifejleszteni (például az önmegtartóztatást, a gondolkodás egyes jellemzőit, a folytonosság érzését). Amíg a gyerekeknek meg kellett tanulniuk olvasni ahhoz, hogy bepillantást nyerjenek a felnőtt világba, addig a szülők tudták kontrollálni, hogy pontosan milyen tapasztalatokat szereznek felnevelkedésük során. Ma viszont lehetetlen gyakorolni ezt az ellenőrzést a szimbolikus környezet felett, főleg hogy a televíziós tartalom értelmezése nem követel meg különleges képességeket.

Elkind (1981) szerint a szülők, az iskola és a média sietteti a gyerekeket, hogy minél hamarabb felnőjenek. Előbbiek ezt úgy érik el, hogy teljesítménnyel kapcsolatos követelményeket állítanak a fiatalok elé. A média még tovább erősíti ezt a tendenciát azokkal a témákkal, amelyeket a gyerekeknek bemutat.

A televízió nem rendelkezik olyan sajátossággal, amelynek dekódolása az írni-olvasni tudáshoz hasonlóan évekig tanulandó lenne. Így a gyerekek túlságosan könnyen hozzájutnak olyan információkhoz, amelyekre értelmileg és érzelmileg még nem felkészültek. Mivel nem tudják megfelelően interpretálni, amit láttak, de mégis úgy érezhetik, tapasztalatuk van róla, a

televízió „ál-jártasságot” (49. o.) hoz létre, és azt a benyomást kelti a gyerekekben, hogy gyakorlottan mozognak a felnőtt világban (Elkind, 1981).

Sanders (1996) szerint a televízió gátat szab a megfelelő érzelmi és kognitív fejlődésnek, mert – Postmanhez hasonlóan úgy véli, hogy – az elvont gondolkodás képessége az írott műveltséghez kapcsolható. A televízió hátráltatja az intellektuális fejlődést, gyengíti a képzelőerőt, mert nem hagy teret az önálló reprezentációk kialakulásának.

A gyermekkor változásának másik megközelítésmódja szerint a felnőttek és a gyerekek közötti határok éppen hogy nem eltűnőben, hanem megerősödőben vannak, ugyanis a fiatalok gyakorlottsága és ügyessége a különböző tömegkommunikációs eszközök használatában a generációs különbségekre erősít rá (Ohmae, 1995). A fiatalokat Tapscott (2008) netgenerációnak, Prensky (2010) digitális bennszülötteknek nevezi, akik nem elszenvedői vagy áldozatai a médiumok hatásának, hanem a maguk igényei és szükségletei szerint használják azokat, általuk mintegy hatalomhoz jutva.

A különféle médiatechnikák fejlesztik a fiatalok kreativitását, segítik az önmegvalósítást és közösségteremtő erejük van. Ezek az eszközök, illetve azok jellegzetességei teljesen mások, mint amelyeket a szülők nemzedéke használt: régebben a fogyasztók passzívnak mutatkoztak az autoriter médiával szemben, ma viszont a médiahasználat demokratikus, emellett aktív viselkedést kíván meg (Buckingham, 2002). Ide tartozik még Rushkoff (1996) és Katz (1997) elképzelése a témáról.

Rushkoff (1996) az új nemzedéket „screenagereknek” nevezi (32. o.), akik szerinte azért keverednek ellentétbe szüleikkel, mert a felnőttek megpróbálják azon értékrendek mentén szocializálni a fiatalokat, amelyben ők maguk is felnőttek, és amelyek ma már nem működőképesek. A szülők a kultúra értékeinek folytonosságát szeretnék biztosítani, viszont nem veszik figyelembe a kultúra változásait. A gyerekek ellenben olyan alkalmazkodóképességgel jellemezhetőek, melynek segítségével képesek megküzdeni a posztmodern kor problémáival, és ennek egyik összetevője a tömegkommunikációs eszközök használatában való jártasság.

Katz (1997) állítása szerint a médiahasználat a fiatalok kultúráját jelentősen formálja, önérzetüket sok területen erősíti. Főleg a digitális kommunikáció képes arra, hogy

segítségével a gyerekek megszabaduljanak a konvenciók szorításától és szüleik maradi nézeteitől a világ működésével kapcsolatban.

A fent említett kétféle megközelítésmód Buckingham szerint közös abban, hogy a gyermek- és ifjúkort lényeges időszakként jeleníti meg, és túlzott hatást tulajdonít a különféle médiatechnikáknak. Emellett mindkettő érzelmeikkel teli módon ír a média és a fiatalok közötti kapcsolatról: az egyik szerint a gyerekek védelemre szorulnak az őket leigázni próbáló médiumokkal szemben, míg a másik szerint a gyerekek valamiféle „médiabölcsességgel” (100. o.) rendelkeznek, és képesek uralni a különböző technikákat (Buckingham, 2002).

Buckingham kiegészítése a fentiekhez, hogy míg a közbeszédben és a gyerekek nevelésével kapcsolatos tudományterületeken ma is az első szemlélet uralkodik, mely szerint a fiatalokat kötelességünk megvédeni az ártalmaktól, addig a média művelői teljesen másképp tekintenek a gyerekekre. Szerintük a fiatalok igényesek, tudatosak, jelentős fogyasztói erőt képviselnek, éppen ezért oda kell figyelni elvárásaik kielégítésére. A védelmező szemléletet paternalistának tartják, és a ma jellemző fogyasztói viselkedésre a konvenciók alól történő felszabadításként tekintenek (Buckingham, 2002).

A korábban említett „digitális bennszülöttek” (Prensky, 2010) fogalom arra utal, hogy a mai tizenévesek beleszülettek a digitális média világába, számukra ez az egyedüli létező közeg, és tökéletes természetességgel mozognak benne. A médiakörnyezet jelentősen eltér a szüleik generációjának időszakában jelen lévőétől, ez pedig törést okozott a két nemzedék között. A digitális bennszülöttek másképpen viszonyulnak a médiumokhoz, mint elődeik, és a használatuk révén szerzett készségek segítségével másképp gondolkodnak, és eltérő módon dolgozzák fel a bejövő információkat.

A digitális bevándorlók, azaz a szülők generációja megpróbál alkalmazkodni a megváltozott médiakörnyezethez, de csak olyan mértékben sikerül neki, mint amennyire tökéletes lehet pl. egy idegen nyelv megtanulása felnőtt korban. „Megtartották akcentusukat”, sokszor elavult módon közlekednek a média-teremtette környezetben.

A rendkívül tetszetős és jól befogadható elképzeléssel szemben kritikák fogalmazódtak meg. A digitális nemzedék körében végzett kutatások azt mutatják, hogy a „bennszülöttek” nem képeznek egységes generációt, és nem minden esetben igaz rájuk, hogy nagyobb tapasztalattal és kompetenciával rendelkeznének, mint az idősebbek (ld. pl.

Kennedy, Judd, Dalgarnot és Waycott, 2010): a tizen- és huszonévesek az újításokat nem használják széles körben, sőt iskolai közegben sem alkalmazzák szívesen a túlságosan új technológiákat. Az egyének neme, kulturális háttere, szocioökonómiai státusza befolyással van arra, hogy mennyire fogékony az új technológiák iránt, tehát nincsen olyan egységes digitális nemzedék, mint amiről Prensky írt.

1.4. Problémák a szocializáció folyamatában

1.4.1. A sikertelen szocializáció fogalma

Ahogy korábban bemutattuk, a sikeres szocializáció azt jelenti, hogy az egyén elsajátítja azokat a normákat és viselkedési előírásokat, amelyeket az adott társadalom megkövetel. Felnőtt korban úgy gondolkodik, viselkedik és érez, ahogy azt a szűkebb és tágabb közösség egy vele egykorú, azonos nemű és ugyanazon társadalmi csoportba tartozó tagjától megköveteli (Brim és Wheeler, 1966).

A szocializáció emellett akkor tekinthető sikeresnek, ha az egyén azért tartja be a társadalom által előírt normákat és szabályokat, mert azokat maga is helyesnek találja. Ehhez viszont azokat a korábban említett „magától értetődőséget” kell magáévá tennie, amely az adott társadalomban normálisnak tartott gondolkodás és viselkedés legfontosabb feltétele. Ezek nélkül nem értenénk meg a többi embert, mert nem tudnánk bejósolni szándékaikat és viselkedésüket. A magától értetődő tudásanyag teszi lehetővé, hogy adott üzenetet ugyanúgy értelmezzünk, mint a többi személy, sikeresek legyünk a konfliktusok kezelésében. „A magától értetődőségek funkciója ezért az értelemadás és a szociális integráció, elsajátításuk ezért alapvető a kultúra átörökítéseként folyó szocializációban” (Somlai, 1997, 76. o.).

Sikeres szocializáció esetén az egyén képessé válik arra, hogy a viselkedésével kapcsolatos elvárásokat felismerje, és azoknak megfelelően cselekedjen. Parsons (1966) szerint ennek a tanulási folyamatnak öt tényező áll a háttérben:

- megerősítés- kioltás: az egyén ösztönzése és tilalmak kialakítása
- gátlás: az egyéni igények háttérbe szorítása az önkontroll segítségével
- helyettesítés: a legátolt késztetések áttétele más területekre
- utánzás: a modell viselkedésének átvétele
- azonosulás: a modell értékeinek, hiedelmeinek, attitűdjeinek belsővé tétele

Néhány esetben viszont a szocializációs folyamat nem az elvárt eredményhez vezet, az egyén valamilyen okból kifolyólag nem fogadja el azokat az elvárásokat, amelyeket vele szemben támaszt a közösség, nem hajlandó vagy nem tud a társas előírásoknak megfelelően viselkedni. Ilyenkor beszélünk sikertelen szocializációról.

Háttérben többféle tényező húzódhat meg:

- ha az egyént körülvevő közeg deviáns, akkor az egyén sikeres szocializációs folyamaton megy keresztül, hiszen magáévá teszi a környezete normáit, viszont mivel azok nem egyeznek a társadalom többségének elvárásaival, a végeredmény deviáns viselkedés lesz
- előfordulhat, hogy a társas környezet nem megfelelő ahhoz, hogy a normákat adekvát módon közvetítse az egyén felé: lehetséges, hogy amit megkövetel, az egyezik a tágabb társadalom előírásaival (pl. idősök tisztelete), de a norma kialakítása nem megfelelően történik (pl. indoklás nélkül vagy testi fenyegetés alkalmazásával)
- ha nincsen olyan szilárd közeg, ami a társadalmi mintáknak megfelelő háttérrel adna –például nem családban nevelkedik az egyén-, szintén sérülhet a szocializációs folyamat
- lehetséges, hogy az egyén olyan csoportoknak a tagja, amelyek olyan saját normarendszerrel jellemezhetőek, ami eltér a tágabb társas közeg elképzeléseitől (ilyenek pl. egyes szekták), vagy felnőtt korában saját jogon dönt úgy, hogy nem alkalmazkodik a társadalmi elvárásokhoz (Kósa, 2005a).

Emellett fontos megjegyezni, hogy egy olyan összetett kultúrában, mint amilyen pl. a miénk, nincs olyan egyén, aki minden társas helyzetben az elvártaknak megfelelően viselkedne. A „többszörös csoporthoz tartozás” (multiple group affiliation) szerint az összetett társadalmakban egy egyén egyszerre több csoport tagja is, melynek megfelelően számos szerepet vehet fel egyazon időben a különböző integrációk részeként. Ebből kifolyólag társas identitása rendkívül összetett, és a többféle szerepből fakadó feszültségek egymással konfliktusba keveredhetnek. Vannak olyan közegek, amelyekben otthonosan mozog, és mindenki számára léteznek nehézséget okozó helyzetek, ahol nem biztos, hogy adekvát módon viselkedik. Például valaki a baráti társaságában oldottan és szellemesen képes társalogni, viszont a kollégái zárkózottan és elutasítónak tartják, mivel formális közegben képtelen megfelelni az interperszonális kapcsolatok elvárásainak. Ettől még nem tekintjük a személyt alulszocializáltnak (Somlai, 1997).

A kevésbé összetett társadalmakban a lehetséges viselkedésformák egyöntetűbbnek tekinthetőek, a tevékenységek sokszor magas szintű együttműködést igényelnek, ezért a

deviáns viselkedést kevésbé fogadják el, mert veszélyeztetheti a közösség túlélését. Ezzel szemben a modern kor komplex társadalmában jóval nagyobb mértékű a tolerancia a megszokottól eltérő viselkedésmódokkal szemben, illetve maga a „normalitás” is szélesebb kört jelöl ki (Csepeli, 2008).

A társadalmi normáknak való teljes megfelelni akarás, azaz a merev konformizmus sem egyenlő a sikeres szocializációval. Fromm (1993) szerint a túlságosan konform, adott közösség minden szabályához mereven ragaszkodó személy a legsúlyosabb társadalmi patológiával jellemezhető, hiszen pontosan ilyen személyiségű emberekre támaszkodtak a totalitárius rendszerek. Például a fasizmus légkörében a nonkonform egyének számítottak egészségesnek, noha éppen őket címkézték renitensnek és az alkalmazkodást elutasítóknak.

1.4.2. A deviancia fogalma

A sikertelen szocializáció, azaz a társadalmi normáktól való eltérés kérdésköre átvizs minket annak a kérdéséhez, hogy mi számít normálisnak, elfogadottnak, és mi deviánsnak adott közösségben.

A deviáns viselkedés (vagy másfajta elnevezéssel társadalmi beilleszkedési zavar, társadalmi elítélés alá eső viselkedésforma, problematikus társadalmi magatartásforma) definiálása, illetve az abba a kategóriába sorolt esetek az adott közösség erkölcsi helyzetétől függenek, így arról számos információt szolgáltatnak (Buda, 1994).

A deviancia olyan összegző kategória, amely a társadalom mikroszintjének, azaz az egyéni viselkedésmódoknak értelmezését célozza a kulturális normáknak való megfelelés fényében (Csepeli, 2008). A normálistól, megszokottól eltérő, azaz deviáns viselkedések az egyénhez köthetőek, de tágabb értelemben mindig az adott társadalom termékei. Aki „normális”, azaz nem deviáns, az olyan célokat szeretne elérni, amelyeket adott társadalom elismer, és ezeket a célokat társadalmilag szentesített eszközökkel valósítja meg (Kolozsi, 1992).

A normalitás-abnormalitás elkülönítésében a kevésbé szélsőséges esetekben a társadalmi megítélés nem egyértelmű. Míg vannak olyan kategóriák, amelyek a kultúrák többségében deviánsnak számítanak (pl. súlyos tudatzavar), addig más viselkedésmódokat korábban abnormalisnak tekintettek, de ma már társadalmilag jóváhagyottnak minősülnek (pl.

házasságon kívül született gyerekek) (Vajda, 2005c). Így nem mondhatjuk, hogy létezik abszolút értelemben vett normalitás, hiszen mindig az adott kultúra, illetve a szűkebb közösség értékei határozzák meg, mi számít elfogadhatónak.

A társadalmi változások néha alapjaiban változtatják meg a normalitás-abnormalitás kategóriáit. A társadalmilag újító viselkedés először mindig kórosnak minősül (bűnözésként vagy pszichés betegségként címkézik), majd gyakoriságának növekedésével egyre nagyobb elfogadottságot kap. Durkheim szerint a társadalmak működésének hátterében a szolidaritás áll, amely megszabja, hogy milyenek kell lenniük az egyéneknek. Azokat fogjuk „normálisnak” gondolni, akik a leggyakoribb, legelterjedtebb viselkedésmódokat mutatják, az azoktól eltérőeket pedig deviánsnak címkézzük (Durkheim, 1978).

Adott társadalom a rend fenntartása érdekében bizonyos viselkedésmódokat kriminalizál, másokat dekriminalizál- az viszont, hogy adott viselkedés melyik kategóriába esik, az idő előrehaladtával és az értékek átalakulásával változik. Így például a homoszexualitás, ami régebben bűncselekménynek számított, majd egyre kevésbé büntették, ma pedig nem számít kriminális cselekménynek (Buda, 1994).

Folyamatosan formálódik tehát az elvárásrendszer arra nézve, hogy mi az, ami megengedhető, és mi az, ami sérti a közösség követelményeit, emellett adott társadalom normái nem egyforma súllyal esnek latba, erkölcsi tartalmuk eltérő lehet. Például hangsúlyos és mindenkire érvényes morális szabály az emberi élet védelme, viszont a másik személy pszichés jóllétének biztosítása nehezebben megfogható, így erkölcsileg kevésbé köti az egyént.

Emellett ha egy normát adott társadalmon vagy szűkebb közösségen belül kevesen tartanak be, akkor annak áthágása kevésbé fog abnormálisnak minősülni (pl. bliccelés a metróban), és ez még inkább így van, ha a többi ember számára érthető, hogy az egyén miért nem tartja be a szabályokat (Ranschburg, 1998).

1.4.3. A deviáns viselkedés azonosítása

Amikor „normálisnak” vagy „deviánsnak” minősítünk valakit, az a társadalom normatív rendjének fenntartására irányul. A deviancia sérti a közösség szabályait, és ezt általában az egyén viselkedése vagy személyiségjegyei alapján azonosítjuk.

A deviáns viselkedés azonosításához figyelembe kell venni annak rendszeres vagy alkalmi megjelenését, illetve, hogy milyen kontextusban fordul elő:

- szinte minden egyén az élete során legalább egyszer elkövet valamilyen normasértő viselkedést (pl. gyerekkorában lop a boltban), ami aztán nyom nélkül eltűnik. Ha a normasértő viselkedést egyenlővé tennénk a devianciával, akkor az ilyen csínytet alkalomszerűen elkövető gyereket deviánsnak címkéznénk, és ebben az esetben a társadalom többsége deviánsnak számítana. Az ilyen alkalmi devianciák inkább azt mutatják, hogy a normák megsértését mindenkinek ki kell próbálnia élete során, hogy megtapasztalja a helyes és helytelen viselkedés közti határokat. A felnövekvő egyén moralitását, normális viselkedését nem befolyásolják számottevően az ilyen alkalmi normasértések, sokkal inkább a családi közegben tapasztalható, folyamatosan ismétlődő negatív hatások.
- a kontextus jelentőségét láthatjuk abban, hogy pl. az emberek jó része nem tekinti deviánsnak, ha valaki a munkahelyén magáncélra használ irodaszereket (miközben szigorúan véve ez is eltulajdonításnak számít), míg ha ugyanezt egy áruházban teszi, eljárás indul ellene (Somlai, 1997).

A deviancia meghatározásában fontos módosító szempont a kultúra vélekedése az adott viselkedésformáról. Mindig az aktuális történelmi kor és társadalom megítélése az, ami kialakítja a deviancia kategóriáját, tehát adott viselkedésforma egyes közösségekben a többség által elítélt és károsnak tartott magatartás kategóriájába sorolódik, míg más kultúrákban nem. Például a mi társadalmunkban a gyerekek agresszivitása olyasmiről, amit a szülők többsége igyekszik fokozatosan megszelídíteni és leépíteni, míg más kultúrákban a gyerekek harciassága értéknek számít.

Fontos tényező még a deviáns viselkedés megítélésében, hogy az egyén mely társadalmi csoportba tartozik. Szembeszökő mértékű a deviánsnak címkézett egyének között a hátrányos helyzetűek aránya (ld. pl. Becker, 1964). Főként a fiatalok bűnözés esetében látható, hogy a magasabb társadalmi osztályba sorolható egyének gyakrabban mentesülnek a deviáns minősítés alól. Ugyanígy bizonyos pszichiátriai kórképek esetében is, adott diagnózist könnyebben kapja meg a hátrányos társadalmi helyzetben élő, iskolázatlan személy.

Ennek hátterében állhat az is, hogy az alacsony társadalmi csoportokban léteznek olyan jellemzők, amelyek növelik a deviáns viselkedés kialakulásának valószínűségét (pl. az egyének közötti kapcsolatok jellemzői, az életmóddal járó stressz, stb.), tehát az adott rétegben zajló szocializáció nem megfelelő mivolta a deviáns viselkedés nagyobb gyakoriságának oka.

Az egészséges, normális viselkedés képe legtöbbször azonosítható az adott társadalom középosztályának jellemzőivel, így az alacsonyabb társadalmi rétegek tagjai elve nem eshetnek a „normalitás” kategóriájába. A bűnözés esetében pl. az alacsonyabb társadalmi rétegekben a férfi szerepre vonatkozó normák magukban foglalják az (akár magas szintű) agresszió elfogadását, melynek következtében az itt nevelkedő fiatalok gyakrabban ütköznek a középosztálybeli társadalom elvárásaival és előírásaival (Buda, 1994).

1.4.4. Deviancia és fejlődés

A deviáns viselkedéssel összefüggő kutatások közös hipotézise, hogy az egyének korábbi életútjában található olyan elem, amivel megmagyarázható a normasértő viselkedés kialakulása. A deviáns viselkedést előidéző változók között tartják számon az anyagi háttérrel, a családi szocializáció diszfunkcióit (pl. a család szerkezetének deficitje vagy nem megfelelő nevelési mód), illetve a szubkultúrák hatását (Somlai, 2008).

A gyerekek esetében a normális- abnormális kategóriák kialakítását az az elképzelés mozgatja, mely szerint az egyéni fejlődésnek létezik normatív menete. Az egészséges fejlődésmenet azt jelenti, hogy az egyén az adott életkorral kapcsolatos elvárásoknak megfelelő adaptációs nívóval rendelkezik, melynek segítségével környezetével adekvát interakcióba képes lépni. A normál fejlődés háttérében megfelelő belső és külső tényezők folyamatos kölcsönhatása áll:

- belső feltételek: az egyén veleszületett jellegzetességei. Például a megfelelő fizikai adottságok közé tartoznak az ép mozgásszervi felépítettség vagy a jó immunrendszer. A normál kognitív képességek teszik lehetővé, hogy az egyén képes legyen a problémamegoldásra, illetve el tudja sajátítani a környezet által megszabott tudásanyagot. A személy temperamentuma, személyiségvonásai részben genetikailag meghatározottak, és befolyásolják a többi emberrel való interakciók sikerességét.

- külső feltételek: a biológiailag meghatározott jellemzők mindig az egyént körülvevő szocializációs közeggel kölcsönhatásban fejtik ki befolyásukat az egyéni életútra. Megfelelő környezeti hatásokra van szükség ahhoz, hogy az öröklött tulajdonságok érvényesülhessenek, illetve a kontextuális tényezők módosíthatják azok jellemzőit. Kiemelt szerepe van a családi szocializációnak, amely az első támogató vagy éppen gátló közeget jelenti a veleszületett jellemzők kibontakozásához. A másodlagos szocializáció során a családban elsajátított tudásanyag módosulhat, ennek legintenzívebb ágense az iskola, ahol a pedagógusok mellett a kortársak, illetve az egész iskola kultúrája formáló erővel bír (Felleginé, 2004).

Az abnormálisnak tekintett viselkedésmódok esetében gyerekkorban még viszonylag rugalmas határokról beszélhetünk, ennek pedig az az oka, hogy a gyermekkori zavarok jó része reziduum nélkül megszűnik. Mindemellett adott életkorhoz kapcsolódóan –széles keretek között- léteznek fejlődési elvárások (pl. mozgásfejlődéssel, kognitív- vagy társas fejlődéssel kapcsolatosan), és ha az egyén eltér a „fejlődési normától”, akkor elindul a törekvés fejlődésének korrigálására. Ennek veszélye, hogy a gyerek viselkedését innentől kezdve csak a normától való eltérés fényében értelmezzük, átalakulnak (általában gyengülnek) a környezet elvárásai, így egy korai diagnózis önbeteljesítő jóslat lehet. Emellett ha az egyén devianciáját lemaradásként vagy betegségként címkézzük, akkor nem fordítunk figyelmet a szocializációs környezet hatására, ami szintén nagy befolyást gyakorol az egyéni fejlődésre (Vajda, 2005c).

1.4.5. Deviancia és stigmatizáció

Ha egy egyén viselkedését vagy személyiségét deviánsnak minősítjük, azzal stigmatizáljuk őt, és ez a címke a későbbiekben irányítja a környezet reakcióit az egyénnel szemben. A problémás viselkedés megítélésében gyakori oktatáshiba, hogy amikor a másik személy viselkedésének magyarázatára „jó indokot” találunk (pl. viselkedészavaros gyerek), akkor nem is vesszük figyelembe más lehetséges háttértényezőket. Ezt nevezzük az okok leszámítolásának (Forgas, 1989). Emellett, mivel a személy minden viselkedését a stigma figyelembevételével minősíti a környezet, ennek következményeként a címke önbeteljesítő jóslattá válik: ha a gyerekkel úgy bánunk, mint egy agresszív egyénnel, „megelőlegezzük”, hogy ellenségesen fog viselkedni, akkor ezt az attitűdöt érzékelve valóban azzá válik (Clinard, 1963).

A devianciával jellemzett személytől azt várják el, hogy ezt a deviáns viselkedésmódot újra és újra megismételje, ezzel korlátozzák lehetőségeinek körét, így valóban reprodukálni fogja a kérdéses reakciót. Jól azonosítható ez a hatás pl. bűnözők esetében, akikkel szemben magas fokú bizalmatlanságot mutat a környezet (például nem adnak nekik munkát), így sokszor ez a hozzáállás váltja ki az ismételt bűnözést. Egy gyerek, akit magatartászavarosnak címkéz a szakértő, minden további megnyilvánulását a deviancia fogalomkörében fogják megmagyarázni (Buda, 1994).

A deviánsnak címkézés együtt jár a személy társas identitásának lefokozásával („degradation”): miután kitudódik, hogy normasértőnek számít, a korábbi viselkedését is annak fényében kezdjük értelmezni (ezek az ún. retrospektív interpretációk (Kitsue, 1964)). A deviáns személy így stigmát kap, ami elvonja az emberek figyelmét többi jellemvonásáról (Goffman, 1981), melynek következtében, önbeteljesítő jóslatként későbbi életútja deviáns pályán indulhat el.

Mivel a gyerekek viselkedését általában a felnőttek ítélik normálisnak vagy abnormálisnak, lényeges szempont, hogy mennyire lehet támaszkodni pl. a szülőkre adott eset mérlegelésénél. A szülő minősítése a saját gyerekéről mindig szubjektív, emellett a szülők eltérnek abban, hogy mennyire komplex ismeretekkel rendelkeznek a gyermekek fejlődéséről, illetve hogy ők maguk milyen tolerancia-szinttel jellemezhetőek. A szülő lesz az, aki a gyermek nagykorúságáig szakemberhez viszi őt, ő jellemzi a fiatal viselkedését, gyakran elhallgatva vagy kicsinyítve saját felelősségét (Vajda, 2005c).

1.4.6. Krízis

Átmeneti vagy tartós problémát okozhat a szocializáció folyamatában a különböző krízisek megjelenése. Krízisről akkor beszélünk, ha az egyén olyan külső, elkerülhetetlen körülményekkel szembesül, amelyek veszélyeztetik pszichés egyensúlyát, azok adott időben minden más tényezőnél fontosabbá válnak számára, illetve ha azokat az eddig jól bevált problémamegoldó módszereivel nem tudja kezelni (Caplan, 1964).

A krízis tehát felborítja az addigi egyensúlyi állapotot, melynek hatására az egyén elkezd keresni az újfajta egyensúly lehetőségét, a problémahelyzet optimális megoldását. Az új egyensúly lehet a korábbinál jobban funkcionáló, differenciáltabb, de lehet olyan is, ami az adott válság megoldására való koncentráció miatt beszűkültebb, így kevesebb mozgásteret nyújt (Hajduska, 2012).

A kríziseknek két típusát különítjük el:

- fejlődési/ normatív krízis (Erikson, 1950): olyan életfeladatok, amelyekkel az egyénnek mindenképpen szembesülnie kell fejlődése során, és amelyek megoldása fontos lépcsőfokot jelent személyiségfejlődésében. Ilyen például a szülőkről való leválás krízise, a serdülőkori identitáskrízis vagy az új szerepekhez kötődő krízisek (szülővé válás, nyugdíjba vonulás). Ezekkel a válságokkal minden embernek meg kell küzdenie, és fontos, hogy megfelelő időben találkozzon velük: például az identitás-keresés, a „ki vagyok én?” dilemmájának megoldása

serdülőkori feladat, és problémát okozhat, ha ez a krízis áttolódik a fiatal felnőttkorra vagy még későbbre.

- akcidentális krízis (Caplan, 1964): érzelmileg jelentős veszteségek esetén lép fel, amelyek nem normatívak abban az értelemben, hogy nem feltétlenül kellene, hogy megjelenjenek az egyén életében. Ilyen például a válás, munkanélküliség, baleset, természeti katasztrófa: olyasmi, ami nem minden emberrel esik meg, és szinte mindig valamilyen tárgyvesztéssel jár (az egyén számára fontos személy, tulajdon, érték elvesztése).

A krízis gyakorlatilag „kettévágja” az életutat, azaz –különösen az intenzív válságok esetén- létrejön egy „előtte” és egy „utána” időszak. Ez kétféle feldolgozási lehetőséget rejt magában: a krízis segítheti a személyiség pozitív irányban történő fejlődését (még ha ez veszteségekkel is jár), de a hosszú távú sérülés is a lehetséges kimenetek közé tartozik (Hajduska, 2012).

A normatív krízisekre a környezet (kisebb gyermek esetén) és maga az egyén is (felnőttkorában) fel tud készülni. Ezzel szemben az akcidentális krízis váratlansága miatt is nehezen megoldható helyzetet hozhat létre, kibillentheti egyensúlyából a szocializációs folyamatot.

Léteznek olyan krízisek, amelyek a szocializációs folyamat hibáiból, megakadásaiból erednek, és hosszú távon érzékeltetik hatásukat. Ilyenkor egy hasonló helyzet újra felszínre hozhatja a válság nem megfelelő megoldását, amire a környezet számára sokszor érthetetlenül erős érzelmi reakció utal (Bakó, 1996):

- intergenerációs krízis: a nemzedékeken keresztül fennmaradó, újra és újra visszatérő válság. Ha az idősebb generáció valamely tagja a saját élete során nem tudott megoldani egy vagy több élethelyzettel kapcsolatos problémát, akkor ez olyan módon hat ki a következő nemzedékre, hogy a helyzethez fűződő szorongások, negatív érzelmek társas értelemben átörökítődnek az utódokra.

- visszatérő krízis: ugyanannak a személynek az életében többször előforduló válság, ami tulajdonképpen ugyanazon alaprobléma többféle megjelenési módja. Például az egyén mindig hasonló válsághelyzetbe kerül a párkapcsolatában, vagy ugyanolyan konfliktushelyzeteken megy keresztül élete során (Hajduska, 2012).

Ajánlott irodalom

Buckingham, D. (2002). *A gyermekkor halála után: felnőni az elektronikus média világában.* Helikon Kiadó, Budapest.

Hajduska, M. (2012). *Krízislélektan.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Halász, G. (2001). *Az oktatási rendszer.* Műszaki Könyvkiadó, Budapest.

McQuail, D. (2003). *A tömegkommunikáció elmélete.* Osiris Kiadó, Budapest.

Nguyen, L. L. A. - Fülöp M. (szerk.) (2003). *Kultúra és pszichológia.* Osiris Kiadó, Budapest.

Somlai, P. (1997). *Szocializáció. A kulturális átörökítés és a társadalmi beilleszkedés folyamata.* Corvina, Budapest.

2. Az egyén közérzete

Mint korábban láttuk, a szocializáció folyamata kultúrába ágyazott, ezen belül intézményes egységek működésének függvénye, vagyis a családi rendszer, mint a szocializációs folyamat alapegysége az intézményes gondozói-nevelői és oktatási rendszerrel párhuzamosan látja el feladatát. Mind a kultúra, mind pedig az intézményes rendszerek meghatározzák azokat az értékeket, normákat, szabályokat, melyeket a társadalom egyezményesen elfogad, és amelyek a sikeres szocializációs folyamat mutatóiként értelmezhetők. Ezekhez való alkalmazkodási nehézségek az egyén – a gyermek – közérzetére hatással van, mely a viselkedés egyik meghatározó motívumaként azonosítható. Ezért fontos, hogy az adott kultúrában élő személyek ismerjék és elfogadják, sőt ezen túlmenően a szocializáció folyamatában interiorizálják az általános értékeket, hiszen a közérzet az egészségmagatartásban rendkívül jelentős szerepet kap.

2.1. Az egészség

Témánk szempontjából fontos meghatározni és elkülöníteni az egészség-betegség kategóriát, ami által az egészséges fejlődés elkülöníthetővé válik a „nem egészségestől”. Ezáltal válik lehetővé, hogy felismerjük a személyiség működésének zavarait a normál személyiségfejlődés folyamatától.

A WHO (2001) meghatározása alapján az egészség „a teljes testi, lelki, szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya”. Ez alapján az egészség dimenzionális jelleget kap, melyek alapján beszélhetünk:

- *biológiai egészségről*, mely a testi működés funkcionális zavartalanságával jellemezhető
- *lelki egészségről*, mely személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveink és a tudattartalmak összeegyeztethetőségében mutatkozik meg, amely biztosítja önmagunk nyugalmát és békéjét
- *mentális egészségről*, mely a tiszta és következetes gondolkodásra való képességben mutatkozik meg
- *emocionális egészségről*, mely önmagunk érzéseinek felismerésében, és azok megfelelő módon történő kifejezésének képességében jelentkezik, illetve
- *szociális egészségről*, a másokkal való kapcsolat kialakításának képességéről.

Az egészség így azon külső és belső tényezők összességéeként fogalmazható meg, amelyek hozzásegítik az egyént testi-lelki-szociális optimalizálásához az egyén korának, nemének, földrajzi helyének, és társadalmi helyzetének figyelembevételével. Annak felismerése, hogy az egészség több tényező együttes függvénye, a pszichológia tudományában is paradigmaváltást hozott. Engel (1977) a bio-pszico-szociális modell bevezetésével nyilvánvalóvá tette, hogy a fejlődési folyamat, az egészség és a mentális betegség multifaktoriális jellegűek, melyben az egyén mindig rendelkezik a fejlődési szakaszára jellemző fiziológiai, szociális, és belső lelki működésére vonatkozó mutatókkal. A betegség ezeknek a faktoroknak a hibás szerveződése következtében kialakult alkalmazkodási zavar. Így az egészség nem csupán a testre vonatkozó állapotból, hanem az egyén és környezete között kialakuló egyensúlyi állapotból fakad.

2.1.1. Egészségmagatartás

Az egészség fogalmának még teljesebb megértéséhez vezethet, ha nagy gondolkodók mondásait idézzük. Freud szerint az egészséges ember vitálisan tud szeretni és dolgozni. Gandhi azt mondta, hogy az egészséges ember jól érzi magát, szabadon mozog, jó étvágyú és munkáját normálisan ellátja. Szent-Györgyi Albert szerint a betegség szervezetünk és környezete közötti diszharmónia, a test és környezet között legfontosabb kapocs az élelem.

Ahogy az egészség nem csupán a testi funkciók megfelelő működése, úgy a betegség sem csupán a test funkcionális zavaraként jelentkezik. Vagyis a testi betegség megjelenése esetén érdemes a további egészségdimenziókat is figyelembe venni akár a medikális modellben is, hiszen például a súlyos vagy krónikus testi betegséggel megjelenő lehangoltság, kilátástalanság, reménytelenség érzése tovább súlyosbíthatja a beteg ember állapotát. Ezáltal az orvoslás folyamatába érdemes lenne integrálni a pszichológiai kutatások eredményeit, melyek a betegségekbeli való gyógyulás esélyeit növelhetik. Az egészségpszichológia a pszichológia azon tudományága, mely edukációs és gyakorlati módon járul hozzá az egészségtudatos magatartás fenntartásához, a betegségek megelőzéséhez, az egészség, a betegség és a működési zavarokból fakadó etiológiai és diagnosztikus velejáráinak azonosításához, (Matarazzo, 1982). Az egészségpszichológia irányzatai a következők:

- *klinikai egészségpszichológia*, melyhez a szomatikus betegségekhez kapcsolódó kutatások kapcsolhatók, illetve a segítő foglalkozásúak problémái, mint például a kiégés;

- *preventív egészségpszichológia*, mely a népegészség megőrzésének lehetőségeit a kommunikációs és intervenciós programok eredményeit kutatja és elemzi;
- *közösségi egészségpszichológia*, mely feladata a kisebb közösségek egészségmegőrzésének támogatása és elősegítése;
- *kritikai egészségpszichológia*, mely gazdasági, társadalmi folyamatok egészségre gyakorolt hatásának kutatását tűzte ki célul.

Az egészségtudatos magatartás körébe tehát beletartozik, hogy az ember tisztában van a védőoltások és szűrővizsgálatok idejével és rendjével, az egészséges életmód összetevőivel, a kockázati tényezőkkel, mint a testi betegségek tüneteivel, a láz, a fájdalmak, valamint a közérzetromlás tüneteivel, mindemellett képes a kialakuló állapotok javítása érdekében válaszlépéseket tenni, mint orvosi ellátás igénybevétele, ágynyugalom, diéta, stresszoldás. Tehát az alakilag ép gondolkodású felnőtt ember képes az egészségkultúra ismeretanyagát hétköznapi életének részévé tenni, tisztában van az egészség fontosságával és saját jogaival az egészséges élethez. A jogok mindig a kötelességek ismeretét is felveti, az ember felelősségét saját magával és környezetével szemben a mentálhigiéné jegyében. Eszerint az ember olyan döntésekre képes, melyekkel az egészségét veszélyeztető szereket, magatartást vagy viselkedést elkerülheti. Csecsemők, mentális zavarral élők, vagy módosult tudatállapotban a fenti megállapítás nem helytálló, ezért alakult ki olyan ellátórendszer, mely adott esetben a döntést helyettük átvállalja.

Az egészségmagatartás magyarázatára számos modellt alakítottak ki. Ezek közé sorolható

1. *egészség-hiedelem modell*, mely szerint az egészségmagatartást a személy egészséggel és betegséggel kapcsolatos hiedelmei határozzák meg;
2. *védelemmotivációs modell*, mely szerint a veszélyekkel és megküzdéssel kapcsolatos kognitív kiértékelése szabja meg az egészségmagatartást;
3. *társas-kognitív modellek*, melyek a modellt nyújtó normaszemélyek szerepét hangsúlyozzák az egészségmagatartás kialakulásában;
4. *folyamatmodellek*, melyek szerint az egészségmagatartás is, mint minden más viselkedésváltozás szakaszokban zajlik le (Urbán, 2001; idézi: Szondy, 2008).

Kritikaként lehet megfogalmazni, hogy a fenti modellek az egészségmagatartás kialakulásában a betegségek elkerülését és a negatív következményekkel szembeni védelmet

helyezik a középpontba. Ezzel szemben a pozitív pszichológia az egészségmagatartás középpontjába és az egészségmagatartás kialakulásához az énnel és a jövővel kapcsolatos pozitív elvárásokat helyezi. Eszerint a preventív programoknak a személyiség fejlődési lehetőségeivel és pozitív kimeneteleivel érdemes lennie számolniuk, mely programoknak az erősségek megfogalmazása, a pozitív személyiségváltozók erősítése és kialakítása lehetne a céljuk (Szondy, 2008).

Az egészségmagatartás kialakulását segítő személyiségtényezők és egyéb tényezők a következők (Szondy, 2008):

- a. Koherencia érzés, mely az önbizalom részeként hozzájárul egyrészt a felmerülő problémák értő áttekintéséhez, másrészt a problémákkal való megküzdés és a megküzdéshez szükséges erőforrások mobilizálásához. Ezek a képességek lehetővé teszik, hogy az adott probléma megoldására az egyén úgy tekintsen, hogy jelentőséggel bír egészsége szempontjából.
- b. Énhatékonyság, mely által a személy el tudja érni a saját maga elé kitűzött, reális célokat. Az énhatékonyság megítélése függ a korábbi sikerektől és kudarctól, az ideálként kijelölt modellektől, és céloktól, a viselkedést kísérő fiziológiai visszajelzésektől.
- c. Taylor (2003) szerint a kontroll érzése, sőt a kontroll illúziója is egészségvédő hatású. A helyzetre vonatkozó kontroll érzésének csökkenésekor a stressz szint növekszik, ami kivédhető információkereső magatartással, esetleg ellenállással, mely azonban a düh és ellenségesség érzéseit vonják maguk után, melyek nem tekinthetők egészségvédő érzésekként.
- d. Pozitív gondolkodás, elsősorban az optimizmus.
- e. Jövőorientáció, mely során megjelenik a reális kockázátészlelés, a cselekedetek következményeinek felismerése, és amely során a pillanatnyi előnyök maximalizálása helyett az egyén a jövőre vonatkozó elképzelések elérését tűzi ki célul.
- f. Társas támogatás, mely az érzelmek szabad áramlásának biztonságos hátteret ad, esetleg anyagi segítség igénybevételéhez segíti hozzá az egyént, emellett megerősíti saját nézeteit és mellettük való elköteleződést.

2.1.2. Egészségnevelés

Az egészségmegőrzést befolyásoló demográfiai változók ismerete elengedhetetlen ahhoz, hogy az egészségmagatartás szempontjából rizikócsoportha tartozókat azonosítani lehessen és nekik megfelelő egészségnevelési módszerrel növelni lehessen az egészségtudatot. Az egészségmagatartás szempontjából rizikótényezőnek számít az *alacsony szocioökonómiai státusz*, mely az eddigi kutatások szerint egészségkárosító viselkedéssel jár együtt. Tudjuk például, hogy az alacsony szocioökonómiai státusszal rendelkező anyák esetében az újszülött születési súlya alacsonyabb, mivel ezek az anyák sok esetben nem képesek a várandósság szempontjából szükséges és elvárható táplálkozási szokásokat követni, és kevesebb információval rendelkeznek az egészségkockázatos viselkedés következményeiről.

További tényező *az életkor* az egészségmagatartás kialakulásában. Magzati korban, újszülöttkorban és csecsemőkorban az egészségmegőrzés elsősorban az anyai egészségtudattól és egészségviselkedéstől függ. Óvodás és kisiskoláskorban a családi szokások mellett szerepet kapnak az intézményes nevelési hatások, melynek célja, hogy a kisgyermek fokozatosan internalizálja az egészséges életmódra vonatkozó szokásokat, például gyümölcsnapok által, rendszeres étkezés kialakításával, megfelelő problémamegoldási módokkal, médiahasználati és értési ismeretekkel. Az iskola további szerepet játszik az egészségnevelésben.

A felnőtt ember tehát a szocializáció folyamatában a következő nemzedékek egészségmagatartását határozza meg a neveléssel. A népegészségügyi programokban kiemelkedő szerepet kapnak a fiatalabb nemzedékek egészségének megőrzésére irányuló erőfeszítések, melyek az egészségnevelés szakterületének kialakulását eredményezték acélból, hogy a fiatalok képesek legyenek életvitelükben és életmódjukban egészségük megőrzésére az egészséges életmód által. Az egészséges életmód alapelvei közé tartozik a táplálkozás, a fizikai aktivitás és pihenés közti egyensúly megteremtése, a problémamegoldó magatartás, a stresszoldó technikák alkalmazásának képessége, az optimista életszemléletre való törekvés, a támogató szociális kapcsolatháló megléte, a társas kapcsolatokkal való elégedettség – egészséges, érett párkapcsolat és szexualitás is –, és a környezethez való alkalmazkodás és együttműködés képessége. Az egészséges életmódhoz kialakításában szerepet játszik az egészséget szolgáló étrend kialakítása, fizikai aktivitás igénye, az egészséget szolgáló napirend kialakítása, személyes és környezeti higiéné, káros szokások elutasítása -

alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, a dohányzás, melyek károsító hatását a mértékletesség befolyásolja.

Az intézményes oktatással az egészségnevelésnek megfelelő alapot nyújt az iskola. Az egészségnevelés a testi, szellemi és lelki világ összhangjának hirdetése által valósul meg, mely az egészséges személyiségfejlődés alapja. Célja, hogy elősegítse a gyermekek saját egészségmagatartásuk iránti felelősségvállalását, bemutassa az egészséges életmód alapjait, segítse az önismeret fejlődését, elősegítse a szociális kapcsolatok erősítése által a gyermek önbecsülését, etikai és erkölcsi értékítéletek kialakítását, és a társadalmi felelősségvállalás szerepét az egyéni életet illetően. Az egészségnevelés elsősorban információ átadásán, az egészséggel kapcsolatos attitűd formálásán keresztül valósul meg, de nem egyoldalú folyamat, mivel a gyermek, fiatalkorú saját aktivitása is szerepet kap a folyamatban. Az egészségnevelő programok hatékonysága e két tényező kölcsönhatása által valósul meg.

2.1.3. **Rekreáció**

A rekreáció sok értelemben elnyűtt, mégsem teljesen megértett fogalom. A rekreáció nem csupán sport, és főként nem kaland sport, hanem „eszmei és gyakorlati választévkénység meghatározott társadalmi kihívásokra” (Kis, 1998). Ezáltal a rekreáció a civilizációs ártalmak csökkentésére kialakult tevékenység, melyek közül a legkönnyebben kivédhető a rendszeres testmozgás hiánya. A rekreáció nem egyszerűen csak sport, és nem a sportolás eredményeképp kialakuló kellemes közérzet, hanem egy eszköz az egészségmegőrzéshez, a minőségi élet eléréséhez és a kellemes közérzet megszerzéséhez, mely egyaránt eredményez felfrissülést és szórakozást. A rekreáció ezáltal a szabadidő eltöltés kultúrájává léphet elő, a munkavégző képesség helyreállítása és növelése érdekében, melyet az egészségnevelésen keresztül már gyermekkorban népszerűsíthetünk. Ennek értelmében azokat az egyéni és társadalmi érdekeket kielégítő pozitív magatartásformákat nevezzük rekreatívnak, melyek az ember szomatikus, pszichés és szociális közérzetének, és optimális teljesítőképességének újratemtését, valamint megújulását eredményezik. Ennek értelmében a szabadidő minőségi eltöltése következtében kialakul egy többlet, melyet az ember a személyisége vagy munkája fejlődésének, valamint érdeklődésének elmélyítésére szentelhet (Szabó, 2009).

2.2. Szubjektív jóllét

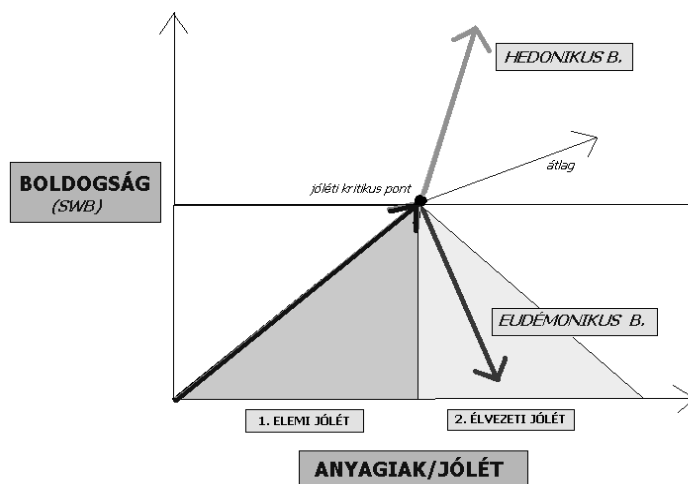
A szubjektív jóllét (SWB, Subjective Well-Being) fogalmával határozható meg tudományosan az egyéni és a társadalmi boldogság. Diener, Suh, Lucas és Smith (1999) szerint a szubjektív jóllét azt mutatja, hogy az emberek hogyan, milyen módon értékelik a saját életüket kognitív és affektív szinten, vagyis a személy akkor boldog (magas SWB szint), ha életét kielégítőnek látja, gyakran él át pozitív érzelmeket és ritkán negatív érzelmeket. A kognitív kiértékelés az élettel való elégedettség szintjét határozza meg, az affektív komponensek pedig módosítják a képet, így érthető, hogy az élettel való elégedettség önmagában nem egyenlő a szubjektív jólléttel. A szubjektív jólléttel foglalkozó tudományok számára ezek az összetevők jól elkülöníthetők és megfelelő módszerekkel vizsgálhatók.

Lane (2000) és Diener és Seligman (2004) kutatásai megdöbbentő eredménnyel jártak a kutatók és laikusok számára egyaránt. Mindkét kutatás az USA-ban zajlott, és egyéni szinten vizsgálták az egy főre jutó GDP értéket és a szubjektív jóllét kapcsolatát. Mindkét kutatás azt találta, hogy az egy főre jutó GDP bizonyos értéken felül (évi 10 ezer dolláros GDP/fő felett), szinte elveszíti az együttjárást a szubjektív jólléttel (korrelációs együttható 0,08), vagyis a gazdasági növekedésnek egyéni és társadalmi szinten az egyéni szubjektív jóllétre plafon-hatással bír, ez az ún. jóléti-kritikus pont. Ez úgy mutatkozik meg, hogy a létfenntartáshoz szükséges anyagi javak eléréséig még erős az összefüggés az anyagi helyzet és a boldogság - az élettel való elégedettség között -, de a kritikus pont felett, amikor már inkább bőségről beszélhetünk, ez a kapcsolat jelentősen gyengülni kezd, vagyis az embert, a létszükséglet anyagi javainak megszerzésén túl, nem teszi boldogabbá a további anyagi javak megszerzése. Annak ellenére tehát, hogy a reálbérek és a GDP átlaga a gazdasági válság előtt növekvő tendenciát mutatott - amivel a megvehető áruk mennyisége és a szolgáltatások hozzáférhetősége emelkedett -, az emberek boldogságérzete és élettel való elégedettsége nem növekedett ezzel arányosan. Bár elmondható, hogy a tehetősebbek általában boldogabbnak érzik magukat a szegényebbeknél. Ez a jelenség nem csak nemzeti szinten, hanem individuális szinten is megfigyelhető volt, és Easterlin-paradoxon néven vált ismertté (Easterlin, 1974). Az Easterlin-paradoxont a kultúrák közötti összehasonlító vizsgálatok is igazolják annak ellenére, hogy ezek a vizsgálatok általában módszertani nehézségeket rejtenek magukban a kulturális különbségekből adódó eltérő értékrendszer miatt (Easterlin, 1995).

A boldogság fogalma további két komponensre osztható: az egyik kategória képezi a tevékenységbe való bevonódás örömeiként kialakuló boldogságot, ez az ún. eudémonikus boldogság (EWB). Az EWB-ben megtapasztalható az önmegvalósítás öröme, a teljesség élménye, amely hatására kialakul az a vélemény, hogy „erre lettünk teremtve”. Ez a belső értékek megszerzésére irányuló motiváció, mely nagyon érzékeny a szociális kapcsolatok - család és baráti kör – általi kiteljesedésére, továbbá az egyén személyes képességbeli érvényesülési lehetőségére, és az egyéni spiritualitás elkötelezettségére. Ezáltal az ember úgy érzi, életének van értelme, tevékenysége túlmutat az egyéni értékeken.

A másik boldogságkategóriát a szükségleteink kielégítésére irányuló külső, extrinzik célok elérése során keletkező boldogságérzet jellemzi, ez az ún. hedonikus boldogság (HWB). Ebből látható, hogy a hedonikus boldogságot inkább a kielégítettség érzete indukálja - az a vélemény, hogy minden megvan, ami a kényelmes élethez kell -, így ez nem más, mint pozitív érzésekből kialakuló állapot.

A szubjektív jóllét szempontjából az EWB bír nagyobb jelentőséggel, hiszen az életminőség értékelésében ez az egyéni szükségletkielégítésen túlmutató kategória. A gondolatmenetet követve világossá válik, hogy a HWB önmagában nem juttatja az embert a boldogság állapotában, a szükséges javak és értékek elérésén túl nem képes több örömet adni. Az embert az EWB teljesíti ki igazán, és ezáltal válik boldoggá. Ezt nevezzük az ún. „megosztott boldogság” modellnek. A két elkülönített boldogságfogalom a jóléti kritikus pontnál válik ketté, a kettő aránya együtt szabályozzák a személy SWB-t. Tovább elemezve az anyagi jólét fogalmát is, elkülöníthetünk két további komponenset: az (1) elemi jólétet, amely az alapvető szükségleteink kielégítését célozzák, és az (2) élvezeti jólétet, amely szakaszban a személy elemi szükségleteinek kielégítésén túl képes gazdasági haszon elérésére vagy felhalmozására. A két jólét szintén a kritikus pontnál válik egymástól.



1. ábra: Megosztott boldogság modell az elemi és élvezeti jólét tükrében Fromann elképzelése alapján.

Forrás: http://konfliktuskutato.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=270:nemzetek-boldogsaga-es-annak-forrasa-az-easterlin-paradoxon-tuekreben&catid=30:nemzetek-europaja

Az Easterlin paradigma azt mutatja, hogy a SWB nem jár együtt élvezeti jóléttel. Ha azonban felbontjuk az SWB-t két komponensére, azt látjuk, hogy a HWB tovább emelkedik, míg az EWB erősen csökkeni kezd, a kettő átlaga pedig csökkenő SWB szintet jelez. Vagyis összességében azt mondhatjuk, hogy az ember szubjektív jóllétére meghatározó hatással bír az eudémikus boldogság, mely az emberi kapcsolatok ápolásával, az önkiteljesedéssel és a spirituális elköteleződéssel teljesedik ki. Természetesen nem szükséges, hogy minden embernél minden komponens megjelenjen, van olyan ember, aki számára az intim és mély emberi kapcsolatok ápolása és a társas támogatottság elég az eudémikus boldogság kialakulásához, azonban vannak olyan emberek, akiknek az önmegvalósítás, saját kreativitásuk biztosítja mindezt (Fromann,é.n.).

Természetesen az Easterlin paradoxon és feloldása nem fedi le teljes mértékben a szubjektív jóllét pszichológiai értelemben vett fogalmát, csupán kiindulópontként szolgál annak megértéséhez, hogy az anyagi javak birtoklása és az anyagi jóllét önmagukban nem biztosítják a szubjektív jóllétet. Ezek az összefüggések azért jelenhetnek meg, mivel kultúránkban a boldogság szimbóluma a pénz, így azt hisszük, hogy a boldogság feltétele az anyagi javak megszerzése. Ugyanakkor akár az Easterlin-paradoxon, akár a pszichológiai kutatások alapján kimondhatjuk, hogy a pénztelenség és a szegényes anyagi javak

boldogtalanabbá teszik az egyént, mivel a jobb anyagi helyzet több cselekvési lehetőségeket rejt magában. Az anyagi helyzet és a boldogság, ezen belül a SWB kapcsolatára Szondy (2010) kötete szolgál kielégítő magyar nyelvű szakirodalomként.

A pszichológiai faktorok rávilágítanak arra, hogy melyek azok a személyiségtényezők, továbbá kognitív, társas és szocializációs tényezők, melyek hozzájárulnak a SWB kialakulásához. Mindezt a pozitív pszichológia megközelítése által valósíthatjuk meg, amely a hangsúlyt a pozitív szubjektív élményeknek, a pozitív személyiségvonásoknak, és a pozitív intézmények szocializációs hatásaira helyezi, melyek a leginkább képesek arra, hogy a patológiák kialakulását megelőzzék (Seligman és Csíkszentmihányi, 2000, idézi: Szondy, 2008).

A SWB kialakulása leginkább az optimizmusban rejlik, ami alapjában meghatározza az egyéni aktivációs szintet és a kezdeményezőkézséget. Az optimista személy nem irreális elképzelések túlsúlyával jellemezhető, hanem olyan személyként, aki képes figyelembe venni a helyzeti tényezőket és ezeket reális módon értékelni. Ez biztosítja, hogy a személy cselekvését a helyzethez igazítsa, vagyis az optimista embert elvárásai nem távolítják el a valóság realitásától (Szondy, 2008). Egy másik jelentős tényező a SWB szempontjából a pozitív érzelmek relatív túlsúlya, melyek interperszonális kapcsolatokban és közléseinkben éppúgy megjelennek, mint önmagunk értékelésében (Szondy, 2010).

Hamvai és Pikó (2009) serdülők élettél való elégedettségét vizsgálták. Korábbi vizsgálati eredményei alapján a kutatók kapcsolatba hozták az önbecsülést, a társas hatékonyságot és a társas támogatást a szubjektív jólléttel. Ezen kívül összekapcsolták az iskolai teljesítményt, és a családi élet meghatározói közül az apai és anyai támogatást, a szülői kontroll és a szülői értékrend elfogadását, a szülői iskolázottságot és a társadalmi helyzetet az élettél való elégedettség mértékével. Vizsgálatukba 881 serdülőt vontak be 14 és 20 év közötti középiskolás tanulókból. Eredményeik alapján az élettél való elégedettség fontos tényezőjeként mutatkozott meg serdülőknél az iskolai teljesítmény és az iskola közegét meghatározó légkör, mely eredmények összhangban vannak a nemzetközi eredményekkel. A közös érdeklődésű baráti kör csupán a lányok esetében járt együtt az élettél való elégedettséggel, amiből arra következtettek a szerzők, hogy a lányok krízishelyzetek estén inkább keresik a társas támaszt, mint a fiúk, ezért a kiterjedt érdeklődésű baráti kör a lányok számára fontos tényezője a boldogság kognitív tényezőjének. A szülői támogatás minden

formája és a családi élet egyéb változói - mint például a társadalmi megítélés - pozitív kapcsolatban álltak az étellel való elégedettséggel, miközben az étellel való elégedettség a szülői kontroll mértékével negatív kapcsolatot mutat. Ezt az összefüggést úgy magyarázzák a szerzők, hogy a serdülőkor közepétől a szülőkkel való kapcsolatban az egyenrangúság veszi át a korábbi hierarchikus viszony helyét, és a növekvő autonómia hozzájárul az étellel való elégedettséghez.

2.3. Konfliktus és konfliktusmegoldás

Ahhoz, hogy megfelelő keretben tudjunk gondolkodni a konfliktuskezelésről, el kell különíteni fogalmi szempontból a probléma fogalmától. Pszichológiai megközelítés alapján problémának nevezünk minden olyan tényezőt – kérdést, feladatot -, mely megoldására az adott egyén nem képes. Ebből következik, hogy a problémamegoldás szubjektív, hiszen ami az egyik ember számára akár külső erőforrások igénybevételével, de megoldható, a másik ember számára lehet megoldhatatlan. A probléma gondolkodási folyamatokat indít el, melyek során döntések születnek. A problémamegoldást segíti az helyzetre vonatkozó információ mennyiségének és minőségének megszerzése, amely a valóság megfelelő visszatükrözéseként segíti a probléma megértését (Lénárd, 1978).

A problémamegoldó gondolkodás fázisai fenti meghatározás alapján (Molnár, 2012)

1. A probléma felismerése
2. A probléma jellemzőinek, lényegének meghatározása
3. A lehetséges megoldásokra vonatkozó javaslatok kidolgozása
4. A talált alternatívák közül, az optimális kiválasztása
5. A megoldás kivitelezése
6. Az eredmények értékelése.

Amennyiben a folyamat nem éri el a kezdetekben meghatározott célt, visszatérünk az első lépéshez.

Azok a tevékenységek és szakmák, melyek emberi segítségnyújtással kapcsolatosak, elkerülhetetlenül kommunikációs folyamatokba ágyazottak, melyben a segítő foglalkozású akkor kap szerepet, amikor kliense olyan problémahelyzettel találja magát szembe, melynek megoldására egyedül nem képes (Perلمان, 1957). Ennek számos oka lehet, például a kliens nem rendelkezik a helyzet megoldására vonatkozó információkkal, vagy ezek nem megfelelő

minőségűek, vagyis nem segítik a problémamegoldást. Előfordulhat azonban, hogy problémakezelési stratégiai hiányosak, gondolkodása impulzív és rögtönző. Elképzelhető az is, hogy a kliens ugyan látja a megoldást, azonban nem rendelkezik az ehhez szükséges erőforrásokkal, akár készségekkel, vagyis a kliens érzelmi vagy fizikai gátak miatt nem tud elég energiát mobilizálni a problémamegoldáshoz. Továbbá a problémamegoldás akadályaként felmerülhet az is, hogy a klienst érzelmei, indulatai olyan mértékben elárasztják, ami a problémamegoldáshoz szükséges célirányos viselkedést megakadályozza, melynek hátterében gyakran a kliens tartós, belső pszichés konfliktusai állnak. Vannak esetek, amikor a probléma gyors elhárítására van szükség, ilyenkor hatékony a konkrét tanács, cselekvési terv kialakítása, ugyanakkor nagyon gyakori, hogy a segítő érzelmi kifejezéseire bátorítja kliensét, aki feszültsége csökkentése által hozzáfér saját erőforrásaihoz, így további problémaelhárító lépésekre válik képessé. Vagyis a professzionális segítő kapcsolat realitást fenntartó, fókuszált és célirányos (Perlman, 1957).

Ezzel szemben a konfliktus az egyénen belüli, egyének vagy társadalmi csoportok közötti olyan ütközés, amely mögött igények, szándékok, vágyak, törekvések, érdekek, szükségletek, vélemények vagy értékek szembenállása húzódik meg. Ennek értelmében a konfliktus megjelenhet intrapszichikus és interperszonális szinteken. A konfliktuskezelés alapja, hogy a személy tisztában legyen - tudatosan felfogja -, hogy életének valamely színterén konfliktus áll fenn. Ha tisztában vagyunk a konfliktus tényével, érdemes egy további lépésben azt is tudnunk, hogy a konfliktus rendezése számunkra milyen célt valósít meg. Ezt a társas orientáció határozza meg, az a mód, ahogyan egy ember a másikkal való érintkezés során mit akar elérni, milyen megkülönböztetett nyereségeloszlást preferál saját maga és a másik számára. Ilyen lehet

- individualizmus: legnagyobb saját nyereség maximalizálása
- altruizmus: a partner nyereségének maximalizálása
- együttműködés: együttes nyereség maximalizálása
- versengés: viszonylagos és időszakos nyereség
- agresszió: a másik veszteségének maximalizálása
- mazochizmus: saját veszteség maximalizálása
- mártíromság: a saját nyereség mások által megszabott maximalizálása
- szadomazochizmus: együttes veszteség maximalizálása.

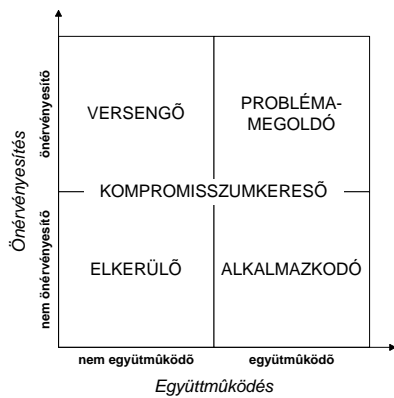
A társas orientáció az adott személy választásai és értékelései alapján ismerhető fel. Számos vizsgálat feltárt egyéni különbségeket a társas orientációban, mégsem szokás stabil személyiségvonásként értékelni, mivel szituáció és partnerfüggő (vagyoni helyzet, identitás), és hatással van rá a csoportnorma, kulturális értékek (Grzelak, 2003). A konfliktusmegoldás folyamatát így segíti, ha az egyén tisztában van társas orientációjával és konfliktusmegoldását nem az ellenségkép vezérli. Az ellenségkép kialakulásához a következő hiedelmek vezetnek (Spillman és Spillman, 1992):

- Bizalmatlanság: *„Minden, ami a másiktól ered rossz dolog, vagy becstelen célokat szolgál”.*
- A másik hibáztatása: *„Ő felelős a fennálló feszültségért és bármi egyéb rosszért”.*
- Negatív beállítódás: *„Bármit tesz a másik, azért teszi, hogy nekünk ártson”.*
- A gonosszal való azonosítás: *„A másik szöges ellentéte annak, amik mi vagyunk és amire mi törekszünk, le akarja rombolni legféltebb értékeinket, ezért pusztulnia kell”.*
- Zéró-összegű gondolkodás: *„Ami jó a másinak, feltétlenül rossz nekünk, és fordítva”.*
- Az egyéni különbségek eltörlése: *„Aki egy adott csoporthoz tartozik automatikusan ellenség”.*
- Az empátia elvesztése: *„Semmi közünk a másikhöz. Semmilyen adat nem téríthet el megszokott észlelésünktől. A másikkal kapcsolatos emberi érzéseink vagy erkölcsi megfontolásaink vészterhesek, ezért kerülendők”.*

Konfliktushelyzetnek tehát azokat a szituációkat tekintjük, melyekben két ember vagy két csoport törekvései összeegyeztethetetlennek tűnnek. Ilyen helyzetekben a fentiek értelmében egy személy viselkedése két alapvető dimenzió mentén írható le:

1. *önérvényesítés*, amely azt jelenti, hogy a személy minden mértékben törekszik saját szándékainak és céljainak érvényesítésére,
2. *együttműködés*, amely azt jelenti, hogy a személy milyen mértékben törekszik a másik szándékainak és céljainak érvényesítését elősegíteni.

Ezáltal a konfliktuskezelési stratégiákat kategóriákba sorolhatjuk, melyet a következő ábra szemléltet.



2. ábra: A konfliktuskezelési stratégiák az önérvényesítés és az együttműködés összefüggései alapján (Killman, 1979; idézi: Túry, 2010)

Fenti ábra értelmében a *versengés* önérvényesítő és nem együttműködő magatartás, melyben az egyén saját szándékait érvényesíti. Ez hatalomorientált viselkedés, melyben a személy bármely befolyásolási módot latba vet, ami megfelelőnek tűnik ahhoz, hogy a számára maximalizálja a várható nyereséget – meggyőző képességét, rangját, gazdasági szankciókat. A versengés ugyanakkor jelentheti a „saját igazáért való kiállást”, a helyesnek vélt álláspont védelmét vagy egyszerűen a győzelemre való törekvést.

Az *alkalmazkodás* együttműködő, de nem önérvényesítő viselkedés, a versengés ellentétéként határozható meg, melyben az egyén lemond saját szándékairól, azért hogy a másik céljai érvényesülhessenek. Az alkalmazkodás öltheti az önzetlen nagyvonalúság vagy jótékonyság formáját, lehet a másinak való kényszerű engedelmeskedés vagy lehet egyszerűen csak a másik szempontjainak elfogadása.

Az *elkerülés* nem önérvényesítő és nem együttműködő magatartásmód. Az egyén nem követi közvetlenül sem saját szándékait, sem a másik személy szándékait. Az elkerülés öltheti diplomatikus kitérés formáját is, egy kérdés kedvezőbb időpontra való halasztását vagy egyszerűen visszahúzódást egy fenyegető helyzettől.

A *problémamegoldás* egyszerre önérvényesítő és együttműködő viselkedés, az elkerülés ellentéte, mely magában rejti azt a törekvést, hogy a másikkal együtt találjunk valamilyen megoldást, mely teljesen megfelel mindkettőnk szándékainak. A probléma bemutatásánál rámutattunk a problémamegoldó gondolkodás sajátosságaira, ami alapján meghatározhatjuk, hogy a konfliktusmegoldás problémamegoldó stratégiája azt jelenti, hogy beleássuk magunkat egy problémába azzal a céllal, hogy a két fél alapvető érdekeit felleljük. A problémamegoldás lehet például egy nézetkülönbség mélyebb feltárása, lehet valamilyen feltétel megteremtésére

való szövetkezés, melynek hiánya az erőforrásokért való versengésre készítetne és lehet törekvés személyek közötti probléma kreatív megoldására.

A *kompromisszumkeresés* átmenet az önérvényesítés és az együttműködés között. A cél valamilyen kivitelezhető és kölcsönösen elfogadható megoldás kiaknázása, amely részlegesen mindkét felet kielégíti. A kompromisszum középúton helyezkedik el a versengés és az alkalmazkodás között. A kompromisszumkereső többről mond le, mint a versengő, de kevesebbről, mint az alkalmazkodó, közvetlenül ragadja meg a kérdést, mint az elkerülő, de nem tárja fel olyan mélységig, mint a problémamegoldó.

Az öt konfliktuskezelési mód mindegyike hasznos bizonyos konfliktushelyzetekben. Egy konfliktuskezelési mód hatékonysága függ az adott konfliktushelyzet követelményeitől és attól, hogy hogyan alkalmazzuk. Az emberek általában képesek lennének mind az öt konfliktuskezelési mód alkalmazására, ugyanakkor általában egy bizonyos konfliktuskezelési stratégiát preferálnak, mely leginkább összhangban vannak személyiségjegyeikkel. A konfliktusban tanúsított viselkedés tehát két összetevő eredménye: az egyik az egyén hajlamai – társas orientáció, személyiségvonások -, a másik a helyzeti értékelés. A helyzeti értékelés alapján vannak olyan stratégiák, melyek a konfliktus megoldását jobban elősegítik, mint mások. Most ez alapján fogjuk áttekinteni a stratégiákat.

A. Versengés: leginkább akkor alkalmazható stratégia, amikor

1. A gyors, határozott cselekvés életbevágóan fontos.
2. Lényeges kérdéseknél, amelyekben népszerűtlen megoldásokat kell bevezetni: pl. költségek megnyirbálása, népszerűtlen szabályok érvényesítése, fegyelmezés.
3. Azokkal az emberekkel szembeni önvédelemként, akik visszaélnek a nem versengő viselkedés nyújtotta előnyökkel.

B. Problémamegoldás:

1. Integráló megoldás keresése olyan esetekben, amikor mindkét felfogás túlságosan fontos ahhoz, hogy kompromisszumos megoldás szülessen.
2. Mikor a cél a tanulás, pl. saját feltevések ellenőrzése, a másik elgondolásának megértése.
3. Olyan emberek gondolatainak hasznosítása, akik eltérő nézőpontból közelítenek meg egy problémát.

4. Elkötelezettség biztosítása azáltal, hogy mások álláspontját beépítjük egy közmegegyezéssel döntésbe.
5. Egy kapcsolatot megrontó negatív érzések feldolgozásánál.

C. Kompromisszumkeresés:

1. Mikor a célok meglehetősen fontosak, de nem érik meg azt az erőfeszítést vagy az esetleges szakítást, ami egy nagyobb mértékben önérvényesítő stílussal együtt járna.
2. Mikor két egyenlő hatalmú szemben álló fél erősen el van kötelezve egymást kölcsönösen kizáró céloknak.
3. Komplex problémák időleges rendezésének elérése.
4. Kielégítő megoldás elérésére, időkényszer esetén.
5. Mint kiegészítő konfliktuskezelési mód, ha a problémamegoldás vagy a versengés nem jár sikerrel.

D. Elkerülés:

1. Ha egy probléma jelentéktelen vagy csak átmeneti illetve más fontosabb problémák szorítanak.
2. Ha nem látunk esélyt arra, hogy szándékaink érvényesüljenek – például kevés a hatalmunk vagy olyan akadályba ütközünk, amin nagyon nehéz lenne változtatni.
3. Ha a konfrontációval járó valószínű kár nagyobb, mint a konfliktus megoldásának előnyei.
4. Ha a kedélyeket le akarjuk hűteni – a feszültséget leszállítani egy még produktívabb szintre, távlatot akarunk nyerni és helyre akarjuk billenteni a nyugalalmunkat.
5. Ha további információk gyűjtése több előnnyel kecsegtet, mint az azonnali döntés.
6. Ha mások hatékonyabban tudják megoldani a konfliktust.
7. Ha úgy látjuk, hogy egy másik, alapvetőbb probléma melléktermékével vagy tünetével van dolgunk.

E. Alkalmazkodás:

1. Mikor belátjuk, hogy tévedtünk, elfogadjuk a másik álláspontját. Amikor tanulunk valakitől, amikor belátást akarunk tanúsítani.

2. Amikor a probléma sokkal fontosabb a másik számára, mint a mi számunkra, s eleget akarunk tenni a másik igényeinek. Lehet jóindulatú gesztus is az együttműködés fenntartása érdekében.
3. Ha a versengés folytatása csak ártana a helyzetünknek, amikor legyőzötték, vesztesek vagyunk.
4. Ha a harmónia megőrzése és a szakítás elkerülése különösen fontos.
5. Nevelési céllal, engedve, hogy mások kísérletezzenek, s okuljanak a saját hibáikból.

2.4. Reziliencia (Alkalmazkodás)

Az egészség, ezen belül a mentális egészség három rendszer – a kultúra, a természet és az egyén viselkedésének – egyensúlyaként írható le. Az emberi magatartás háttérében állhatnak *biológiai hatások*, szinkronikus, keresztmetszeti hatások, vagyis *életesemények*, és diakronikus hosszmetzeti, vagyis *szocializációs hatások*. Így a mentális megbetegedések háttérében elkülöníthető:

- *biológiai vulnerabilitás*, amely a gén-környezet interakció hatásaként alakul ki;
- *pszichoszociális vulnerabilitás*, mely a szocializáció során alakul ki;
- *antropológiai vulnerabilitást*, mely a társadalmi-kulturális értékazonosulás nehézségeiből adódik (Nagy, 2004).

A vulnerabilitás sérülékenységet jelent, mely a betegségek átlagosnál nagyobb valószínűséggel való megjelenését predesztinálja egy személy esetében. A sérülékenység kompenzációja a reziliencia (alkalmazkodás) képességében mutatkozik meg, így a reziliencia és a vulnerabilitás egy kontinuumot képeznek (Biscoe, 1999). A reziliencia fogalma annak megjelenése, hogy egy adott személy élettörténetében előforduló negatív, akár traumatikus életesemények ellenére is képes az életben boldogulni. Masten és kutatócsoportja szerint a reziliencia a fenyegető, kihívást jelentő helyzetekben a sikeres alkalmazkodás képessége vagy folyamata (Masten, 1977). Reed-Victor (2003) az egyén erőinek, gyengeségeinek és ezek összeilleszthetőségének (goodness-of-fit) szerepét hangsúlyozza a reziliencia képességének kialakulásában. Ezek alapján válik igazán érthetővé, hogy a reziliencia életkor és életesemény függő képesség, vagyis egy adott személy egy élethelyzetben való sikeres alkalmazkodásának nem feltétele a korábbi, nehéz élethelyzetekhez való sikeresen alkalmazkodás. Sokkal inkább tekinthető a reziliencia egy fejlődésbeli sajátosságnak, ami a személy biológiai adottságának

és élettapasztalatának függvénye, a személy és környezete közötti interakció eredménye, ami környezeti rizikótényező nélkül nem jelenik meg és nincs is rá szükség.

2.5. **Prevenció (Megelőzés)**

A preventív szemléletnek előfeltétele az egészségtudatos magatartás, olyan szemlélet tudatos alkalmazása, mely a testi, a pszichés és szociális téren egyaránt megjelenik. Ez a szemlélet az egészségtudományokban paradigmaváltást eredményezett, a patogenetikus modellt a salutogenetikus modell váltotta fel (Antonovsky, 1996), vagyis a betegségek megelőzéséről a hangsúly az egészség megőrzésének irányába és az egészségesség megőrzése irányába tolódott el. Ez tetten érhető abban a fogalmi különbségben, mely a prevenció és egészségfejlesztés között jelenik meg: klasszikus értelemben a prevenció az egészségi kockázat elkerülésére irányul, az egészségfejlesztés ugyanakkor a személyes és szociális egészségügyi források erősítését helyezi előtérbe. A prevenciónak célja az életkor, a nem és a szocioökonómiai státusz egységében az egészségesség fenntartása, és az egészségtudatos magatartás kialakítása. Ez a cél különböző szinteken valósulhat meg:

1. *Primordiális megelőzés* célja a kockázati tényezők terjedésének megakadályozása, a kockázatmentes személyek megóvása a rizikótényezőktől.
2. *Elsődleges megelőzés* körébe a betegségek első megjelenésének megelőzésére kialakított eljárások tartoznak, mint fertőzések elhárítása, egészségkárosító környezeti tényezők megszüntetése, életvitellel összefüggő kockázati tényezők csökkentése, a szervezet ellenálló képességének növelése, a fizikális és mentális egészség fenntartása. Ebben két eltérő stratégia játszik szerepet:
 - az orvosi irányultságú életmódbeli prevenció, mely a táplálkozás, a dohányzás, testedzési, az alkohol és drogfogyasztási magatartásra irányul, de ide sorolhatók a szexualitással kapcsolatos egészségnevelő képzések;
 - környezeti prevenció, mely életviteli, életkörülménybeli stratégiákat foglal magába, ide sorolhatók az iskolai, munkahelyi, otthoni higiénére és szokásokra vonatkozó ismeretek, és a szabadidős tevékenységek.

3. *Másodlagos prevenció* körébe sorolható a betegségek korai felismerése, a panaszok és tünetek kialakulása előtt, és a korai kezelési stratégiák a progresszív folyamatok kivédése érdekében. Vagyis ide soroljuk a szűrővizsgálatokat, munkaegészségügyi vizsgálatokat, a betegségek krónikussá válásának és a visszaesések megakadályozását, a betegség következtében kialakuló következményes betegségek elhárítását.

4. *Harmadlagos prevenció* a már felismerhető betegségek súlyosbodásának, szövődményeinek megakadályozására irányul, az élettani és pszichés károsodások kivédését, valamint a maradandó károsodások kiküszöbölésére vonatkozó eljárások, mint a munkaképesség megőrzése, betegszerep krónikussá válása.

Az egészségügyben sokan vitatják a fenti kategóriák érvényességét, hiszen a gyakorlat az adott eljárást nagyon sokszor a nem egyértelműen képes besorolni valamely kategóriába. Ezért a fenti felosztás helyett egy kézzel foghatóbb és gyakorlatiasabb megközelítést javasolnak a prevenció szintek elkülönítéséhez, melynek egy lehetséges modellje a beteg-egészséges emberek célcsoportjának elkülönítését a megelőzésben. Ez alapján el lehet különíteni a lakosság egészére vonatkozó intézkedéseket – *általános prevenció*, a fokozott megbetegedési kockázattal jellemezhető csoportok érdekében meghozott intézkedéseket – *szelektív prevenció*, és a nagy megbetegedési kockázattal bíró személyekre vonatkozó intézkedéseket – *indikált prevenció* (Slesina, 2008).

Ajánlott irodalom:

Oláh, A. (2012) *A pozitív pszichológia világa*. Budapest, Akadémiai Kiadó

Csíkszentmihályi Mihály (2009) *Kreativitás. A flow és a felfedezés avagy a találékonyság pszichológiája*. Budapest, Akadémiai Kiadó

3. Elakadások a szocializációs folyamatban

3.1. Stressz

Selye János (1976) szerint a stressz fogalmát éppúgy nem lehet egyértelműen meghatározni, mint a siker vagy kudarc szavakat, hiszen nem lehet csupán a stresszt jellemző fiziológiai változókkal – megfeszített figyelem -, érzelmi reakciókkal – fájdalom, félelem -, és cselekvési módokkal – fokozott erő kifejtés – megmagyarázni a stressz megjelenését. Stressznek nevezi a mentális vagy testi feszültséget, mely a szervezetre jellemző homeosztázist veszélyezteti, stresszorként hat minden olyan ágens, mely képes megzavarni ezt az egyensúlyt. A stresszorok közös tulajdonsága, hogy mozgósítják a fenyegető vagy kellemetlen élethelyzetben fellépő riasztó (alarm) reakciókkal kapcsolatos élettani rendszert. A stresszválasz az egyén stresszorra adott reakciója. Így a stressz a szervezet nem-specifikus, sztereotíp válasza bármely igénybevételre, vagyis olyan esemény, amely növeli az alkalmazkodási reakciók iránti szükségletet, ezáltal az egyensúlyi állapot helyreállítását. Más szóval a stressz felfogható „általános adaptációs szindrómaként”.

Kétfajta stressz különíthető el, a fizikai stressz, mely közvetlen szövetkárosító hatású, így azonnal észlelhető fizikai fájdalommal jár. Másodsorban elkülöníthetők a pszichológiai stresszorok, melyek a potenciális veszély észlelése révén avatkoznak be a homeosztatisz folyamatokba. Lazarus és Folkman (1984) megállapítja, hogy pszichológiai stresszorok csak tudatos élőlényeknél jelennek meg. Ebben az értelemben a stressz attól függően válik pozitívan vagy negatívan értékelhetővé, hogy mennyire veszi igénybe a szervezet alkalmazkodóképességét. Nem túlzás tehát kijelenteni, hogy egész életünk stresszben telik, hiszen folyamatosan hatnak ránk környezeti ingerek, abszolút stresszmentes - vagyis ingermentes - állapot csupán a halál (Selye, 1976).

A stresszállapotok legnagyobb mértékben a krízisekben mutatkoznak meg, és vannak olyan életesemények, melyek stresszorként hatnak, elsősorban az megélt élmény alapján:

1. *Nem szociális stresszt* egy szokatlan helyzet vagy esemény vált ki, ide sorolhatók a természeti események, vagy például az újdonságélmény;
2. *Szociális stressz*, melyet egy fajtárs vagy éppen a fajtárs hiány idéz elő.

Horowitz (1986) a stresszválasz modellben eredetileg pszichodinamikus alapokról kiindulva fogalmazta meg azt a feltevést, hogy az ember alapvető szükséglete, hogy a világról és önmagáról a világban egy reprezentációt alakítson ki. Az átélt negatív életesemények aláássák a világról kialakított korábbi elképzeléseinket, és a világban önmagunkról kialakított korábbi elképzeléseket, ami alapvetően változtatja meg a kognitív struktúrát (Perczel-Forintos, 2006).

1.1.1. Stressz és megküzdés

Pikó (2002) szerint a depresszió nem más, mint az „önmegvalósítás deficitje”. A mai modern társadalom egyik legfontosabb értéke a teljesítmény. A teljesítmény mércéje alapján kerül megítélésre az önmegvalósítás sikeressége, mely annak függvénye, hogy az egyén mennyire sikeres a társadalmi normák által kitűzött célok és értékek megszerzésére. A buktató ott van, hogy a fogyasztói társadalom ezek megszerzésének útjára vonatkozóan nem ad tanácsot, elévésükre számtalan út lehetősége kínálkozik. Ha azonban a személy ezen értékek megszerzésében elbukik, a rossz döntésekért való felelősség és a kudarc a személyt terhelik, a társadalom tagjai a vesztesek kategóriájába sorolja őket, amely a büntudat érzésén keresztül vezet a depresszió kialakulásának lehetőségéhez. A fogyasztói társadalmakra jellemző énközpontúság, interperszonális konfliktusok kialakulásához vezet, amelyek hatékony konfliktuskezelési stratégiákat igényelnek. Ezek közül a társadalom tagjai azokat preferálják, amelyek a kellemetlen eseményeket minél gyorsabban és minél kevesebb egyéni ráfordítással szüntetik meg, lehetőség szerint minél nagyobb örömet okozva, vagyis dohányzással, növekvő alkohol és drogfogyasztással, hangulat és szorongásoldók szedésével. Amennyiben a személy ezekkel nem kíván élni, kénytelen pszichológiai eszközök segítségével a stresszel küzdenie, mely három szinten valósulhat meg (Kopp és Skrabski, 2001):

1. Adaptív megküzdési stratégiák alkalmazása által;
2. Adaptív attitűdök és beállítódottság ált;
3. Társas támogatás és szociális háló igénybevételével.

1.1.1.1. Megküzdési stratégiák

Stone és Neale (1984) szerint megküzdésnek tekinthető minden olyan cselekvés vagy kognitív művelet, amelyet egy egyén tudatosan alkalmaz egy stresszel telített helyzet kezelésére vagy az anticipált fenyegetés hatására keletkező feszültség feldolgozására (idézi: Pikó, 2002). Ennek értelmében a megküzdési mechanizmus egy célirányos és szándékos erőfeszítés az egyén bio-pszicho-szociális egyensúlyának a helyreállítására, mely folyamatban központi szerepe van egy kognitív kiértékelő mozzanatnak.

A megküzdésre vonatkozóan a nagy pszichológiai iskolák, a meghatározó elméleti alapokon különböző magyarázatot alakítottak ki. A pszichoanalitikus teóriákat Sigmund és Anna Freud (1994) alakította ki. A személyiségtényezőkre vonatkozó modelleket különböző szerző kutatók egy-egy személyiségvonásra fókuszálva magyarázzák. A kognitív modellek Lazarus (1974, 1993) nevéhez köthetők.

Pszichoanalitikus teóriák szerint a személy a szorongást elhárító mechanizmusokon keresztül csökkenti. Ezek tudattalanul működnek, viszonylag merevek és akár a valóság torzításán keresztül védik meg a személyt a krónikus, számára elviselhetetlennek tűnő tartalmaktól. Ebben a folyamatban

korábban elszenvedett tartalmakhoz asszociálódhatnak, így az elhárító mechanizmus rejtett impulzusok kifejezését mutatják. A feszültségteli állapot elhárításában a központi szerepük az, hogy a személy a szorongását úgy csökkentse, hogy közvetlenül a problémával kelljen foglalkoznia. Az elhárító mechanizmusok alapja az elfojtás, mely során a kínos gondolatokat és érzéseket, a veszélyes és fájdalmas tapasztalatokat a tudattalanba számúzi a személy. A főként elfojtással élő személy ezért énközpontú, frusztrációtűrése alacsony, feledékeny és érdeklődése beszűkült. Az elhárító mechanizmusok főbb típusai

- 1) Indulattalanító típusúak a távolítás, a tagadás, az izoláció, a reakcióképzés, a racionalizáció, és az intellektualizáció, meg nem történtté tevés,
- 2) Regresszív típusba sorolható a regresszió, az alvás, éber álmodozás.
- 3) Agresszív típusba az agressziós formák, az identifikáció, a csúfolódás, a vicc, a projekció.
- 4) Elaboratív típusú elhárító mechanizmus az áttolás és a szublimáció.

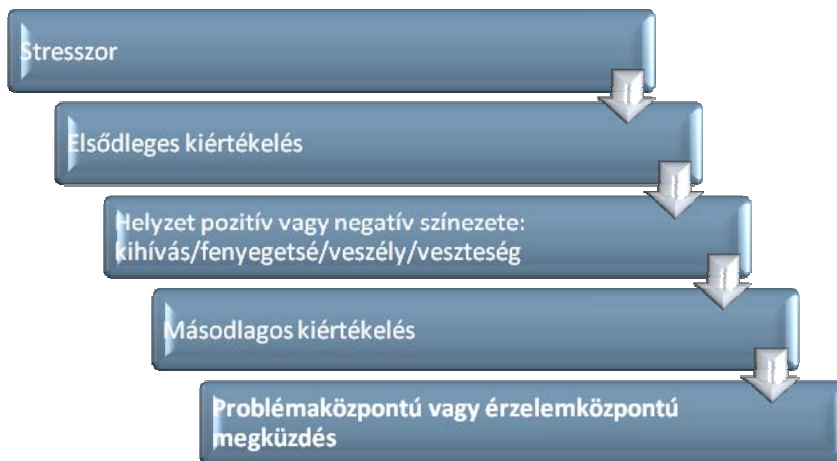
A személyiségvonásokra alapozó ún. trait-modellek szerint a megküzdés a különböztethető vonásokkal jellemezhető személy viselkedése, melyben a személyiségvonások alapján kialakult vonások következetesen és helyzettől függetlenül szabják meg a megküzdési módot. A különböző személyiségvonások, amelyek a megküzdési módot kialakítják a

- 1) Represszió-szenzitizáció személyiségvonás
- 2) Tompító-monitorozó személyiségvonás
- 3) Elkerülés-vigilancia szintje.

A szenzitív, monitorozó és vigiáns személy fokozottan érzékeny a veszély jelzéseire, nehezen teszi magát túl a megrázkódtatásokon, motivált az információkeresésre. Ez a személyiségvonás konstelláció a kihívások és fenyegetések esetén lehet hatékony.

A represszív, tompító és elkerülő személyiségvonással jellemezhető személy a veszélyjelzésekről nem vesz tudomást vagy eltereli figyelmét, perceptuális küszöbemelkedést mutat stresszhelyzetben, és az arousal szint emelkedésének elviselhetetlensége miatt a helyzeteket elkerüli. Ez a konstelláció kár és veszteség esetén lehet hatékony.

A kognitív modellek alapján megküzdés minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemésztenek aktuális személyes forrásait. Ez alapján a megküzdés a helyzetre vonatkozó kognitív kiértékelések függvénye.



3-1. ábra: A megküzdés modellje Lazarus szerint

Az elsődleges kiértékelés az én-re vonatkozó megállapításokra vonatkozik. Elsősorban arra vonatkozik, hogy érinti-e és milyen mértékben a személyes célokat az adott helyzet, és mennyire vonódik be az én a helyzetbe. A másodlagos kiértékelés a helyzet kontrollálhatóságára, a megküzdést segítő források számbavételére, és a jövőre vonatkozó elvárásokra vonatkozik.

Ezek alapján a megküzdési mintázat hasznosságát nem a személyiségvonás, hanem a stresszhelyzet és a következmények függvénye. Ettől függetlenül Lazarus szerint is jellemzik az egyént stabilabb megküzdési módok, de a helyzettől függően kialakíthat vagy megjelenhetnek új megküzdési módok is. Ezért megállapítható, hogy ha a helyzetet a személy változtathatónak ítéli, akkor problémaközpontú, ha változtathatatlanak, akkor érzelmközpontú megküzdést használnak. A sikeres megküzdés attól függ, hogy a személynek milyen széles körű eszköztár áll rendelkezésére, hogy a helyzettel megbirkózzon, ezek között mennyire képes rugalmasan váltani, és milyen mértékben képes saját személyiségének megfelelő megküzdési módot kiválasztani az adott helyzetben. Ezek alapján Lazarus és Launier (1978) elkülönített

- adaptív és maladaptív megküzdést
- aktív és passzív megküzdési módot
- környezetre vagy szelfre irányuló megküzdési stratégiát
- reaktív, múltra irányuló, eddigi károokra és veszteségekre irányuló megküzdési stratégiát; anticipált, vagyis az előttünk álló eseményre és a veszély kezelésére irányuló megküzdési stratégiát; preventív, a távoli jövő ismeretlen kockázattal szemben védelmet nyújtó megküzdési stratégiát; és proaktív, a távoli, bizonytalan kockázattal szemben való felkészülést biztosító megküzdési stratégiát, ami egy kitűzött cél elérésére irányul és nem a helyzet kikerülésére.

Továbbiakban a problémaközpontú és érzelemközpontú megküzdési módokra fogunk figyelmet fordítani és bemutatni.

Problémaközpontú megküzdés során a cél a helyzetre irányuló probléma meghatározása. Ennek következményeképpen a személy számba veszi a megoldásra kínálkozó alternatívákat, és kiválasztja a helyzetre vonatkozó megoldások közül a legjobbnak tűnőt. A problémaközpontú megküzdés problémamegoldó stratégiák alkalmazását jelenti tehát, amely irányulhat kifelé, a problémás helyzetre vagy befelé, mely során a személy önmagában változtat meg valamit, ahelyett, hogy a környezetét módosítaná.

Érzelemközpontú megküzdési stratégia esetén a személy célja a stresszhelyzet okozta érzelmi reakciók csökkentése, és a negatív töltettel rendelkező érzelem elhatalmasodásának a megakadályozása. Ennek érdekében a személy kétféle stratégiát alkalmazhat (Moos, 1988):

- viselkedéses stratégiák: ide tartozik a testmozgás, mint problémaelterelés, az alkohol vagy drogfogyasztás, dühkitörés, érzelmi támasz keresése barátoknál

- kognitív stratégiák: ide tartozik a probléma időleges félretétele, a fenyegetettség csökkentése a helyzet jelentésének megváltoztatása.

Lazarus és Folkman (1984) a probléma-, és érzelemközpontú megküzdésen belül további nyolc stratégiát különít el (Margitics és Pauwlik, 2006):

- konfrontáció: problémával való szembehelyezkedés, aktív megküzdés
- eltávolodás: helyzettől való érzelmi és mentális távolságtartás a megküzdés folytatásához szükséges energiagyűjtés érdekében
- érzelmek és viselkedés szabályozása: ez az adott helyzet megoldását legjobban segítő érzelmi kifejezőmód és viselkedés megtalálása
- társas támogatás keresése: a társas környezet részéről rendelkezésre álló erőforrások igénybe vétele, a támogatások keresése és kihasználása
- felelősség vállalása: az észlelt, tulajdonított kontroll vállalása
- problémamegoldás-tervezés: kifejezetten kognitív, racionális stratégia, mely azoknak a lehetőségeknek a kiértékelését jelenti, amelyek a helyzet megoldását elősegíthetik
- elkerülés-menekülés: a szituációból való kilépés stratégiája
- pozitív jelentés keresése: a negatív jelentésű esemény kihívásként, bizonyos szempontból pozitívként való értékelése.

Ezek a stratégiák az egészséges, érett személyiség jellemzői, nem megfelelő és adaptív konfliktusmegoldás esetén az érzelmek szabályozása zajlik, mely során elsősorban az énvédelem, a szorongás csökkentése a cél, ez énvédő vagy elhárító mechanizmusokon keresztül (Margitics és Pauwlik, 2006). A megküzdési stratégiák hatékony alkalmazásának akadályozói a tanult tehetetlenség, az ellenségességen keresztül kialakuló társas támogatás hiánya és a kontrollvesztés. Ezzel szemben protektív faktorok a testedzés, a relaxációs módszerek és súlyosabb esetekben a megfelelő pszichoterápia igénybevétele.

1.1.1.2. Megküzdési mód alakulása a szocializáció folyamatában

A megküzdési módok és a megküzdést elősegítő stratégiák a családi szocializáció során alakulnak ki. Kopp és Skrabski (2011) szerint a családi közeg biztosítja leginkább, hogy a fejlődő gyermek alapvető szükségleteit. Bagdy Emőke (1986) az egészséges gyermeki személyiségfejlődésben négy szülői tényezőt tart fontosnak, melyek (a) a gyermek iránti megnyilvánuló szeretet mértéke, (b) a biztonságot nyújtó és követelményeket meghatározó légkör, (c) a szülők összehangolt és egyetértő nevelése, (d) a szülő alkalmazkodása gyermeke személyiségvonásaihoz. A családi rendszerben kialakuló zavar megnehezíti a környezethez való alkalmazkodást, amely a személyiségfejlődés zavarának lehetőségét elővételez, akár mentális zavarok kialakulásáig is vezethet. A személyiségfejlődési zavarok maladaptív megküzdési stratégiák használatát vonzzák, melyek a mentális zavarok megjelenését tovább növelik, fenntartják a kialakult személyiségvonásokat.

Richter és mtsai (1994) pozitív kapcsolatot mutattak ki a depresszió és a szülők elutasító és büntető attitűdje között (Margitics és Pauwlik, 2006). V. Komlósi, Vass és Rózsa (1997) a depresszív élményfeldolgozási módot a konfliktusokhoz való alkalmazkodás egyoldalú, de korrigálható alternatívájának tekintik. Parker (1983) arról számol be, hogy az alacsony gondoskodás és magas védelemmel jellemezhető szülői bánásmód áll kapcsolatban a szorongó gyermeki személyiség kialakulásának kockázatával. Narita és mtsai (2000) japán mintán szintén úgy találták, hogy az alacsony szülői gondoskodás, magas túlvédéssel együtt a depresszió kialakulását elővételezi (Margitics és Pauwlik, 2006). Margitics Ferenc (2005) fiatal felnőttek megküzdési módját vizsgálta, és a kutatási eredmények szerint az érzelmközpontú stratégiák állnak kapcsolatban a depresszióval. Csorba, Papp, Simon és Simoni (1998) szerint a gyermek személyiségfejlődésére nem a szülők előnyös vagy előnytelen tulajdonságai hatnak leginkább, hanem a gyermekben kialakult kép szülői viselkedéséről, gondoskodásáról és személyiségéről. Öngyilkossági kísérletet végzett serdülő lányoknál vizsgálták a szülőről kialakított apai és anyai képet. Az apákat a lányok barátságtalannak, támadónak és őszintétlennek ítélték, akikre jellemző a hűvösség, a levertség, a labilitás és a bizonytalanság. Ezzel szemben az anya leginkább bizalmatlansággal, kíméletlenséggel, értetlenséggel, hűvösséggel, visszahúzódással volt jellemezhető a serdülők szerint. Pikó és Hamvai (2012) megállapítják, hogy a serdülőkorban bekövetkező biológiai és pszichológiai változások a megküzdési módok átrendeződését

is érintik, mivel az érzelmi szocializáció folyamata a társas kapcsolatok átrendeződése következtében felgyorsul. A serdülők több megküzdési stratégiát alkalmaznak, mind a hatékony és a maladaptív coping stratégiákat tekintve.

Margitics és Pauwlik (2006) középiskolások és főiskolások konfliktushelyzetben alkalmazott megküzdési stratégiáit vizsgálták a családi szocializációs tényezők függvényében, mint a családi légkör, szülői célok, szülői-nevelői attitűdök, szülői-nevelési stílus és a szülői bánásmód. A kutatásba 1104 fiataalt vontak be, 700 lányt és 404 fiút, az átlagéletkor 18,5 év volt. A megküzdési stratégiákat, a családi szocializációt retrospektív módon a korai serdülőkorra való visszaemlékezéssel, a szülői bánásmódot vizsgálták kérdőíves módszerekkel. Eredményeik szerint eltérő szocializációs hatások érik a fiúkat és a lányokat, melyek nemenként eltérő megküzdési mód preferenciamintázatban jelentkeznek. Míg a fiúk inkább a problémaközpontú megküzdés stratégiáit alkalmazzák konfliktusaik során, addig a lányok inkább az érzelempontú megküzdésből az alkalmazkodást, azonban mindkét nem esetében az érzelempontú megküzdés szorosabb kapcsolatot mutatott a családi szocializációs, szülői nevelői hatásokkal. A fiúknál az érzelempontú megküzdési stratégiákat mozgósítja a konfliktusokkal terhelt családi légkör, a lányoknál a szülői inkonzisztens és manipulatív nevelői attitűd. A fiúknál az anya túlvédése és manipulációja, valamint az apa inkonzisztens nevelői viselkedése, a lányoknál az anyai és apai nevelői hatások közötti különbsége, az apai túlvédés és a konfliktusorientált családi légkör lép föl még hajlamosító tényezőként. Az egyes érzelempontú megküzdési stratégiákat vizsgálva azt találtuk, hogy a fiúknál a három érzelempontú megküzdési stratégia - érzelmi indíttatású cselekvés, visszahúzóds, érzelmi egyensúly keresése -, volt szoros kapcsolatban a családi szocializációs hatásokkal, addig a lányoknál csak az érzelmi indíttatású cselekvésre való hajlandóság. A fiúk esetében az érzelmi indíttatású cselekvésre predesztinál az anyai manipulatív magatartás és a szülői inkonzisztens nevelői attitűd, visszahúzódsra a konfliktusorientált családi légkör anyai túlvédéssel és apai büntető nevelési stílussal, érzelmi egyensúly keresésére szintén a konfliktusorientált családi légkör anyai túlvédéssel apai inkonzisztens nevelői attitűddel.

A lányok esetében érzelmi indíttatású cselekvéssel a szülői inkonzisztens és manipulatív nevelői attitűd, az anyai és apai nevelői hatások közötti különbség, az apai túlvédés és a konfliktusorientált családi légkör mutatott szignifikáns hatást. Problémaközpontú megküzdési módok tekintetében mindkét nemnél csak az alkalmazkodás, emellett a fiúknál a problémaelemzés volt kapcsolatban a családi szocializációs és szülői nevelői hatásokkal. Az alkalmazkodás a fiúknál a konfliktusorientált családi légkör és az anyai manipulatív nevelői attitűd összefüggésében jelentkezik, a lányoknál a szülői inkonzisztens nevelői attitűd, az anyai konformitásra nevelés és az anyai és apai nevelői hatások közötti különbség gyakorolt hatást. Fiúknál a problémaelemzés az apai túlvédéssel és az anyai támogatással volt szoros kapcsolatban. A családi szocializációs hatások közül a lányok konfliktusosabbnak észlelik családjuk légkörét a fiúknál. A fiúk szüleiket alkalmazkodásra nevelőnek, az apjukat manipulatívabbnak ítélték, mint a lányok (Margitics és Pauwlik, 2006).

Pikó és Hamvai (2012) szerint a serdülőkorban elsajátított megküzdési stratégiák használatának meghatározó szerepe van a felnőttkori pszichés jóllét ítéletében. Kutatási eredményekre hivatkozva megállapítják, hogy a serdülők boldogabbaknak és elégedettebbnek ítélik életüket, ha olyan coping módszereket használnak, mint a problémamegoldást, a pozitív átértékelés; ugyanakkor a távolítás, visszahúzódás, és az önvád, több distresszel jár együtt. A hatékony stresszoldási stratégiák a reziliencia képességében nyilvánulnak meg. A reziliencia képessége Masten (2003) szerint azt mutatja, hogy egy egyén annak ellenére érzi életét boldognak, hogy korábban életét nehézségek és stresszteli életesemények jellemezték, vagyis a reziliencia a sikeres alkalmazkodás képessége és kimenete a kihívást jelentő vagy fenyegető körülmények ellenére. Az alkalmazkodás képességének fejlődésében kulcsszerepe van azoknak a szocializációs hatásoknak, melyek ennek fejlődését veszélyeztetik. Az emberi alkalmazkodási rendszer fejlődésére hatással van a kötődési kapcsolat minősége, a tanulási és problémamegoldási stratégiák fejlődése, a személy önszabályozó rendszereinek működése, az énhatékonyság, a családi rendszer működése, a szociális közösség működése, és a vallási-kulturális hagyományok. Ezek értelmében alacsony rizikójú vagy rizikómentes környezetben nincs szükség a reziliencia képességére, ez a rizikókitettség függvényében alakul, mely helyzetben az egyén kialakít egyfajta megküzdési módot, melyet ha sikeresnek ítélt, a jövőbeli helyzetekben is alkalmaz. Rizikófaktorok ebben az értelemben azok a tényezők, melyek a sikeres fejlődés lehetőségét veszélyeztetik. A reziliencia képessége olyan személyiségjegyekkel társul, mint a belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív énkép, a változások pozitív kezelése és az énhatékonyság. A stressz, a megküzdési mechanizmusok és a pszichológiai alkalmazkodás tehát szoros összefüggésben áll egymással, a magas észlelt stressz akkor veszélyes, amikor maladaptív megküzdési stratégiával társul: a stresszrel való megküzdés távolító stratégiái, mint az elfojtás, a szociális visszahúzódás, a beletörődő viselkedés externalizáló (agresszió) és internalizáló zavarok (depresszió) megjelenésére egyaránt hajlamosít. Az önvádlás érzelempőzpontú megküzdési stratégiákkal társulva a problémán való rágódással jár együtt, mely szorongásos megbetegedések háttérében mutatható ki, öngyilkossági gondolatokhoz vezethetnek (Pikó és Hamvai, 2012). Kutatásukba 7. és 8. osztályos tanulókat vizsgáltak a megküzdési mód, az észlelt stressz, a diszpozíciós optimizmus és az élettel való elégedettség tekintetében. A nemek aránya kiegyenlített volt a vizsgálatban (lányok a minta 53,8%-ban voltak). Eredményeik szerint a stresszterheltség növekszik az aggódással, a passzív megküzdési módok alkalmazásával, az önváddal és az elfojtással és a vágyálmokkal, míg az alacsony stressz mértéke a keményebb munkával és tanulással mutat összefüggést. Az élettel való elégedettség mértéke az aktív megküzdési módok alkalmazásával nő és a maladaptívakkal csökken. Az optimizmus egyrészt a társas támogatás mértékével függött össze, másrészt pozitív kapcsolatban állt az aktív megküzdési stratégiákkal és negatív kapcsolatban a passzív copinggal. Ők is el tudtak különíteni három csoportot a stressz szint alapján, alacsony, közepes és magas stresszrel jellemezhetőket. Alacsony stressz szinttel

jellemezhető gyermekek tették ki a mintaközel 39%-t, ők optimisták, az életükkel elégedettek, aktív copingot használnak, és kevésbé jellemző a társas támogatás keresése. A minta 35%-a a közepes stressz szinttel élő gyermekek voltak, akikre az étellel való közepes mértékű elégedettség, és az optimizmus, problémaközpontú megküzdéssel és a társas támogatás nagyfokú keresése jellemző. A vizsgálat harmadik csoportjába tartoztak azok a gyerekek (10%), akiknek magas volt a stressz szintjük, rájuk az alacsony optimizmus és az étellel való elégedetlenség jellemző. Emellett maladaptív és passzív megküzdési módokkal élnek, hajlamosak az aggodásra, önvádaskodásra, szociálisan elszigeteltek. A nemi különbségek tekintetében azt találták, hogy a lányok stresszesebbnek ítélik életüket, és hajlamosabbak az aggodásra, ugyanakkor ez nem jellemző megküzdési mód a lányoknál. A megküzdési stratégiák nemenként eltérő használata jelenleg a kutatások keresztműzében áll (Pikó és Hamvai, 2012).

3.2. Trauma

Klasszikus értelemben a trauma fogalma a pszichoanalízis fogalmi keretében jelenik meg. Az idők folyamán a két fogalom összekapcsolódása eredményezte, hogy a mai közember is összekapcsolja a traumatikus tapasztalatot és a pszichés zavar megjelenését. Legtöbb ember számára – mindmáig - a pszichés zavar megjelenése félelmet keltő, elutasított és elutasítandó. Vannak, akik fentiek következtében azt gondolják, hogy a trauma és a trauma következményei a szenvedő fél hiányosságaiból fakadnak és kétségbe vonják a személyes történetek igazságát, ezen túl még az élményekre vonatkozó emlényomok jogosságát (Mollon, é.n.). Ebben az elutasításban szerepe lehet a negatív érzelmi töltettel rendelkező láthatatlan, kimondhatatlan és kiszámíthatatlan történéseknek – legyen az akár a szülőkhöz kapcsolható, gyermekkori élmény. Judit Herman (1992) a következőképpen fogalmazza meg: „*A borzalmas események tagadásának vágya és a borzalmak hangos kimondásának vágya közötti konfliktus a pszichés trauma központi dialektikája*” (idézi: Havelka, 2011).

Ha mindezt kiegészítjük azzal az emberi vággyal, hogy a megtörtént eseményeket magyarázzuk, előfordulhatnak azok az emberi kijelentések, gondolatok és hiedelmek, mely a traumatikus tapasztalatot átélők saját felelősségét keresik az élményben, és az átélőket hibáztatja, legyen akár egy természeti katasztrófáról szó, ahol a nem megfelelő építkezések, rendelkezések vezethetnek katasztrófához, ezen keresztül személyes traumához. Mindennél jobban rámutat ez a tény arra, hogy emberi hitünk szerint a világ kiszámítható, az események kimenetele megjósolható és megfelelő stratégiákkal az események kimenetele kontrollálható. Ezek a hiedelmek megerősítik az igazságos világba vetett hitünket, és a biztonságérzetünket. Ritkán gondolunk arra – és nem is szeretünk -, hogy történhetnek előre nem látott események, melyek terveinket felborítják és életünk új iránytát jelölik ki.

A trauma (görög) eredeti jelentése szerint sérülést, sebesülést jelent, mely az emberi vagy állati szervezetet ért hirtelen erős testi vagy lelki hatás következménye, és kisebb-nagyobb mértékben megzavarja a szervezet megszokott működését: „A sebzés után heg, tehát következmény marad.” (Veczkó, 2007).

Az Idegen Szavak és Kifejezések Szótárában található szócikk részletesebben kifejti (Bakos, 1984), „1. hirtelen bekövetkező, testi-lelki károsodást okozó mechanikai, vegyi vagy lelki behatás 2. az ilyen behatásra hirtelen bekövetkező testi-lelki sérülés, súlyos lelki megrázkódtatás.”

A trauma jelentőségét Freudon kívül a szintén Charcot tanítvány Janet (1901) hangsúlyozta, aki a traumatikus élmények és az emlékezet viszonyát igyekezett tisztázni. Szerinte a traumatikus emlékeket a szervezet két módon tárolja: egyrészt egy narratív emlékezetben, másrészt a traumatikus emlékezetben (van der Kolk és Fisler, 1995). A narratív élményeknek társas funkciójuk van, jelentőségüket a másokkal való megoszthatós során nyerik el, emiatt rugalmas rendszert képeznek. Ezzel szemben a traumatikus emlékezet elszigetelt, csupán az emléknymot tartalmazza, melyek speciálisan a trauma következményeként megjelenő intenzív érzelmek. Ezek az érzelmek erős negatív töltetük miatt nem integrálódnak az emlékezetbe, tudatalatti „fixa ideákká” válnak (Békés, 2008). Vagyis Janetnél Freuddal szemben, az emléknym nem disszociálódik, hanem intenzitásuk miatt integrálatlanok (Van der Kolk és Fischer, 1995). Freud a hisztéria megértésnek törekvései nyomán jutott arra a következtetésre, hogy a hisztériások olyan súlyos érzelmi traumát éltek át, amely a tudat számára nem hozzáférhető - vagyis elfojtás alá kerül-, ugyanakkor az elfojtott tartalom érzelmi töltete állandó tudatos kifejeződésre törekszik. Freud szerint a hisztériás tünetet tehát az elfojtott affektusok áttörése okozza, így a kezelés a tünet és az esemény összekapcsolásán kell alapuljon, az elfojtott traumát tudatosítani kell – lereagálás -, mely segít kifejezni a disszociált érzelmeket – katarzisz (Fonagy és Target, 2005). Ez az érzelmi lereagálás adja az igazi gyógyulást a lélek számára – legyen az düh, sírás -, ez oldja fel az addigi „fixa ideákat”.

A trauma szétesztelését két dolog akadályozhatja meg. Egyrészt a társadalmi körülmények tehetik lehetetlenné az érzelmek kifejezését, melyben a trauma és a szégyen szerepe kap hangsúlyt. Másrészt Breuerrel egyetértve azt mondja Freud, hogy a trauma „hipnoid” állapotban következett be, mely jellemző vonása a szomorúsággal vagy szexuális gondolatokkal társult intenzív ábrándozás, mely állapotokat Freud szerint megelőz egy elhárító aktus (Jones, 1983). Később Freud megtagadta a hisztéria eredetének traumaelméletét, az úgynevezett „csábítási elméletet”, és a fantázia szerepét domborítja ki, miszerint a „csábítási események” a páciensek fantáziájában történtek meg, nem a valóságban (Erős, 2007).

Társadalmi események vezették tovább az elméletalkotókat, hiszen az első és második világháborút követően nagy számban jelentek meg az ún. háborús neurózisok. Korai vizsgálatok visszanyúltak az ún. „katonaszív” elmélethez, melyet Jacob Mendes da Costa (1871) írt le az amerikai polgárháborúban megélt tapasztalatai alapján, miszerint jellemző a túlzott fáradékonyság, koncentrációs zavarok, és a csökkent étvágy (idézi: Havelka, 2011). Freud is felfigyelt a jelenségre kezelése kapcsán, háborús neurózisként definiálta, majd Kardiner (1941) összegezte a háborús traumás neurózis ismérveit, miszerint a környezeti fenyegetésekre való fokozott érzékenység, nagyon magas fiziológiai arousalban mutatkozik meg, szint, amely során a hőmérsékletre, a fájdalomra és a taktilis ingerekre való fokozott érzékenység jellemző. Mindez azt eredményezi, hogy a környezethez való alkalmazkodás megváltozik, ami személyiségvonásokban is megmutatkozik, ingerlékenyek, agresszív indulatkitöréseik vannak, és a háborús stresszt átélő katonák sokszor álmodnak a traumatikus eseményekről.

3.2.1. Trauma és stressz

Egy adott esemény nem mindenkinél okoz ugyanolyan mértékű egyensúlyvesztést. A stressz mértékét az esemény kiváltotta szenvedés szubjektív valósága szabja meg, és ettől függően válhat az esemény traumává vagy maradhat „csupán” stresszor. Alábbi példa jól illusztrálja a szenvedés minőségét meghatározó szubjektív valóság kiváltotta reakciókat: kezeljük objektív valóságként, hogy egy személy, verés következtében orrcsonttörést szenvedett. Az orrcsonttörés fizikai stresszorként a szervezet egyensúlyi állapotát felborítja, fizikai fájdalommal járt. Majd a szubjektív valóság további mozzanatai finomítják - a fizikai stresszor hatását csökkenti vagy felerősíti - az objektív valóságot: nem mindegy ugyanis, hogy a törés egy küzdősport részeként jelent meg az életben – mondjuk egy győzelem áraként, vagy a szülőltől elszenvedett ütés(ek) következménye. Első esetben a stresszreakciót csökkenti a személy szubjektív jólléte, melyet a győzelem eredményez. Utóbbi esetben azonban a stresszreakciót növeli az, hogy a bántalmazás egy kötődési kapcsolatban jelent meg. Ezáltal érthetővé válik, hogy nem minden stresszor, trauma.

Traumaként hatnak az „átlagos emberi tapasztaláson kívül eső történések”, melyekre a következők jellemzőek: az átélt élmény (1) önhibánkon kívüli, (2) számunkra megmagyarázhatatlanul és (3) bejósolhatatlanul következik be, (4) jelentős szenvedést okoz az egyén számára, melyet (5) a személy, az élmény intenzitásának következményeképpen felborult egyensúlyi állapot miatt nem képes személyiségébe integrálni, (6) ezáltal a tehetetlenség élményét éli meg. Az intenzív tehetetlenségérzés a személyt léte átélésének folyamatosságából ragadja ki, s ezáltal megfosztja a jövő perspektívájától (Folkman és Lazarus, 1984). Vagyis a traumatikus élmény meghaladja az ember mindennapos alkalmazkodási képességét (Herman, 2011). Minél kevésbé kontrollálható – bejósolható és befolyásolható - a stresszhelyzet, annál könnyebben lép működésbe az

emóció-irányultságú coping. Vagyis, ha az elviselhetetlen realitást nem tudjuk megváltoztatni, akkor megpróbáljuk érzéseinket, olyan módon megváltoztatni, hogy az elviselhetőbbé váljon számunkra.

Ezek alapján érthető, hogy a stresszor a szervezeti egyensúly megzavarását előidéző esemény, a traumatikus esemény „az átlagos emberi tapasztaláson kívül eső történés, mely egyértelmű szenvedéshez vezet majdnem mindenkinél...” (APA, 2000).

Argenti-Pillen (2000) azonban megkérdőjelezi, hogy a nyugati kultúrában kialakult szenvedésfelfogás mennyiben használható vagy értelmezhető az olyan kultúrákban, ahol a szenvedést és a negatív életeseményeket az élet velejárójának és az életben kikerülhetetlennek tartják. Buddha egyik legfőbb tanítása – a négy nemes igazság -, bemutatja a szenvedés természetét, magyarázatot ad a szenvedés okára, ismerteti a szenvedés megszüntetésének lehetőségét és az ehhez vezető utat (Nyolc Nemes Ösvény), mely szerint az emberi élet szenvedéssel teljes. Az olyan kijelentések, minthogy a negatív életesemények pszichés zavart okozhatnak, kulturális értetlenséget válthat ki (Békés, 2008).

Ezek tükrében tekintsük át a traumatikus életesemények közé sorolt eseményeket (Havelka, 2011; Haylock, 2010):

1. *Egyszeri, társadalmi szintű traumatikus élmény:* mely események közé tartoznak a természeti katasztrófák, tömegszerencsétlenségek, terrorcselekmények. Jellemzőjük, hogy verbálisan könnyen megoszthatók.
2. *Egyszeri egyéni szintű traumatikus élmény:* mely események a személy ellen elkövetett erőszakos cselekedeteket, megerőszakolást, rablótámadást foglalja magába. Ezek az események már nehezebben fogalmazhatók meg, nehéz a megosztásuk másokkal.
3. *Ismétlődő, kumulatív traumatikus élmény:* Ezek közé az események közé a gyermekkori szexuális abúzusok, súlyos fizikai bántalmazások, vagy az elhanyagolás tartoznak, illetve a családi vagy társadalmi erőszak, mint a háború, fogság, munkatáborok. Többek közé ide sorolhatók továbbá a krónikus betegségek, mint a rák. Ezek az élményeknek a megosztása kifejezetten nehéz, sokszor lehetetlen, azonban a testi szinten való kommunikáció megvalósul.

A felsorolás a személyiségben okozott károk alapján tükrözi a traumatikus élmény súlyosságát.

A traumára feldolgozásának folyamata öt fázisban zajlik, melyek nagyon hasonlatosak a gyászra adott pszichológiai reakciókhoz:

1. *Felháborodás és fájdalom szakasza:* ebben a fázisban a személy a trauma által keltett új helyzetet igyekszik összeegyeztetni addigi világvégével, amely rettentően nehéz feladat, hiszen az intenzív hatás keltette gondolatok és érzelmek nem férnek a régi világvégébe.

2. *Elkerülés szakasza*: ebben a fázisban zajlik a tudatba kerülő információ mennyiségének szabályozása elhárító mechanizmusokon keresztül, melyek kontrollálják a trauma emléknymainak felbukkanását, ami akár a trauma tagadásához is vezethet.
3. *Oszcilláció szakasza*: melyben két sajátos tudati folyamat zajlik. Egyrészt a tudaton kívül rekedt információk feldolgozatlanok maradnak, melyek villanófény emlékeken (flash-back) keresztül a tudatba kerülnek, másrészt a trauma emléknymainak és az átélt érzelmek elkerülése továbbra is jellemző.
4. *Átmeneti szakaszban* az oszcilláció a két ellentétes folyamat között az új információk emlékezeti rendszerbe való asszimilációját segítik elő, mely megteremti egy új világgép kialakításának lehetőségét.
5. *Integrációs szakaszban* megtörténik az emléknymok konszolidációja a hosszú távú emlékezeti rendszerbe, a jövőképpel konzisztens módon. Ez mutatja a trauma feldolgozását. Amennyiben ez nem történik meg, kialakul a PTSD tüneti képe

3.2.1.1. Poszttraumás stressz zavar (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD)

Az eseményre adott reakció ideje alapján kialakulhat *akut stressz zavart*, mely olyan átmeneti állapot, mely súlyos fizikai vagy pszichés stressz után közvetlenül jelentkezik, s legfeljebb 2-3 napig tart. Tünetei intenzívek: bénultság érzés, a tudat és a figyelem beszűkülése, részleges vagy teljes emlékezet kiesés jellemzi.

A háborúk utáni jellegzetes tünetegyüttesével élő veteránok mozgalmának köszönhetően 1980-ban az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének harmadik kiadása (DSM-III) kialakította és felvette a diagnosztikus kategóriák közé a poszttraumás stressz zavart. Egészen eddig a háborúk veteránjai, a katasztrófák túlélői, a bántalmazást elszenvedett gyermekek vagy felnőttek tünete az átmeneti alkalmazkodási zavarokkal kapcsolatos kategóriák, illetve a stressz-zavarok között jelentek meg, melyet a személy előzetes vulnerabilitásával magyaráztak. A PTSD diagnosztikus kategóriájának kialakítását követően a kérdés azt lett, hogyan kell a terápiás beavatkozásokat kialakítani, mely terápiás módszerek célravezetőek a tünetek kezelésében, hogyan lehet konceptualizálni az addig pszichés értelemben egészséges emberek stresszre adott reakcióit. A 2000-ben kiadott DSM-IV-R (APA, 2000) a következőképpen határozza meg a trauma fogalmát: olyan esemény, melynek a személy elszenvedője vagy tanúja volt, amelyben valóságos haláleset, súlyos sérülés, a saját vagy mások testi épségének a veszélyeztetése jelenik meg, mely következtében a személy rettegés és félelem tölti el. Ezt követően a következő A PTSD tehát a

szélsőséges körülményekhez való alkalmazkodás természetes folyamatát kísérő tünetcsoport. Vegyük észre ennek fontosságát a korábbiakhoz képest. Egyrészt a meghatározás így az egyéni sérülékenység lehetőségét elveti, vagyis azt feltételezi, hogy ugyanez az inger más személyek esetében is elindítana egy fiziológiai és pszichés stresszreakciót, melyek specifikus tünetekben nyilvánulnának meg. Vagyis a meghatározás normalizálja, általános és természetes emberi reakcióként közelíti meg a trauma okozta tüneteket, ezáltal pedig a traumatizált személyeket.

A PTSD tüneti képe három kategória alapján azonosítható:

- a. *Újraélés*: az emlékek akarattól független megjelenése a tudatban, intruzív gondolatok, képzetek, élmények megjelenésével, „a traumatikus eseményre való kényszerű, ismétlődő, szenvedést okozó visszaemlékezés” álmok, cselekedetek vagy intenzív vegetatív érzések formájában
- b. *Beszűkülés*: a traumát felidéző ingerek, gondolatok, élmények, tevékenységek, helyek, emlékek személyek tartós kerülése a pszichés szenvedés elkerülése végett. Az érzelmek átélése való képesség csökken, a jövőkép eltűnik, a személy a lehetőségeit szűknek tartja, fontos tevékenységekben való részvételi szándéka csökken, úgy érzi elidegenedett másoktól és a világtól.
- c. *Hiperarousal*: alvászavarban, dühkitörésekben, irritabilitásban, koncentrációs nehézségben és a veszélyesnek ítélt ingerekre való fokozott éberségben jelenik meg.

Ha figyelembe vesszük a stresszforrások csoportosításának már említett kategóriáit és a fenti PTSD tüneti képet, akkor megértjük, hogy miért javasolják egyes szerzők (Van der Kolk és Courtois, 2005; van der Kolk, Roth és mtsai, 2005; Herman, 2011), hogy a PTSD mellett megjelenjen egy másik diagnosztikus kategória C-PTSD (Complex PTSD) címen. Szerintük a hosszú távon és rendszeresen elszennvedett trauma az egész személyiséget aláássa, melynek működése alapjaiban változik meg, így nem feltétlenül illeszthető fenti PTSD kategóriába, mely inkább az egyszeri traumatikus hatást követően kialakuló tüneti kép jellegzetességeit írja le. Szerintük a hosszú távon elszennvedett traumák, mint a háborúk, kínzások, az elhúzódó fizikai, szexuális és érzelmi erőszak, a biztonság érzésének elvesztéséhez, alacsony önértékeléshez, az énkoherencia elvesztéséhez vezet, mely az érzelmek szabályozásában, a deperszonalizációban, derealizációban és társas izolációban nyilvánul meg, melyeket a PTSD tüneti képe nem jelenít meg.

A trauma és a traumatikus események következtében bekövetkező lélektani változásokat több modell magyarázza, melyek megfelelnek a pszichológia nagy megközelítéseinek. A trauma

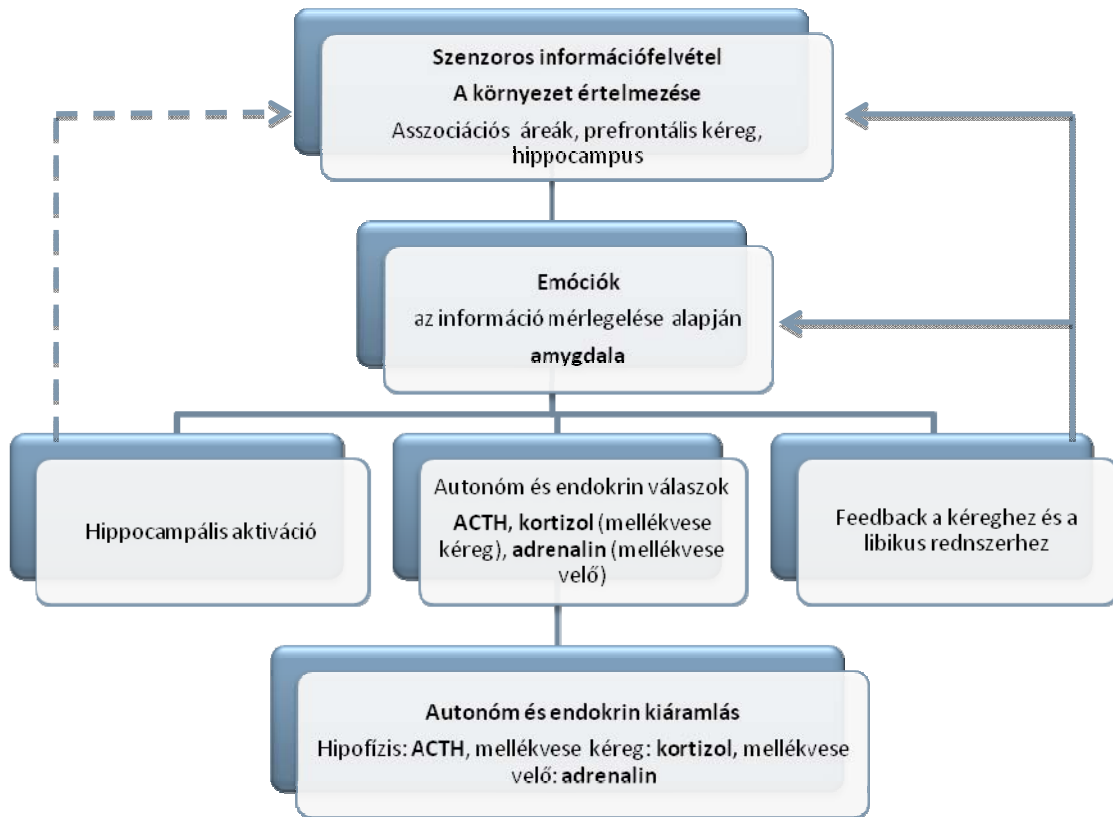
következtében fellépő idegéletteni változásokat a mutatjuk be először, majd a további modellek kerülnek tárgyalásra.

3.2.1.2. A trauma élettani hatásai

Az empirista filozófiai hagyomány, a pozitívizmus egyértelműen abba az irányba vezettek, hogy a metafizikai kérdések természettudományos eszközökkel kell vizsgálni, mely végül a pszichofiziológia születését eredményezte. G. T. Fechner 1850. október 5-én egy hosszan tartó krónikus betegség következtében arra a felismerésre jut, hogy a lélek mérhető, de nem mértani egység szerint, mivel megjelenéséhez nem szükséges szerves anyagi szerveződés. Érdekes megemlíteni ebben a fejezetben, hogy Herman Imre pszichoanalitikus elemzése során arra a következtetésre jut, hogy Fechner vaksága hisztérikus tünetképzés eredménye volt (Pléh, 1992). A XIX. század közepéig tehát nem igazán magyarázták a testi jelenségeket és betegségeket pszichés ok következményeként. Míg 1766-ban egy postakocsi szerencsétlenség következtében fellépő megmagyarázhatatlan tüneteket a gerincvelő sérülésének tulajdonítják. Az első világháborút követő katonák összeomlását végső soron nem tudták fizikai sérülésekkel magyarázni, Ferenczi Sándor magyar pszichoanalitikus ennek hatására fogalmazza meg a szeretetteljes és együttérző terápiás kezelés módszerét. Appel és Beebe (1946) szerint „200-240 bevetésben töltött nap elég ahhoz, hogy a legerősebb katonát is megtörje” (idézi: Havelka, 2011).

A stresszre adott általános adaptációs szindróma a központi és a perifériás idegrendszer összetett szabályozásán keresztül valósul meg, mely egyrészt viselkedéses, másrészt fizikai változásokban mutatkozik meg. A viselkedéses válaszok közé tartozik az emelkedett arousal szint és éberség, az emelkedett vigilancia és a fókuszált figyelem, megváltozott hangulati mutatók (eufória vagy diszfória), az étvágy és táplálkozás gátlása, a szexuális gátlása, és a stresszválasz gátlása tapasztalható. A fizikai adaptációt segíti az oxigén fokozott eljuttatása a központi idegrendszerbe, a kardiovaszkuláris tónus megváltozása – vérnyomás és szívritmus emelkedése, a légzésszám növekedése, a nem szénhidrátból származó glükóz szintézise (glükoneogenezis), a növekedési rendszer gátlása, a gyulladáscsökkentő és immunválaszok féken tartása, az emésztés stimulációjának gátlása, a méregtelenítő folyamatok aktiválódása. Stressz alatt a kortizolszint magasabb koncentrációja valósul meg, ami a CRF szintetizáló neuronrendszer kontrollja alatt áll, melyben a hipotalamusz, az anterior hipofízis, az agytörzsi aminerg és szerotonerg magvak és az amygdala működését integrálja. Az amygdala az új helyzetekben és események következtében fellépő averzív asszociációk kiépítésében tölt be szerepet, az észlelő és értékelő folyamatok emocionális színezetének értékelése során. Ez ahhoz vezet, hogy a reakció a tanulási előtörténet, a korábban átélt helyzetek és a jelenlegi helyzet értelmezésének függvényében alakul. A glükokortikoid szekréció negatív feedback szabályzásának a központja a hippocampus, amely felelős a hosszú távú, deklaratív emlékek szervezéséért. Mindez arra a

tényre utal, hogy az endokrin szabályzás, az emóciók és a kogníció egymással összefüggő rendszert képez (Lovallo és Thomas, 2004).



3-2. ábra: A pszichológiai stresszre adott fiziológiai válaszban részt vevő idegrendszeri struktúrák és folyamatok. Az amygdala aktivációnak három kulcsszerepe van: aktiválja a hippocampust, vegetatív neuroendokrin válaszokat vált ki, és agytörzsből induló feedback reakciót fokozza a kéreg irányába. Forrás: (Lovallo és Thomas, 2004)

A kortizolszint szekréció ugyan stresszválaszként egyetemes, ugyanakkor az erre való válaszkészségben nagy egyéni eltérések tapasztalhatók.

- *nemi különbségek*: a férfiak általánosan reaktívabbak a kihívást jelentő vagy fenyegető jelzésekre: fiatal felnőtt nők (20-29 év) esetén mutatkozik a legnagyobb különbség, míg a menopause ideje alatt emelkedett stresszhormon aktivitás mutatható ki;
- *szociális tényezők*: szociális kihívások, mint státuszvesztés lehetősége, negatív értékelés fontos személyektől, a helyzet fölötti kontroll alacsony foka emelkedett stresszhormon szintet eredményez (Kulcsár és Kökönyei, 2004).

A fenti tények függvényében tekintsük ki a stresszre adott reakciók egy később tárgyalandó fejezetére, a megküzdésre Kulcsás és Kökönyei összefoglalója alapján (2004). Maier és Watkins (1998) evolúciós elmélete szerint a támadási-menekülési stresszrendszer a fertőzések kivédésére szolgáló mechanizmusból alakult ki, melyet az immunrendszer képvisel. Ez a pszichológia nyelvén azt jelenti, hogy az örökletes vagy traumatikus hatás következtében fellépő hipokortizolizmus deficitje az immunvédekezést erősíti azáltal, hogy regrediál a szervezet az immunválasz szintjére, melyben a „szervezet önmagával beszélget” ahelyett, hogy a „külvilág felé fordulna”. Ez akkor a legszembetűnőbb, amikor a viselkedéses válasz nem lehetséges, vagyis a tehetetlenség dominál a külvilág ingereivel szemben. Fentiek egyértelművé teszik a nők csökkent HPA funkcióinak és fokozott immunreakcióinak megjelenését. Rohleder és mtsai (2001) kimutatták, hogy a férfiak bakteriális és vírusfertőzésre, míg a nők a gyulladásos és autoimmun megbetegedésekre hajlamosabbak, mivel a stressz a nőknél az immunfunkciót, míg férfiaknál a stresszhormon szekréciót fokozza (Kulcsár és Kökönyei, 2004, 703. old.). Ezek alapján Taylor és mtsai (2000) kialakították elméletüket, amely a *gondoskodó-oltalmazó stresszválasz modell*ben kerül kifejtésre, mely alapján a stressz nem csupán támadási-menekülési viselkedést, hanem oltalmazót is kiválthat. A női stresszválasz filogenetikusan a kötélékteremtő-védelmező (affiliatív-protéktív) viselkedéstől elválaszthatatlan. Vagyis a női stresszválasz az utód védelmére is kiterjed, ami a stresszhelyzetben intenzívebben megnyilvánuló anya-gyermek interakciók minőségét befolyásolja. A helyzetet aktiváló inger a sírás (distressz vokalizáció), melynek oka a szeparáció, amit az anya és gyermeke is stresszként él meg. Az oltalmazó stresszválasz azonban nem csupán anya-gyermek, hanem felnőtt-felnőtt kapcsolatban is megjelenhet, melynek biológiai alapján a gondoskodó viselkedést háttérben álló biológiai mechanizmusok nyújtják. Ezt tükrözik szerintük azon kutatási eredmények, miszerint a nők egy stresszes nap után gyermekeikkel szeretetteljesebbek, és a nők stresszhelyzetben gyakrabban keresnek és nyújtanak szociális támaszt. Ebben a viselkedéses válaszban elsősorban az oxitocinnak tulajdonítanak nagy szerepet Taylorék, amit antistressz hormonként definiálnak. Kulcsár és Kökönyei (2004) azonban „próba-feltevésükben” megpróbálják a Taylor modellt kiterjeszteni, még hozzá az oxitocin és opiát rendszer interakcióján alapuló összefüggésen keresztül, mely a terhesség alatt mutatkozik meg leginkább, amely során az opioid mechanizmusok az az oxitocin szintet kontrollálják, de szülés utáni hatása is van, még hozzá az anyai viselkedés facilitálásában és a szeparációs válasz intenzitásának csökkentésében, melyet a szomatoszenzoros testingerlés is indukál - szoptatás, testfelszín simogatása, relaxációs masszázs. Vagyis az intim testi kontaktust feltételező kapcsolatokban kimutatható az oxitocin stresszvédő hatása, és a szerzők feltételezik, hogy a társas támogatás egyéb formáit közvetítő szenzoros ingerek, mint a beszédhang tónusa, az együttérző arc látványa, vagy az ismerőség ugyanígy oxitocin felszabadulással járnak. Vagyis a társas kapcsolati traumák a gondozási-oltalmazási reakcióminta frusztrációja által – az oxitocin felszabadulás gátlásának következtében -, oki szerepet játszhatnak a szomatizációs betegségek kialakulásának

hátterében. Ennek alapját a szomatizációs betegségek hátterében álló korai vagy felnőttkori kapcsolati traumák ténye bizonyítja, vagyis a hipokortizolizmussal jellemezhető kórképek hátterében a gondozási-oltalmazási válasz deficitje feltételezhető (Kulcsár és Kökönyei, 2004).

A trauma a fejlődő agyi struktúrákra hasonló hatásokkal bír. A traumás idegfejlődés elméleti szerinti a korai életkorban elszenvedett traumatikus életesemények negatív hatással vannak a testi és a pszichológiai működésre, mely elsősorban az életkori átlaghoz képest növekedésbeli elmaradást, érzelmszabályozási nehézségeket, kognitív teljesítménybeli elmaradást, valamint szociális készségekben való lemaradást eredményez. Ezek a hatások főként a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely túlérzékenységének és a stresszhormonok (ACTH és adrenalin) kibocsátásának köszönhetőek. A HPA tengely fokozott érzékenysége nem tér vissza a traumát megelőző szintre, mivel az ismételt stresszorok hatására a neurobiológiai szabályozás eltolódik, a dopaminerg receptorok sűrűsége nő, míg a szerotonin receptorok száma csökken (Rihmer, 2009).

Végül, de nem utolsó sorban érdemes visszatérni a veteránokat nagymértékben jellemző, sajátos viselkedéshez: a PTSD erős komorbiditást mutat az élvezeti szerektől való függőséggel. Ennek magyarázata, hogy a traumát átélt személyeknél az élvezeti szerek használata az öngyógyítás része, másképp fogalmazva a cél a tüneti képet jellemző szorongásos állapot enyhítése (Barsy, 2011).

3.2.2. Possztraumás növekedés

A szenvedéssel való megküzdés, és a szenvedés értelmének keresését a humanisztikus megközelítés és az egzisztencialista irányzat hangsúlyozza. Frankl (2005) szavaival „a szenvedésnek az embert épp az apátiától, a lelki hullamerevségtől kell megőriznie. Amíg szenvedünk, addig vagyunk lelkileg élők. ... Csak a sors kalapácsütései nyomán, a szenvedés izzó hevében nyer formát és alakot az élet”. Vagyis ebben a megközelítésben a szenvedéssel járó állapotok nagyon is az emberi élet részét képező állapotok, melyek a személyiségfejlődést elősegíthetik, előmozdíthatják, amennyiben nem Istentől jövő büntetésként fogja fel a személy, hanem a saját élete szempontjából értékes tapasztalatként. Nem más ez, mint a megtörtént esemény kognitív rekonstrukciója, kreatív – a szó valódi értelmében teremtő – megoldás, melynek következménye a személyiség érése. Ugyanakkor már az egzisztencialista Frankl is kimondja, hogy nem lehetséges ez minden esetben, csupán akkor, ha a személy képes saját életét transzcendálni, spirituális dimenzióba emelni, életének ezáltal értelmet adni. Nagyon szépen jelenik meg a PTN spirituális dimenzióbeli jelensége Prohászka Ottokár *Kő az úton* című költeményében:

*„S ha lelked az Istennel találkozott,
Utadba minden kő áldást hozott.”*

Tedeschi és Calhoun (1996) is azt tapasztalták, hogy vannak olyan áldozatok, akik a traumát követően képesek a pozitív irányú változásra. Szerintük ez abban az esetben lehetséges, ha a túlélő képes a trauma kognitív és emocionális feldolgozására, mely megalapozta a poszttraumás növekedést (PTN). A PTN egyfajta újralkalmazkodás egy jelentősen megrázó életeseményt követően, mely attól függően jelenik meg, hogy az egyén hogyan kezd megváltozott élethelyzetének újjáépítésébe (Tedeschi és Calhoun, 2005). Kialakulását befolyásolja a társas támasz, az önfeltárás lehetőségei, a traumát érintő kognitív struktúrák átszervezésének egyéni képessége, illetve a spirituális dimenziók élménye (Kulcsár, 2007), melyben megjelenik az emelkedettség, a meghatottság, és az áhítat érzése. A PTN öt életterületen jelenhet meg:

1. az élet és lehetőségeinek fokozottabb megbecsülésében
2. másokhoz való viszony megváltozásában, mely pozitív irányba mozdul, mint nagyobb intimitás megélése
3. személyes erő megtapasztalásán keresztül
4. spirituális fejlődésben
5. új életfeladatok megvalósításában.

Ami tisztázandó, hogy a PTN nem megküzdési mechanizmus, hanem éppen ennek következményeképpen jelenik meg. Különbséget tesznek továbbá a nehéz élethelyzetek kezelését elősegítő képességek – optimizmus, rugalmasság, kitartás, koherenciaérzés - és a PTN között, mivel ez utóbbi nem a stressz által előidézett alkalmazkodási képességet növeli, hanem a személyiségfejlődés érését segíti elő, mégpedig a trauma előtti szinthez képest, ugyanakkor belátják, hogy a PTN és a megküzdés viszonya nem teljesen tisztázott (Tedeschi és Calhoun, 2005). Kulcsár (2005) szerint a PTN-t két személyiségvonás befolyásolja, egyrészt az extraverzió, másrészt a nyitottság. Tedeschi és Calhoun (2005) szerint a traumatikus élmény „földrengésszerű”, ami a világról és önmagunkról alkotott alapvető feltételezéseink absztrakt sémáinak rendszerszerű szerveződését rengeti meg, ezáltal a világpünket és önképünket feldúlja, ami pszichológiai distresszt okozva. A distressz által keltett megváltozott valóság új lehetőséget teremt a jövőkép kimunkálására. A személy a megváltozott valósághoz alkalmazkodva alakítja ki a világról és önmagáról az új sémákat, melyek az újabb traumák elkerülésének lehetőségét célozzák, amit növekedésnek él. Örkényi Ágota (2007) szerint a PTN már serdülőkorban is megfigyelhető, amennyiben a serdülő megéli a társas támogatottság élményét és a trauma kifejezhetővé válik a biztonságot nyújtó társas közegben.

3.3. Kiegészítés

Selye megfogalmazásában a „stressz az élet sava, borsó”, a személyiségfejlődés feltétele abban az esetben, ha a személy képes megküzdni a nehézségekkel. A stresszel való megküzdésben a szervezet alarm reakciója mutatkozik, melyet a tartósan fennálló stressz krónikussá tehet, amely

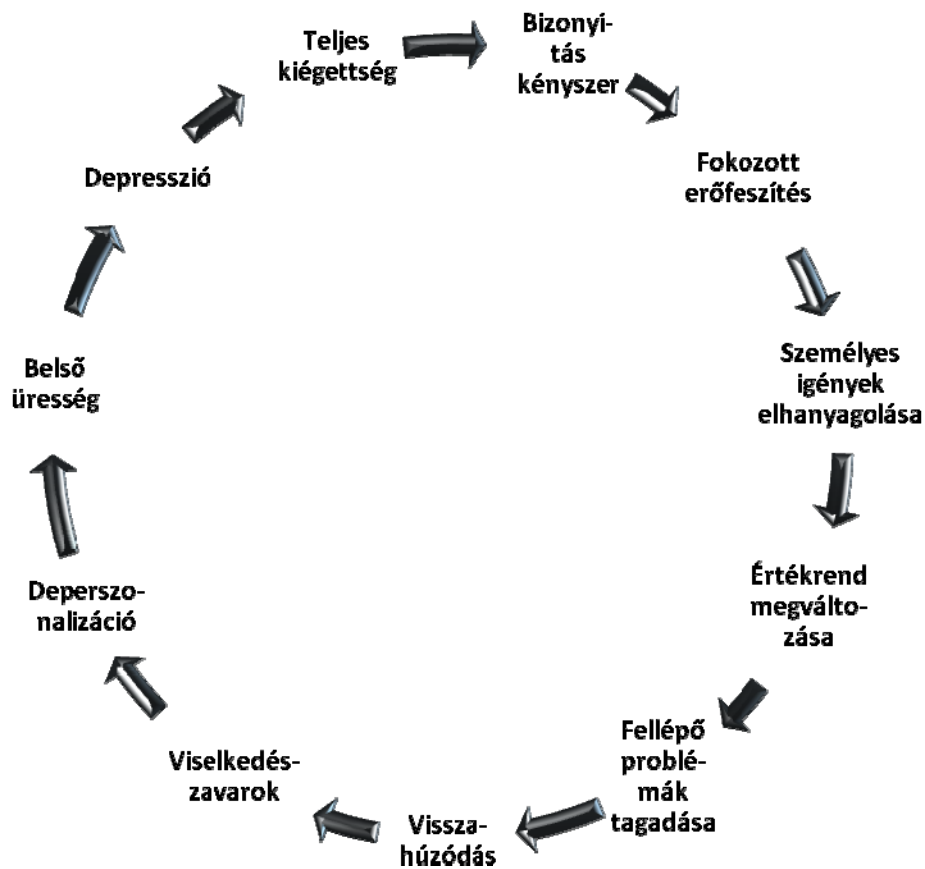
következtében a szervezet kimerül. A kimerülés állapotának példája a segítő foglalkozásúak körében megjelenő „kiégés” (burn-out) jelensége, melyek a stresszreakciókhoz hasonlóan nem csupán a pszichés jóllétet, hanem a test biológiai funkcióit is érintik. A tüneti kép első meghatározása Freudenberg (1974) nevéhez köthető, aki az az egyén fizikai és lelki erőforrásainak kiapadásaként határozta meg a burn-out szindrómát, amely a krónikus emocionális megterhelések, stressz nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.

A kiégést nem lehet azonosítani az ún. Helper-szindrómával, ahol a pályaválasztás motivációját a saját ingtag pszichés egyensúly adja, ami által a pályaválasztás motivációja az öngyógyítási folyamat részévé válik. Schmidbauer (1977) szerint a helper-szindrómás segítő a kora gyermekkorban átélt, indirekt szülői elutasítást éli meg, melynek feszültségét azonosulással dolgoz fel. Ez a kora gyermekkori narcisztikus sérülés nem válik tudatossá a segítő számára, hanem átfordul cselekvésbe. Így a helper-szindrómás azért segít másokon, hogy saját valódi érzéseit, szükségleteit ne kelljen észrevennie, a korai sérülés keltette belső űrt tölt ki, mely a spontán érzésektől való félelemből származik, és összefügg "az elutasított gyermek" tudattalan dühével. Ezáltal a helper-szindrómás kapcsolatait a saját segítség kérésének elutasítása, az egyenrangú kapcsolatok kerülése, a kívánságok dühkitörések általi megjelenése, állandó külső megerősítések igényében, gátolt direkt agresszióban és más segítőkkal szembeni erős indirekt agresszióban (például áskálódás), omnipotens foglalkozási szerepben, az érzelmek szigorú kontrolljában, függőségben, a gyengeségtől való félelemben jelenik meg, ahol a helper-szindrómás személy azt éli át, hogy fokozott a felelősségvállalása mások jólétéért. A helper-szindrómás a segítségnyújtás kapcsolati típusán túlmutató további kapcsolatokat elhárítja, nagyon nehezen választja el a szakmai és otthoni életüket, vagy éppen teljesen mereven, állandóan belekeverik a szakmát a családba, a családot a szakmába. Ezért vagy összefolyik a két dolog és határtalanná válik, vagy pedig nagyon erősen szeparálódik. Van segítő, akinek barátai mind volt, vagy jelenlegi kliensei. Vagyis a helper-szindrómás professzionális segítő számára a hivatás "droggá" válik. Az ilyen "nagy dózisú drog" visszaéléshez, ezen keresztül kiégéshez vezet. A két tünetcsoport közötti hasonlóságot tehát az adja, hogy mindkét esetben a viselkedést jellemzi az erőteljes munkába vetettsége, a tenni akarás motivációja, ami által a személy óriási erőfeszítést fektet a társadalom tagjaiba (Fekete, 1991).

Ma a kiégés alatt olyan pszichológiai tünetcsoportot értünk, amely tartós, személyek közötti stresszkeltő tényezőkre adott válaszok eredményeképp jön létre. Ebben szerepe lehet személyiségvonásoknak és környezeti tényezőknek egyaránt.

A kiégés tüneti képe Christina Maslach (1982) szerint három körbe csoportosítható. Egyrészt jellemző az érzelmi kimerülés, az érzelmi erőforrások kiapadása, ami a kiégés vezető tünete. Másodsorban a deperszonalizáció, ahol egy negatív és személytelen attitűd kialakítása jellemzi a személyt a társadalom tagjaival szemben, végül pedig a személyes hatékonyság csökkenése valósul meg a teljesítmény csökkenésén keresztül. A teljesítménycsökkenés arra vonatkozik, hogy az egyén teljesítménye jelentősen és nagymértékben eltér attól, amit önmagától elvár, nagyfokú negatív önértékelés mellett. A kiégés egy hosszú távú folyamatban megy végbe, amelyet tizenkét lépcsőben foglalhatunk össze. A szakaszok között nincs éles határvonal, inkább az átmenetiség jellemző.

Kezdőpontként a bizonyítás kényszerét határozzuk meg, mely nem egyszerűen bizonyítani akarás, motiváció, hanem amelyet a bizonyítás kényszerűsége jellemez, a mindenáron való idealisztikus megfelelés vágya. A bizonyításkényszer miatt a különböző feladatok egyre sürgetőbbé válnak, kialakul a kontrollvesztés miatti aggodalom. Kívülről a segítő szorgalmasnak, célratorónek látszik. A fokozott teljesítményigényt fáradtságérzés megjelenésével és az eredményesség csökkenésével jár együtt. A fáradtság a személyes igények elhanyagolásához vezet, a személyes dolgok elintézésének hiányához, az intim érzelmek megjelenésének kerüléséhez, a humor és az örömök elutasításához, mivel az egész időt a hivatalos elfoglaltság tölti ki. A testi kimerültség jeleire szélsőséges viselkedéssel reagálnak: a hétvégét átalusszák vagy végigsportolják. Ezen folyamatban lemondanak saját igényeikről, melyek mindig háttérbe kerültek, így lassan felborul értékrendjük is, aminek egyenes következménye, hogy az ítélő- és érzékelőképesség nem a valósághoz igazodik. Minden megszűnik, ami a teljesítménykényszeren kívül esik, elvész a világgal való kapcsolat. A baráti látogatásokat, beszélgetéseket időt rablónak tekintenek, a másokkal való eszme- és érzelemcsere elmarad, türelmetlenné válik a személy. Beszűkül a gondolatvilág, megszűnik a politikai, társadalmi események iránti érdeklődés. Ez a világtól való visszahúzódáshoz vezet, melyet az elmagányosodástól való félelem kísér. Egyre türelmetlenebbnek mutatkozik a személy, minden kívülről jövő vélemény kritikaként hat, a szeretetre érzéketlen, a szenvedélyek egyrészt megjelennek (alkohol, drog), másrészt eltűnnek az élettérből (szerelem, szexualitás). Ezt teljes deperszonalizáció követi, amelyben az önértékelő képesség elvész, a belső világgal való kapcsolat megszűnik. Ez egy belső ürességet idéz elő, mely tartósan elviselhetetlen. Ebben a szakaszban jelenik meg a legtöbb mentális zavar pánikrohamok, klausztofóbia, generalizált szorongás vagy depresszió képében. Ekkor a személy az életét értelmetlennek, reménytelennek, örömtelennek ítéli. A fáradtság és kétségbeesés érzése állandósul. Ez a végső szakasz irányába, a teljes kiégettséghez vezet.



3-3. ábra: A kiégés ciklikusságát bemutató folyamat

Fenti ábra is mutatja, hogy a kiégés folyamata ciklikusságot mutat, vagyis hiába zárult le a kör, egy későbbi életszakaszban újból elkezdődhet. A fázisok azonosítása azért fontos, mert a kiégés különböző szakaszaiban különböző intervenciós lépéseket kell tenni. A tüneti kép ismerete azért lényeges, mert a keresztmetszeti vizsgálat, mint fentebb láttuk jelezhet ugyan depressziót, azonban a problémával jelentkező személy teljes életkörülményeinek vizsgálata és a tünetek pontos vizsgálata a kiégést jelenítik meg. Ebben a helyzetben a hangulatjavítók időlegesen képesek a krízis rendezésére, azonban a problémás viselkedés megszüntetését nem okozzák.

Pikó (2002) szerint a kiégés három területen jelenik meg: testi, érzelmi és lelki kimerültség tüneteiben. A testi kimerültség legjellemzőbb a fáradtság és kimerültség érzése, gyakoribban a testi megbetegedések, a nátha, az influenza, a fejfájás, a hátfájás, emelkedik a vérnyomás. Megváltoznak az étkezési szokások, ami testsúlyingadozáshoz vezet és az alvási szokások, a fáradtság ellenére az elalvás nehéz és gyakori felébredésekkel tarkított. Az érzelmi kimerültség jelei közé sorolja a kétségbeesést, reményvesztettséget, ingerlékenységet és dühkitöréseket, a magányt. A lelki

kimerültséget a pesszimizmus, a negatív beállítódottság, ridegség, és a gyakorta megjelenő cinizmus jelzi.

A kiégés kezelése három szinten valósulhat meg:

1. Prevenációs szint:

a) Általános motivációs körbe sorolható a munkával, hivatással kapcsolatban a saját személy fontosságának és jelentőségének érzése, a munkahelyen az autonómia, a szakmai fejlődés lehetősége. Támogató rendszerek a munkahelyen: team megbeszélések, esetmegbeszélés, szakmai továbbképzések, szupervízió, kollegiális konzultáció megléte.

b) A személyes motivációs körbe sorolható a professzionális segítő foglalkozás tudatos választása, így a segítségnyújtáson keresztül az öngyógyítási vágy így az empátia forrásává válik.

2. *Intervenciós szinten* a megküzdési mód megváltoztatása, intellektuális, racionális megközelítése, melyek során a személyes érzelmi bevonódást csökkentése megvalósulhat. Ezzel párhuzamosan személyes támogató kapcsolatok erősítése szükséges.

3. *Krízisintervencióban* terápiás beavatkozás szükséges, hiszen ez már nem a szakmai szerepre vonatkozik, hanem az egész személyiséget érinti.

A burn-out szindróma ismerete és létezése azt indukálja, hogy a segítő szakmában tevékenykedőknek időnként meg kell állni és reflektív módon megfogalmazni a szakmai motivációt, a segítő kapcsolat és a személyes-intim kapcsolat jellemzőit, a személy számára fontos értékeket, és a viselkedést a továbbiakban a megfogalmazottakhoz kellene igazítani. Tudjuk, hogy az ember „társas lény”, így ezekre való önreflexiót nem másoktól elszigetelve, hanem akár szakmai, de semmiképp nem családi vagy személyes kapcsolati rendszer segítségével érdemes végigvinni (Aronson, 2008).

3.4. A halál, haldoklás és gyász

A halál, a haldoklás és a haldokló által átélt élményvilág, a hozzátartozók belső világa az utóbbi évtizedekben kapott a pszichológia tudományágában kitüntetett figyelmet. A tanatológia a halállal kapcsolatos attitűdök mérésére, a halálfogalom fejlődésére, és a gyászfolyamatra, és a gyászra vonatkozó szokások változásának vizsgálatára, a gyász által előidézett testi változások felismerésére szakosodott alkalmazott terület, mely interdiszciplináris ismereteket kíván a pszichológia, az antropológia, a szociológia és az

orvostudomány területeiről. A tanatológia célja a halál, a haldoklás és a gyász témakörének pszichológiai és biológiai megértése.

A halálról legtöbbünknek elsőként a test biológiai folyamatainak megszűnése jut eszünkbe, egy hosszas krónikus betegséget - a terminális állapotot követően. A terminális állapot egy betegség előrehaladott állapota, mely során az ismert gyógyszeres kezelések ellenére a beteg állapota feltartóztathatatlanul romlik és a várható élettartam az életfontosságú szervek funkcióinak romló működése következtében nem haladja meg a 12 hónapot. Ezekben az esetekben az 1990-es évektől kiadott WHO protokoll (WHO, 1990) alapján egyrészt a betegség következtében fellépő fájdalmak csökkentése válik céllá, vagyis a palliatív terápiás hozzáállás, másrészt a hozzátartozók pszichés gondozása. A palliatív gondozás a hospice-filozófiát integrálja az egészségügyi rendszerben alkalmazandó eljárásokkal, céljaikat szélesebb alapokra helyezi. Területei közé tartozik:

- a beteg kínzó tüneteinek és fájdalmainak kezelése
- az élet és a halál normatív folyamatként való kezelése, mely nem tesz semmit a halál megrövidítéséért, illetve az élet meghosszabbításáért
- integrálja az egészségügyi ellátásba a pszichológia és spiritualitás területeit
- team munkát helyez előtérbe, mely segíti és támogatja a beteget életminőségére vonatkozó jóllét kialakításában, a családot a betegség ideje alatt és a gyász folyamatában (Hegedűs, 2003).

A kuratív (gyógyító) terápiát kiegészítő palliatív terápia a tanatológia integratív szemléletének megfelelően széles körű ismereteket igényel. Vagyis a szakembernek ismernie kell a halál biológiai folyamatát, a fájdalomcsökkentési eljárásokat, tisztában kell lennie a halál és haldoklás szociális és kulturális hátterével, látókörét ki kell terjesztenie a spiritualitás dimenzióiba, illetőleg a morális és etikai dimenziókat is figyelembe kell vennie. Hegedűs és munkatársai 2001-ben és 2004-ben is felmérték az ápolónők és orvosok halállal kapcsolatos képzési sajátosságait Parkes eredményeit alapul véve (Parkes, 1985), aki szerint az egészségügyi személyzet számára a legjelentősebb pszichés megterhelést a haldokló betegek gondozása jelenti. Ezek közé sorolható a kezelés visszautasítása, a düh kezelése, a hangulatingadozások, illetve a családtagokkal való kommunikáció. Megállapították, hogy a téma sokrétűségének ellenére meglehetősen alacsony óraszámokban oktatják a képzés során a tanatológiai ismereteket. A haldoklóval és a családokkal való kommunikációs nehézségeket

tovább erősítik a szocializációs hatások, ugyanis a szenvedéssel, félelmekkel és halállal kapcsolatos félelmeket a családok nagy része tabutémaként kezeli (Hegedűs, Pilling, Kolosai, és Bognár, 2001). További nem elhanyagolható eredmény az egészségügyi szakszemélyzet halállal, haldoklással és gyásszal kapcsolatos kommunikációs nehézségeiből adódó érzelmi, intellektuális és fizikális megterhelése, melyre az egészségügyi oktatás szintén nem helyez kellően nagy hangsúlyt (Hegedűs, Mészáros, és Riskó, 2004). Mindez vonatkozik a pedagógusképzésre is, akik képzésében a halálra vonatkozó ismeretek elvétve jelennek meg.

Fenti kutatás további megállapítása, hogy minden ötödik orvos - a vizsgált személyek 19%-a – úgy vélekedik, hogy az orvos joga annak eldöntése, hogy a beteggel közli-e a végállapot tényét, az orvosok jelentős része (66%) úgy véli, hogy a beteg joga saját állapotának ismerete. Egy későbbi utánkövetéses kutatásban azt vizsgálták, hogy az orvosi egyetemeken 2003-ban és 2005-ben indított tanatológiai kurzusoknak milyen hatásai vannak a halálkép és a halálfélelem alakulására medikusoknál - előzetes felmérésük alapján az orvosi képzés során a haldoklással kapcsolatos kurzusok, mint a halál pszichés folyamata, a fájdalomcsillapítás, az életminőség javítása, a halálhír kommunikációja csupán a képzés 0,5%-ra terjed ki. Azt találták, hogy a képzés azon részei, melyek a haldokló beteg minőségi ellátását célzó ismereteket tartalmazza, pozitívan befolyásolja a halálhoz való attitűdöt, ezáltal pedig a haldoklók gondozására van jótékony hatással (Hegedűs, Zana és Szabó, 2006.). Ennek alapján feltételezhető, hogy pszichológusok, pedagógusok képzésében is helyet kaphatna a halállal foglalkozó tanatológiai ismeretek oktatása.

Balboni és munkatársai (2013) kutatásukban azt vizsgálták, hogy a vallási közösségeknek az orvosi team mellett milyen szerepe lehet a gyógyíthatatlan betegek életvégi stádiumára. Azt találták, hogy azok a betegek, akiket elsősorban a vallási közösségek támogattak az életvégi stádiumban, a hospice által kevesebb gondoskodásban részesültek, agresszívebb medikális beavatkozásra volt szükségük és leginkább az intenzív osztályokon haltak meg ellentétben azokkal, akik az életvégi gondozást és a támogatást az orvosi team-től kapták – beleértve a hospice aktivistákat. Ezek alapján arra lehet következtetni, hogy az orvosi teamnek, és az orvosi team spirituális beállítottságának - mely nem feltételez vallási elkötelezettséget - kulcsfontosságú szerepe van az életminőség kialakításában a halálközeli állapotokban (Balboni, és mtsai., 2013).

3.4.1. A beteg és a hozzátartozók jogai terminális állapotban

A beteg szerep automatikusan elővételezi a veszteséget, hiszen akár akut betegség is a fizikai aktivitás megváltozásához, az aktivitás elvesztéséhez vezethet. Krónikus betegségek esetén nem csupán a fizikai állapot, hanem a funkcionális képességek, a beteg körüli tér, az érzelmi stabilitás és az interperszonális viszonyok, a házastársi kapcsolatok is megváltoznak, a társadalommal való kapcsolattal együtt, a korábbi szokásokat újabbak váltják fel. A betegszerepben való lét ezáltal bio-pszicho-szociális segítségnyújtást igényel, mely magába foglalja a „tájékoztatáshoz való jogot” a beteg számára érthető módon és érthető nyelven való tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, és kívánságaira – akár tolmács vagy jeltolmács segítségével. A tájékoztatás a következőkre terjed ki,

- egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is
- a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól
- döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében
- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről
- az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről
- a további ellátásokról, valamint
- a javasolt életmódról.

Ezen túl választ kell adni a tájékoztatás során felmerült kérdésekre. A tájékoztatás joga a beteget akkor is megilleti, ha a beleegyezése egyébként nem feltétele a kezelésnek. A cselekvőképtelen vagy a korlátozottan cselekvőképes betegnek is joga van a korának és az elmeállapotának megfelelő tájékoztatáshoz. A betegeknek joguk van megismerni a kezelésükben részt vevő személyek nevét, szakképesítését és beosztását. Az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles tájékoztatni a beteget arról, ha a vizsgálat, és az azt követő ellátás térítésköteles. A tájékoztatásról cselekvőképes beteg (valamint 16. életévét betöltött kiskorú) lemondhat, azonban, ha a beavatkozásra a beteg kezdeményezésére kerül sor, lemondása csak írásban érvényes (Eü. Tv. 13.§). Magyar Orvosi Kamara közgyűlése az 1994. évi XXVIII. törvény 9.§ (1) bekezdésének felhatalmazása alapján a következő Etikai Statutumot alkotta:

„A betegellátásban közvetlenül résztvevők szakszemélyzet csak a kezelőorvos megbízásából, a beteg utasításának megfelelően adhatnak tájékoztatást a beteg állapotáról (Eü. Tv. 25.§ (2)).

A beteg betegségéről és állapotáról történő tájékoztatás legyen a valóságnak megfelelő, tárgyilagos és őszinte. Az orvos törekedjék arra, hogy a tájékoztatás a betegben ne váltson ki káros hatást és lehetőség szerint ne rendítse meg a kezelésbe vetett bizalmát.

A súlyos, vagy gyógyíthatatlan betegségek esetén kívánatos, ha az orvos először csupán gyanúról ad tájékoztatást azzal, hogy a végleges megállapításairól a későbbiekben fog tájékoztatást adni. Ez az ún. fokozatos tájékoztatás a beteg érdekét szolgálja. (Eü. Tv. 135.§ (1))

Ha a cselekvőképes beteg kijelenti, hogy betegségéről, állapotáról tájékoztatást nem kér, az orvost a beteg kívánsága köti. A későbbi esetleges jogviták elkerülése érdekében javasolt, hogy ez a dokumentációban rögzítésre kerüljön, amit a beteg aláír. A beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, ha betegsége mások egészségét veszélyezteti. (Eü. Tv. 14.§)

Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg esetében az orvosnak a beteg hozzátartozóját vagy törvényes képviselőjét kell tájékoztatnia. A cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteget is korának és pszichés állapotának megfelelően kell tájékoztatni. (Eü. Tv. 13.§ (5))

Ha az orvos megítélése szerint a beteg teljes körű tájékoztatása a beteget súlyosan veszélyeztetné (pl. suicidium, súlyos pszichés károsodás), a tájékoztatást fokozatosan kell megadni. (Eü. Tv. 135.§ (1))

Ha a beteg arról rendelkezik, hogy betegségéről vagy állapotáról kinek adható, vagy kinek nem adható felvilágosítás, az orvos kötve van e rendelkezéshez. Célszerű, ha ez a rendelkezés a dokumentációban a beteg aláírásával rögzítésre kerül. (Eü. Tv. 25.§ (2))

A hozzátartozók tájékoztatásánál az orvos legyen különös figyelemmel arra, hogy a beteg érdekei, személyiségi jogai ne szenvedjenek sérelmet.

Telefonon keresztül tájékoztatás csak abban az esetben adható, ha a tájékoztatást kérő személy egyértelműen azonosítható és felvilágosításra jogosult.

A beteg halála esetén a kezelőorvos és a boncolást végző orvos a kegyeleti jogokra is tekintettel adjon meg minden tájékoztatást a hozzátartozók részére mind a betegségre, mind a halál körülményeire, okaira vonatkozóan. (Eü. Tv. 24.§ (9))” (Orvosi Etikai Kódex, 1998; 2005).

A gyermekgyógyászat palliatív gondozására vonatkozó európai elveket 2006-ban fogadták el¹, amely a gyógyíthatatlan beteg gyermek testi, lelki és szellemi gondozását foglalja magába a gyermek fizikai, pszichés, szociális és spirituális állapotának függvényében - a hozzátartozók támogatásával együtt. Cél, hogy a palliatív gondozást igénylő gyermekek számára intézményes háttér biztosítva legyen. A palliatív ellátás kezdete az életet veszélyeztető állapot felismerése. Ennek háttérét a palliatív gondozást szervező koordinátor adja, aki segíti a hozzátartozókat egy támogató szakemberekből álló kompetens team-el való együttműködésben. A gyásztámogatást a diagnózis felismerésékor elkezdik, és egészen addig folytatják, amíg a család igényli e segítséget különös tekintettel a család többi kiskorú tagjára. Fontos joga a gyermeknek, hogy életkorának megfelelő szintű oktatásban részesüljön végig a palliatív kezelés során, illetve a gyermekevékenységekben való részvétel biztosítása (Craig, és mtsai., 2007).

3.4.2. A terminális állapot személyközi kommunikációja

Eddig elsősorban a halálhoz közeledő állapotok jogszabályi háttérét mutattuk be, melyek rendelkeznek a tájékoztatásról, amelyből egyértelműen kiderül, hogy a törvény nem biztosít semmilyen jogot ahhoz az orvosnak, hogy döntsön arról, tájékoztatja-e a beteget vagy sem. Ezt a jogot kizárólag a beteg gyakorolhatja. Nem mutatnak azonban utat ahhoz, hogy a szakszemélyzet hogyan és mi módon közölje a betegségstádium állapotát, melyik lehet az a kommunikációs mód, amely legkevesebb fájdalommal jár a beteg, a hozzátartozók és akár a szakszemélyzet számára. A terminális állapot, illetve a halál hírének közlése orvosi feladat, sem pszichológusok, sem pedagógusok nem kerülnek olyan helyzetbe, melyben erre vonatkozó információkat közölniük kell, hiszen megfelelő medikális ismeretek hiányában nem tudnak a betegség háttéréről kielégítő információt adni, mégis érdemes áttekinteni, hogy

¹ IMPaCCT: Standards for Paediatric Palliative Care in Europe. *European Journal of Palliative Care*. 2007, 14(3): 109-114.

mire kell odafigyelni, mivel mindez a jövőképet jelentősen negatívan befolyásolja, érzelmi reakciókkal jár. Ehhez a WHO (1991) ajánlásának „ENYHÍTŐ” modellje adja a keretet :

- **Előkészítés** elve megfogalmazza, hogy a betegség kilátásainak közlését megfelelően elő kell készíteni, nem történhet ez a kórteremben, vizit alatt és a folyosón. Legideálisabb esetben az orvosi szobában zajlik, úgy, hogy a beteg feltehesse ezzel kapcsolatos kérdéseit, vagyis idői tényezők fontos szerepet kapnak.
- **Nyitó kérdésekkel** az orvos feltérképezi a beteg pszichés státusát, betegségével kapcsolatos attitűdjeit, betegségével kapcsolatos ismereteit odafigyelve a szemantikus konfúzióra. Szemantikus konfúzió, vagyis jelentészavar olyan esetekben jelenik meg, amikor a kommunikáció résztvevői az azonos fogalmakat eltérő értelemben használják.
- **Hozzájárulás kérése** leginkább jogviták elkerülése érdekében célszerű. A nyitó kérdések segítséget nyújtanak abban, hogy feltérképezzük a beteg betegsége és állapota felől való érdeklődés mélységét. A hozzájárulás kérésénél konkrét formában fel kell tenni a betegnek a kérdést, hogy állapotáról kíván-e felvilágosítást, illetve, hogy az orvos kivel oszthatja meg az információkat.
- **Információ** a beteg állapotáról, a betegségről, és a kilátásokról. Szuggesztív orvosi kommunikáció kerülése ajánlott a beteg ismereteinek feltérképezés mellett.
- **Támogató magatartás** tanúsítása, melybe beletartozik a beteg érzelmi reakcióinak megfelelő kezelése, a beteg gondolatainak és érzéseinek nyílt formában történő kifejezésére való biztatás. A kommunikáció akkor hatékony, ha az orvos képes a beteg számára érthető módon közvetíteni a betegségére vonatkozó ismereteket, vagyis a beteg megérti - nem medikális modellben -, hogy mi zajlik szervezetében. A beteg kognitív ismereteire való ráhangolódás megteremti a támogató magatartás alapszintjét.
- **Összegzés**, mely a további teendők, a kezelés lehetséges módjait is érinti.

A pszichológia háromféle modell különböztet meg arra vonatkozóan, ahogyan az orvosok betegekkel közlik a terminális állapotot. Az x. 1. számú táblázatban hasonlítjuk össze a modellek jellemzőit.

	Nem közlő	Mindent közlő	Egyéni közlés
Orvos-beteg kapcsolat	Paternalisztikus	Paternalisztikus	Partneri
Döntés meghozatala	Orvostól függ	Betegtől függ	Kölcsönös megegyezés
Következmények	hamis remények, információmorzsák, bizonytalanság, bizalmatlanság, beteg méltóságának megtagadása, compliance hiánya	információ elárasztás, kontrollálhatatlan aggodalom, depresszió, reménytelenség, döntésképtelenség	orvos szaktudása és a beteg saját ismeretei igényeiről és szükségeiről összefonódik, pszichés terhelés az orvosnak, kölcsönös tisztelet, compliance
Idői tényező	elhúzódó	gyors	időigényes

3-1. táblázat: Az orvos-beteg kapcsolat modelljei a betegségekre vonatkozó információk közlése alapján

A „nem közlő modell” az orvos szakértői szerepére helyezi a hangsúlyt, miszerint ő képes megítélni, hogy mi a beteg érdeke. Továbbá olyan hiedelmeken alapul, mint hogy „a betegek nem akarják tudni a betegségükkel kapcsolatos információkat”, illetve hogy „a betegeket meg kell óvni a rossz hírektől”. A kutatási eredmények és a jogviták mindezt cáfolják, az USA-ban az orvosi perek 85%-a a betegek nem megfelelő tájékoztatásának vádjával indulnak, és azok a betegek, akik tájékoztatást kaptak, jobban alkalmazkodtak, együttműködőbbek voltak az orvossal, illetve a kórházi kezeléssel kapcsolatos félelem szintjük sem emelkedett.

A „mindent közlő modell” az előzővel ellentétben a beteget helyezi szakértői pozícióba saját magát illetően, miszerint a betegnek joga betegségével kapcsolatos mindennemű információhoz, hiszen csakis ez alapján tudja meghozni a kezelésével kapcsolatos további döntéseket akár az orvosi javaslatok ellenében is.

Az „egyéni közlést” alkalmazó modell szerint a tájékoztatás az orvos és betege közös kommunikációja által valósul meg a beteg számára érthető módon, akár kérdések megjelenésével. A modell azokra a feltételezésekre épít, melyek a betegek egyediségét hangsúlyozzák információra vonatkozó igényeik és megküzdési módjaik tekintetében, illetve az információ feldolgozásának sebességét illetően (Donovan, 1999).

Gyermekek életet veszélyeztető állapotainak esetében az információkat a gyermek életkorához és felfogóképességéhez kell igazítani. A szülőket be kell vonni a döntéshozatali folyamatba, hiszen elsődleges gondozóként jelennek meg az intézményes szinten. A

testvérek számára szintén az életkor és a felfogóképesség adják a támpontokat (Craig és mtsai., 2007).

A téma szempontjából nem elkerülhető azonban, hogy beszéljünk a szenvedésmentes, méltó, vagyis a „jó halál”-t kritikusan szemlélő irányzatokról. E szemléletmód szerint a „jó halál” ideológiai fogalom, melyet valójában nem lehetséges elérni. Ehhez alátámasztást a „jó halál” meghatározásának nehézségeiből nyernek, melyek olyan fogalmakat foglalnak magukba, mint a méltóság, a békesség, a tudatosság, felkészültség, és elfogadás, melyek önmagukban összetett fogalmak.

A „jó halál” és ezekhez asszociálódó fogalmak ugyanakkor automatikusan megteremtik annak gondolatát, hogy van „rossz halál”. Ezek a címkék jelentősen megterhelik az orvosi szakdolgozókat, ami által a társadalom megteremti a kontrollt az orvostudomány felett (Hart, Sainsbury, és Short, 1998). Érdekes ezt a szempontot is figyelembe venni, hiszen a nyugati mintára berendezkedett társadalmakban a gyógyíthatatlan betegség és a terminális állapotok kezelése mind az orvos, mind a társadalom tagjai számára a kudarc fogalmával asszociálódik, vagyis a halál egy „szükségtelen rossz” életeseeményként kap jelentést (Tóthné, 2009).

3.4.2.1. Gyermek a terminális állapotban

Vince és Petros 2006-ban publikált cikkükben egy etikai kérdést helyeznek fókuszba, miszerint a gyermekeknek joguk van-e tudni saját haláluk időpontját a krónikus betegség terminális szakaszában. Egy serdülő, 14 éves fiú és családjának esetén keresztül teszik érthetővé, hogy vannak tényezők, melyekkel egy orvosi team-nek ilyen esetben számolnia kell. A fiú krónikus légzési elégtelenséggel (Obliteratív Bronchiolitis és másodlagosan Stevens-Johnson-szindróma következtében), gépi lélegeztetéssel feküdt az intenzív osztályon. Orvosi diagnózisa alapján életbemaradási esélyei kicsik voltak, szedatívumokat alkalmaztak és altatásban tartották, és a tüdőtranszplantáció lehetőségét mérlegelték. Pár nap után azonban kiderült, hogy a fertőzés következtében a gépi lélegeztetés sem tartható fenn hosszú időn keresztül. Így jutottak el a kérdésig: felkeltsék-e altatásból a fiút, hogy közölni tudják vele hamarosan bekövetkező halálát, hogy elbúcsúzhasson szeretteitől, vagy tartsák mindvégig altatásban, hogy kíméljék a fizikai fájdalmaktól és a teherrel, melyet a diagnózis jelenthetett volna. A fiú szülei egyértelműen az altatás mellett döntöttek, de továbbra is kérdés volt az tájékoztatáshoz való jog alapján, hogy mi a jó döntés. Végülis a team tagjai azt a döntést hozták, hogy nem ébresztik fel a fiút, azonban számos kérdés maradt a team tagjaiban (Godkin, 2006):

- Kié a döntés joga olyan esetben, amikor a gyermek fiatalos?
- Csupán életkori kérdés-e, hogy az elkövetkező halálról tájékoztassák az embert?
- A kuratív terápia visszavonása nem ró-e jelentősen nagyobb terhet a gyermekre – fájdalmak, görcsök -, mint a halál közeledtének ismerete. Nem tekinthetünk el attól, hogy autonóm döntés érdekében az erős fájdalomcsillapítók használata nem ajánlatos (Vince & Petros, 2006)?

Magyarországi jogszabályok alapján 16. életévüket betöltött, de még kiskorú személy esetében alkalmazható a kezelés visszautasításának joga, amennyiben ezt törvényileg meghatározott módon történik.

Erre azonban hatással vannak a családi szocializációs tényezők, aminek alapot a kultúra keretei adnak, mint például a vallásosság.

3.4.2.2. A halálhoz való viszony a szocializáció folyamatában

Nehézségekbe ütközik a kutató már akkor, amikor gyermekeknél megpróbálja meghatározni vizsgálatának célját a halállal kapcsolatban. Mit is kíván ugyanis kutatni: a halálhoz való viszonyt, a halálképet vagy a halál megértésének fejlődésmenetét? Hazai szinten Fodor-Szlovencsák Katalin gyűjtötte össze a gyermekek halálképével kapcsolatos vizsgálatok eredményeit (Fodor-Szlovencsák, 2000), ugyanakkor a fogalmi koncepció nehézségeivel kerülünk szembe, amikor a vizsgálatokat értelmezni és egységes keretbe kívánjuk helyezni. Általánosságban elmondható, hogy a vizsgálatok magukon viselik a fejlődéslélektani vizsgálatok nehézségeit, hiszen míg felnőtteknél az írásbeliség következtében kérdőíves módszerekkel képesek vagyunk vizsgálati célunkat konceptualizálni és ezekhez sztenderdizált kérdőíveket használni, addig ezt a gyermekvizsgálatok nem teszik lehetővé. Másrészt gyermekvizsgálatok esetén – különösen életkori jellegzetességek vizsgálatánál – lehetőség szerint azonos vizsgálati módszer alapján kellene életkori keretbe helyeznünk az eredményeket, ami szintén megnehezíti a vizsgálatok tervezését, hiszen 3-5 éves korban preferáltak a rajzvizsgálatok, 12-14 éves korban már kérdőíves módszerrel is dolgozhatnánk. Nem utolsó sorban pedig a vizsgálatok nagy része fent említett okok miatt kvalitatív jellegű, a természetes megfigyelés, az interjú, az esettanulmányok és a szövegelemzés módszereit alkalmazzák, vagyis magukon hordozzák e kutatási stratégia hátrányait, az értelmezés nyitottságát, a változók definitív meghatározásának nehézségeit, és az érvényesség kérdését. Mindezek mellett a gyermekvizsgálatok szülői beleegyezéssel

történnék, és egy olyan témánál, mint a halál, amit számos társadalmi tabu rejt, a vizsgálati mintavétel is nehézségekbe ütközik. Feltehető ugyanis a kérdés, hogy vajon azok a szülők járulnak-e hozzá a vizsgálatban való részvételhez, akik önmaguk is könnyebben kezelik a halál kérdését, illetve azok a gyerekek, akiknek a szülei nem járulnak hozzá a vizsgálatához, milyen emocionális töltettel viszonyulnak a halál témaköréhez. Tudjuk, hogy a halál témája kapcsán a szülők kétségei aktivizálódnak leginkább, ezáltal tele lesznek kérdésekkel, melyek megválaszolását szakembertől várják, akár a pedagógustól, akár a pszichológustól. Ez alapján úgy tűnik, hogy a családi szocializációnak nem része a halálhoz való viszony kialakítása, nem viszik a szülők a gyermekeiket a halottakhoz elbúcsúzni, nem viszik el őket temetésre, így a halálhoz való viszonyt médiaesemények, filmek, számítógépes játékok, és irodalmi élmények formálják. Hegedűs és munkatársai (2001) azt találták egy halállal kapcsolatos felnőtt mintán való vizsgálat során, hogy a felnőttek több mint, fele úgy vélekedett, hogy gyermekkorában nem gondolt a halálra, ha mégis, akkor ebben domináltak a félelmek. Ez alapján nem meglepőek Vianello és Lucamante (Vianello és Lucamante, 1988) eredményei, miszerint az alacsony iskolázottságú szülők 80%-a úgy gondolja, hogy a gyermekek 5 éves kor alatt sosem gondolnak a halálra. Megkérdezték tehát kisgyermekes (3-9 év között) gyermekgyógyászokat, és magasan iskolázott szülőket is arról, hogy szerintük a gyermek mikor alakít ki reális képet a halálról, milyen érzelmi reakciókat ad a halálra, beszélgetnek-e gyermekeikkel a halálról és mit gondolnak arról, hogy van-e különbség beteg és egészséges gyermekek halálképe között. Ezek alapján kimutatták, hogy magasan iskolázott szülők szerint sem foglalkoznak a gyerekek a halállal, illetve jelentését nem értik meg 7-8 éves koruk előtt. A szülők szerint a gyermekek negatívan ítélik meg a halált, ritkán kérdeznak a szülőktől. Talán ennél is meglepőbb eredmény, hogy szerintük a beteg és egészséges gyermekeket ugyanolyan mértékben foglalkoztatja a halál kérdése, ezen túl a szülők 30%-a szerint a szakemberek dolga lenne a gyerekekkel való kommunikáció a halálról. Ezek alapján tekintsük át a kutatási eredményeket a gyermekek halálképének fejlődéséről.

3.4.2.3. A halálfélelem a szocializáció folyamatában

Nagy Mária Ilona (1936) vizsgálatában alapján megállapítható, hogy a gyermekek 72%-nál a szülőtől való elszakadás váltja ki a halálfélelmet. Ez alátámasztja a pszichoanalitikus megközelítés gondolatát, miszerint a halálfélelem oka a szeparációs szorongás, ami a sötétségtől való szorongás tovább nővel. Kötődéskutatások megerősítik az eredményeket, a biztonságosan kötődők kisebb mértékű halálfélelemmel jellemezhetők, mivel biztonságigényüket képesek mások közelségével megteremteni, a szorongás szintje mások

közelségével csökken (Mikulincer & Florian, 2000). Polcz (1989) szerint a halálfélelem megjelenése 4-6 éves korra tehető. Ezt alátámasztja Pavlicsek (1997) kutatása, aki általános iskolás gyermekeknél vizsgálta a halálfélelmet. Azt találta, hogy leginkább a 6. osztályosok, legkevésbé a 7. osztályosok félnek a haláltól, és a halálfélelem 5-6 éves korban jelenik meg. Ennek magyarázata, hogy a halál fogalmának kognitív megértésében szerepet játszik a félelem és a szorongás. Vagyis a halállal szemben a gyermek kezdetben szorong, majd a kognitív érettség megnöveli a megértést, ami a szorongás szintjét redukálja. Nem véletlen tehát, hogy a halálfélelem akkor jelenik meg, amikor a halál visszafordíthatatlanságát a gyerekek kezdik megérteni. Vagyis a kognitív fejlődés szakaszainak átmeneti időszakain számíthatunk a halálfélelem, ezáltal a halállal kapcsolatos kérdések megjelenésére. Leginkább 5-6 éves kor között, amikor a realitástudat, a konzerváció és a decentralás megjelenik, illetve serdülőkor kezdetén (13 év körül) a fokozott önreflexió következtében.

Korábban bemutatott eredmények azonban rámutatnak arra, hogy nem csupán a gyermekek félnek a haláltól, a felnőttekre mindez ugyanúgy jellemző. A „rettegéselmélet (terror management theory)” szerint minden félelmünk a haláltól való félelemre vezethető vissza, aminek következménye a kultúra kialakulása. Az elmélet egyesíti a freudi pszichoanalitikus és az egzisztenciális pszichológia nézőpontjait és fogalomkészletével az elméleteket tesztelhetővé tette. A rettegéselmélet alapján az emberi faj az egyetlen, akinek saját haláláról tudomása van, de ha minden pillanatban ennek tudatában lennénk, cselekedeteinket megbénítaná a félelem. Ezért mentális egészségünk védelme érdekében ezt el kell fojtanunk. Ennek az elfojtásnak a tükré a kultúra, mely az egzisztenciális krízissel szembeni védelmet biztosítja, ugyanis a kultúra által létrehozott javak egy stabil hitrendszerrel biztosítanak, mely világképünk stabilitásában alapvető szerepet játszik. Gondoljunk azon meggyőződéseinkre, minthogy a káoszról származik a rend, a semmiből a valami, miszerint az alapvetően értelmetlen világban értelmet keressünk az életünk által. A kultúra tehát a megszűnéstől való rettegésünket az életünk értelmességébe vetett hit által kontrollálja. Pszichológiai jóllétünk megkíván egy olyan világban való hitet, mely struktúrát, jelentést, és rendet biztosít, mely folyamatosságában nyilvánul meg, ami pedig a halhatatlanság szimbolikus képét teremti meg. A meghalástól való tudattalan rettegés tehát a kulturális értékek kognitív konstruktumainak megteremtése által szimbolikus megteremtést a halhatatlanságot. Ez azonban nem elég saját halálfélelmünk legyőzéséhez, hinnünk kell azt is, hogy mi magunk a társadalomban megmutatkozó kultúra értékes tagjának számítunk, vagyis őrizzük a kulturális javakat

viselkedésünk és magatartásunk által. Ebben az esetben viselkedésünkre a kulturális konformitás jellemző, ami magas önbecsülést eredményez (Békés, 2004)

Mindezek alapján összegzésként elmondhatjuk, hogy a gyermeket nem óvni kell a haláltól, hanem fejlődési szakasznak megfelelően kell a halált érthetővé tenni. Vélhetően nagy feladatot ró ez a felnőttekre, akik saját maguk is félelemmel és kétségekkel kezelik a halál kérdését. Sokszor talán a szavak helyett a tettek vehetnék át a terepet: gyermekeket be lehet vonni a hozzátartozó halottal való foglalkozásba, mert nem maradnak egyedül a gyászban, emocionáláis támogatottságuk a család által növekszik, ami a szociális támaszkeresést adaptív megküzdési móddá képes formálni. Amennyiben ez nem valósul meg, a gyermek traumatikus tapasztalatot szerezhet a kirekesztettségről, a bizalmatlanságról, a titkokról, mely a családi nyílt kommunikációt hátráltatják.

3.4.3. A haldoklás pszichológiája

Nagyon gyakori, hogy a haldoklás folyamatát a tudat elvesztésével azonosítják, azonban pszichológiai ismereteink birtokában tudnunk kell, hogy a terminális állapot, nem azonos a tudat elvesztésével, vagyis a haldoklás folyamata akkor kezdődik, mikor a szervezetben az orvostudomány állása alapján visszafordíthatatlan folyamatok zajlanak.

A haldoklás pszichológiai irodalma Elizabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1988) korszakalkotó munkája után megszorodott. Hazai viszonylatban Polcz Alaine munkássága kiemelkedő e területen, aki magyar nyelven hozzáférhetővé tette a nemzetközi eredményeket, a haldoklókkal kapcsolatos munkájának tapasztalatait, és megalapította a magyarországi Hospice-t. A Hospice mozgalom kialakulását követően a hazai szakirodalomban is megjelentek a halál pszichológiai folyamatát bemutató és magyarázó elméletek és az ezekre épülő kívánatos gyakorlat. Ezek következtében a halálra egyre inkább úgy kezdünk tekinteni, mint ami az emberi élet része. Feltehető azonban a kérdés, hogy miért is tekinthetünk a halálra, mint pszichológiai folyamatra? E kérdés megválaszolásához érdemes áttekinteni, hogy milyen keretekben gondolkodik a pszichológia a halálról.

3.4.3.1. Pszichoanalitikus megközelítés

A halál magyarázatára vonatkozó elméletek kapcsán vissza kell nyúlnunk Freud-hoz és halálra vonatkozó megállapításaihoz, amit saját maga is spekulatívnak, bár helyállónak ítél. Freud halálösztön elmélete az egyetlen, mely követőit nem inspirálta. Elsősorban a klinikum területén tartották alkalmazhatónak például Melanie Klein, bár Freud az elmélet

megalkotásakor nem klinikai, hanem általános lélekerőként értelmezi, mely szerint a halálöszton minden élőlény – állat és növény – vele született hajlama. Nem elhanyagolható, hogy elméletét 1916-ban, a háború közepette alakította ki, mely a világban és az emberben lakozó rombolás és az agresszió megjelenését mutatta.

Kiindulási pontja a szaporodási ösztönből keletkező erotikus impulzusok (Erosz), melyek az örömev által nyernek kielégülést. Az örömev az ösztönös vagy külső ingerlés hatására felkeltett feszültség, mely a vágyteljesülés során csillapodik. Terápiás tapasztalatai azonban egyértelművé tették, hogy a megkönnyebbülés és öröm közötti összefüggés nem mutathat erős együttjárást, hiszen a nemi feszültség levezetése következtében kialakuló öröm nem jár a szexualitás és az erotikus impulzusok csökkenésével, hanem újra és újra kielégülést keres.

Ezidő tájt figyelte meg Freud egyik unokája játékát: a gyermek, a számára kellemetlenséggel járó cselekvést szüntelenül ismételte. Ez szintén ellentmondott az örömevnek, így önálló lélekerőként, ismétlési kényszerként azonosítva. Ebbe illeszkedtek a háborús neurózisban megjelenő visszatérő álmok (ma a PTSD zavar jeleként azonosítanánk), melyben újra és újra átélhetővé vált az eredeti trauma, jelentős szenvedést okozva és önkárosító magatartáshoz vezetve. Ezt a működésmódot a lélek lekötetlen energiájaként azonosította, melynek a test belső ingereiből táplálkozik. Az ismétlési kényszer tehát ösztönös eredetű, ugyanakkor szemben áll az örömevvel, ami által a személy egy olyan pszichológiai állapot elérésére törekszik, mely a trauma megtörténte előtt jellemezte, vagyis regresszióként azonosítható. Ez a regresszió végső soron az élet előtti állapot elérésére irányul, az organizmus anyagi megvalósulását megelőző állapotra, vagyis az élet végső célja szükségszerűen a halál, a lélek működésének Erosszal (életösztonnel) ellentétes végpontja tehát a halálöszton, a Thanatosz. E két erő összeütközése által jelent meg elméletében a lélek dualizmusa, és vált vizsgálódás tárgyává az Erosz és a Thanatosz között állandósuló harc. Ugyan a két erő egymással ellentétes irányú, mégis a létfenntartási ösztön kiszolgálja a halálösztont, azzal a céllal, hogy a szervezet az általa megszabott kereteken belül a leghosszabb ideig fenntartsa a működést, elkerülve a balesetek vagy betegségek következtében kialakuló stádiumokat.

A halálöszton létezését bizonyítja Freud számára az agresszió elsődleges mazochisztikus formája, mely során az agresszió az én-re irányul, önpusztító tendenciaként. Egyéb esetekben a halálöszton ezt az én-re irányuló agressziót kifelé irányítja, vagyis romboló és másokra irányuló agressziós formában jeleníti meg, vagyis azáltal védik az életet, hogy az önpusztító

tendenciákat mások irányába terelik, a belső harcról való figyelmet – mely mindenképpen győzelmet arat -, a külső harc felé tereli, a halálvágy tehát végső soron nem más, mint gyilkos vágy, ami a társak ellen fordul (Jones E. , 1983).

3.4.3.2. Kognitív megközelítés

Ezen megközelítések között a halál, haldoklás folyamatának szakaszos modelljét mutatjuk be, melyet Külber-Ross (1987) azonosított és magyarázott. Szerinte a halál az emberi személyiség fejlődésének végső szakasza, melyre leginkább akkor van lehetőség, ha a haldokló ezt a szakaszt is be tudja teljesíteni, melyhez szociális támaszra van szüksége. Munkáját 1965-ben kezdte egy kórházi osztályon, ahol teológushallgatók segítségével 200 haldoklóval – a halál bekövetkezte az interjút követő 12 órától több hónapig terjedt -, vett fel interjúkat állapotukról, érzéseikről, gondolataikról.

1. Stádium a gyógyíthatatlan betegség hírének közlése után fellépő *elutasítás és izoláció szakasza*, mely egyfajta sokkos állapot, attól függetlenül, hogy a betegnek az orvos mondta el gyógyíthatatlanságának tényét vagy a beteg önmaga jött rá a tünetek és állapota alapján. Nem más ez, mint védekező mechanizmus a rossz hírrel szemben, mely lehetővé teszi a megküzdést, a további életvezetést. Ebben a szakaszban a beteg sokszor jól érzi magát, erősnek, és állapotának visszafordíthatatlanságát nem éli át, tagadja, esetleg más orvost is felkeres, alternatív lehetőségek után kutat. A tagadás időben nem nyúlik hosszúra, a kétségbeesést felváltja a helyzet részleges elfogadása. Ebben a szakaszban a legtöbbször a beteg testileg elég erős ahhoz, hogy cselekedni és dönteni tudjon a továbbiakról. Vagy is az elutasító magatartás önmagában nem kóros jelenség, lehetővé teszi a súlyos betegség kezdetén a további életkilátások és örömök megtapasztalását, hiszen az adaptív megküzdési módok lehetővé teszik a reménytelen helyzetekkel való szembenézést.
2. A második stádiumban, az elutasító magatartás feladása következtében megjelenik a *düh érzése*, mely gyakran társul haraggal és irigységgel. A hozzátartozók és a szakszemélyzet ezt a stádiumot viseli a legnehezebben: az orvos bármit tesz, nem hozzáértő, a nővérek gorombák és nem elég figyelmesek, a hozzátartozók nem értik meg őket vagy nem szívesen fogadják őket, Isten pedig igazságtalan. A beteg követel és panaszkodik. Nézeteltérések leginkább abból támadnak, ha az ápoló személyzet vagy a hozzátartozók mindezt személyes sértésnek tekintik és nem a halál felé vezető út egyik stádiumának, mellyel tovább táplálják a harag érzését.

3. A harmadik stádium az *alkudozás* szakasza, mely először általában az élet meghosszabbításának vágyára irányul, későbbi állapotokban pedig a testi fájdalmak csökkentésére. Ebben a szakaszban a beteg valamilyen kompromisszumot kíván kötni, a „jó tett helyébe jót várj” eszméjének értelmében egy önként felállított határidőre vonatkozóan, mely legtöbbször egy fontosnak ítélt életeseményhez kötődik. Pszichológiailag a bűntudat érzése dominál, hiszen a haldokló szembenéz életének megtörtént eseményeivel, amelyben biztosan feltűntek néhányszor negatív színben, ami által a büntetésvágy megjelenik. Negatív kimenetele akkor lehet ennek a szakasznak, ha az ígéretetek betarthatatlannak bizonyulnak, irreálisak, melyek tovább erősítik a bűntudatot.
4. Ezt követi a *depresszió* szakasza, amelyben veszteségélmény dominál. A depresszió két formája különböztethető meg ebben a szakaszban. Az egyik, ún. reaktív depresszió, amely természetes reakció a veszteségélményre, ami lehet a beteg által annak ítélt esemény vagy dolog elvesztése, mint a munkahely, az ideális alkat, és a kezelés következtében fellépő fizikai fájdalmak miatt egészségesség érzete, valamint az egzisztenciális jólét elvesztése. Ebben a szakaszban pozitív hatása van, ha a beteg figyelmét a múlttól a jelen irányába fordítjuk, mint a nőiesség más formájú megjelenése, egy új lehetőség kibontakozása. A depresszió másik formája az ún. preparációs depresszió, amely a földi élet elhagyásának fájdalma miatt következik be, ezáltal a jövőre irányul, a küszöbön álló veszteségeket jelzi előre, mely esetben a bátorítás és a biztatás helyett a beteggel való érzelmi azonosulás segít. Ilyen esetben a fájdalom kifejezhetősége az, ami továbblendíti a beteget, mely sokszor szavak nélkül is kifejezhető: csendben ülünk a beteggel, a kezünkkel érintjük tudatván, hogy vele vagyunk. Ebben a szakaszban a beteg nem lelkesedik további kezeléseket iránt és negatív kimenetelű, ha a beteg felkészültsége és a környezet elvárásai között nincs összhang.
5. Ezt a szakaszt követi az *elfogadás* állapota, melyet csak azok a betegek tudtak megtapasztalni, akik szorongásaikon és félelmeiken keresztülverekedték magukat. Ebben a szakaszban a nagy érzelmi viharok eltűnnek, a beteg megbékél betegségével visszafordíthatatlanságával. Tudnunk kell, hogy az elfogadás nem azonos a boldogsággal. Ebben a szakaszban a beteg legtöbbször már gyenge és fáradt, dühét, veszteségét és fájdalmát képes kifejezni és belenyugodni sorsa megváltoztathatatlanságába. Ez az a

szakasz, amikor a családnak nagyobb szüksége van érzelmi támogatásra, a fájdalmak kifejezhetőségére, a további lehetőségek keresésének leállítására, mint a betegnek, hiszen a család tagjai számára a veszteség még elfogadhatatlan és a gyászfolyamat még csak most indul útjára. Ilyenkor etikai dilemma elé áll az orvosi team: a kétségbeesett hozzátartozók igénye a fontosabb, akik újabb műtéteket és beavatkozásokat sürgetnének a remény fennmaradása érdekében, vagy a beteg gyakran csendes viselkedését, aki elfogadta saját halálát. Az egyetlen segítség, ami az embernek segíthet az élet végességének a megtapasztalásában, a remény, mely lehetővé teszi a szenvedés elviselését. Kübler-Ross szavaival zárva a gondolatot „Megsejti életének végét az az ember, aki dolgozott és szenvedett, felnevelte gyerekeit és eleget tett feladatának, megtalálta életének értelmét, és a megelégedettség érzésével tekinthet vissza munkás éveire” (Kübler-Ross, 1987, 206. o.).

A fent ismertetett szakaszok empirikus vizsgálatok szerint nem mereven lefutó és egyirányú folyamatként jelennek meg, egy-egy szakasz többször is megismétlődhet míg a haldokló eljut az elfogadás szakaszához.

3.4.3.3. Egzisztencialista megközelítés

Folytassuk tovább a fenti gondolatmenetet és tegyük kiindulóponttá azt a gondolatot, hogy az emberi lét, egyben felelős lét. Felelős lét és felelősség abban az értelemben, hogy konkrét, amit az egyszerűség és egyediség jellemez, vagyis véges és egyszer átélhető, és éppen ezek a jellemzők adnak értelmet az emberi létezésnek, hiszen az ember értelme által mindezt képes felfogni. Ennek a végességnek az átéléséből fakad, hogy az ember az itt-és-most-ban cselekedni képes, hogy lehetőségeinket megfelelő módon kihasználjuk - nem hedonizmus ez, hiszen az egzisztenciális pszichológia az egyediség által teremti meg az átélhetőség tapasztalatát, ezáltal az élet történet jellegét. Ez adja az emberi élet értelmét, mindaz, amit az ember élete során létrehozott, megalkotott, vagy megélt. A halál az emberi életnek az a pontja, amely mindezeknek értelmet ad, keretbe szabja az ember tetteit, vagyis a halálnak, más szóval a „végességnek” köszönhető az egyes ember életének történetisége. A történetiség az idő által bontakozik ki, az ember rendelkezésére álló időt pedig a halál szabja meg. Frankl (1997) szavaival élve „az élet nem »hosszirányban« - a szaporodás révén – transzcendálja magát, hanem »felfelé« - amennyiben valamely értelemre irányul” (Frankl, 1997). Az értelem Frankl szerint háromféle módon valósítható meg:

4. *Cselekvés által* alkotás közben. Ne felejtjük, hogy az egzisztencialista irányzat szerint mindannyian alkotunk, mégpedig saját életünket.
5. *Szeretet által*, amikor valakit vagy valamit a maga egyediségében és egyszerűségében megélünk.
6. *A sors megmásíthatatlansága által*, például egy gyógyíthatatlan betegségben. Az ember ugyanis „határhelyzeteiben” tesz tanúbizonyságot arról, hogy ki is ő és mi az, amire csakis egyedül ő képes. Hiszen az ember saját magát csakis akkor képes megváltoztatni, ha a sors megváltoztathatatlan helyzet elé állítja. Ezért az emberi életnek utolsó lélegzetéig értelme van.

Az egzisztencialista megközelítés nagyban Heidegger filozófiai gondolataira alapoz, aki a *Lét és idő* című művében a halál bekövetkeztéről a következőképp fogalmaz:

„Nyilvánosan már a 'halálra való gondolás' is a jelenvalólét gyáva félelmének, bizonytalanságának és a világtól való vészterhes menekülésnek számít. Az akárki nem engedi, hogy bátran vállaljuk a haláltól való szorongást. [...] A mindennapiság a gondoskodás sürgős elintéznivalóit szorgalmazza, és lerázza magáról a 'halálra való tétlen, csüggedt ráhangolódás' béklyóit. A halált 'valamikor későbbre' tolja ki, éspedig az úgynevezett 'általános belátásra' hivatkozva. Eképpen fedi el az akárki a halál bizonyosságának azt a sajátosságát, hogy a halál minden pillanatban lehetséges. (Heidegger, 1989)”.

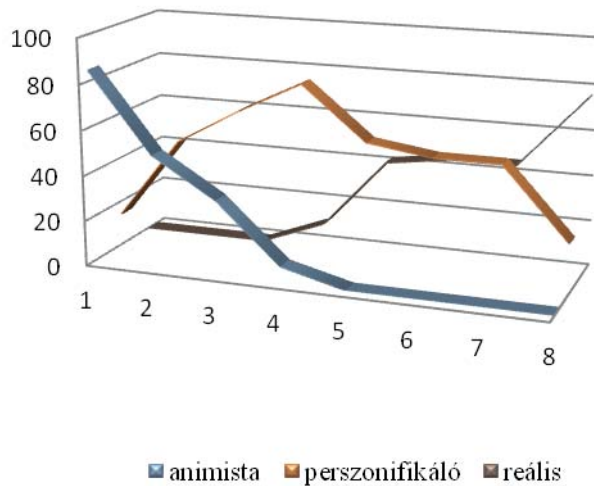
Látnunk kell, hogy az egzisztencialisták a halált az „én” jelentéskörében értelmezik. Marcel (1965) filozófiája teszi a halál és haldoklás természetét interperszonális aktussá. Marcel számára a jelenvaló-lét a másik számára való kölcsönös megnyílásból – ko-prezenciából - ered, melynek jellemzői a hűség, a bizalom, az elérhetőség, a rendelkezésre állás, és a felajánlkozó – oblatív – szeretet, melyben az egyén teljes mértékben heterocentrikussá válik. Vagyis a halál egzisztenciális feltárulkozása Marcelnél csakis a Másik halála által lehetséges, hiszen a Másik halála által önmagam is elvesz – a ko-prezencia következtében a halál önelvesztés is-, elvesznek a lehetőségek, amelyeket a Másikkal együtt való létben kitárulkoztak, másrészt a Másik halálának tanújaként megérezhetővé válik a halál véglegessége, a halál megértése, vagyis interszubjektív megközelítésben a halál tudatosítását a Másik halála tárja fel számomra (Csejtej, 2000).

3.4.4. A halálkép és halál fogalom

Patrick, Engelberg és Curtis (2013) eredményei szerint a haldokló betegek életminőségének gondozását nem befolyásolják a halálról való ismeretek. Szerintük a halál, haldoklás minőségének szubjektív megítélését olyan tényezők befolyásolják, mint a terminális állapotot megelőző elképzelések a személy saját haláláról, és az, hogy ez mennyiben egyezik azzal, ami a haldoklás során, az életvégi stádiumban valójában történik. Vagyis egyfajta diszkrepanciamutatót alakítottak ki a haldoklásról való korábbi nézetek és a gyógyíthatatlan betegség következtében kialakuló életvégi állapot megítélése alapján. E két ítélet közötti nagymértékű eltérés a halál minőségének és elfogadhatóságának nehézségeit eredményezi. Ennek példája az az eset, amikor egy szülő elképzelése, hogy gyermeke jelen lesz halálakor, de a gyermek a szülő halálát megelőzően már eltávozott az élők közül (Patrick, Engelberg, és Curtis, 2001). Szerintük minél nagyobb a diszkrepancia értéke, annál jelentősebb szenvedést okoz halál tényével való szembesülés. További vizsgálódásokat érdemel tehát, hogy az a kép, ahogy az ember elképzei saját halálát, mennyiben stabil és mennyiben változik az életesemények hatására.

3.4.4.1. A halálkép fejlődése

Halálképnek nevezzük az emberi közösségek, kultúrák vagy egyének halálról alkotott személyes képzeiteinek, magyarázatainak összességét, amely jelentés jellemzi a közösséget önmagát, identifikál (Berta, 2001). Elsőként említjük a Nagy Mária Ilona (1936) nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő jelentőségű és úttörő kutatását, mely a halálról való dolgozat, a rajzvizsgálat és az interjú módszereit alkalmazta egymással átfedésben levő különböző korosztályú gyermekeknél. Ezek alapján a halálkép fejlődésének három szakaszát különítette el, melyet az 1. ábra szemléltet (Nagy, 1997).



X tengely a gyermekek életkorát években mutatja, míg az y tengely a vizsgálatban résztvevő gyermekek százalékos megoszlását a halálhoz való viszony alapján. Láthatjuk, hogy a 3-6 éves kor között az animista viszonyulás jellemző, 6 éves kortól a perszonalizáló, majd 8-9 éves kortól egyre inkább a halál reális megítélése a jellemző.

3-4. ábra: gyermekek halálhoz való viszonya életkori megoszlás alapján

A 3-6 éves korra jellemző animista viszonyulás a halál irreverzibilitását nem ismeri fel, a halált követően egy újfajta élet következik, amiben minden úgy zajlik, mint a világi életben. E gondolkodás következtében a halott bármikor visszatérhet és folytathatja korábbi életét. Sokszor lehet hallani óvodás gyermekektől, hogy a halottak a sírban ugyanúgy esznek, isznak és alszanak, mint az élők. Ennek következtében az ilyen korú gyermek számára természetes, hogy olykor társalognak a halottakkal, látják őket, részt vesznek a mindennapi életükben.

A perszonifikáló szakaszban, mely akár az egész gyermekkorra jellemző lehet, de leginkább 5-9 év között jellemző, a halál személyes jelleget kap, megszemélyesített lényé alakul, és olyan szimbólumokban jelenik meg, mint a „Kaszás”, „Ördög”.

A realista szakaszban a gyermekek elfogadják a testi működések megszűnését és a személy visszatérésének lehetetlenségét.

A halálkép fejlődésének ezt a szakaszos jellegét több kutatás megerősíti (Portz, 1964; Orbach és mtsai, 1985; Anthony és Bhana, 1988; Vianello és Marin, 1985; In.: Fodor-Szlovencsák, 2000). Nagy Ilona által feltárt szakaszok egybevágóan Piaget (1969) konstruktivista fejlődésméleteének szakaszaival, ami alapján arra következtetünk, hogy az óvodáskorban a gondolkodási sajátosságok nem teszik lehetővé a halál tényének megértését, mivel a gyermeki realizmus sajátos logikáját az animizmus, az artificializmus, a finalizmus jellemzi. A halálról való fogalmi gondolkodás az iskoláskor kezdetére alakul ki, a konkrét műveletek

kialakulásával egyidőben, és absztrakt fogalomként pedig a formális műveletek szakaszában kezdik el kezelni a halált (Cole és Cole, 2006).

Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy az eredmények nem azt jelzik, hogy az óvodás nem tud beszélni a halálról, nem fogja fel a halál fogalmát, netán megijeszti, ezért a valóságot eltorzítja, csupán azt mutatják, hogy mindezt az óvodáskorra jellemző kognitív fejlődés sajátosságait alkalmazva teszik. Az óvodáskorú gyermek, különösen a kisóvodás (3-4 év) a halálról a maga természetességében beszél, ami az élet részeként jelenik meg, nem elkülönült egységként. Ebből az is következik, hogy a felnőtteknek - ha a halálról szeretnének beszélni óvodáskorú gyerekekkel, a gyermeki gondolkodás sajátosságait felhasználva tudják ezt megtenni. Fontos szempont, hogy ezzel nem „megvezetik a gyermeket”, nem „rossz irányba terelik”, hanem érthetővé és kezelhetővé teszik számukra.

3.4.4.1.1. Szocializációs hatások a halálkép fejlődésére

Fenti ellentmondásos eredmények és vélemények alapján biztosra vehetjük, hogy a halálkép és a halálfogalom megértését a kognitív fejlődésen kívül számos más tényező is befolyásolja, mely tényezőket a fenti vizsgálatok nem kontrolláltak - a kulturális közeg, a kulturális javak, mint az oktatás színvonala, a tudás megszerezhetősége, a vallásosság és a vallásos meggyőződések melletti elköteleződés, a tradíciók és hagyományok fennmaradása, az interperszonális kapcsolatok, különös tekintettel a családi kommunikációra, és az egészségi állapot. Vagyis a halálhoz való viszony kialakulásában domináns szerep jut a kognitív fejlődés mellett a környezeti tényezőknek. Ezáltal is érthetőbbé válik a halál fogalmi konstrukciójának konceptuális nehézsége.

Fenti tényezők közül elsőként a saját tapasztalatok hatását emeljük ki, mint például háziállatok halálának tapasztalata, háborús események megtapasztalása, illetve a hozzátartozók halála. Jay és mtsai (1987) terminális állapotban levő gyermekek halálképét vizsgálva arra találták, hogy a gyermekek halálképe a felnőttekéhez hasonló, ami a betegség és kezelések tapasztalatainak a következménye. Lényeges különbség azonban, hogy a betegséget nem büntetésként értelmezték, ahogy az egészséges gyermekek 3-6 éves kor között. Megállapításuk szerint a halállal kapcsolatos tapasztalatok előrébb hozzák a halálkép megértését (Candy-Gibbs, 1984; Florian és Karvetz, 1985; Anthony és Bhana, 1989; Hui és Chou, 1991).

3.4.4.2. A média hatása a halálkép alakulására

Látjuk tehát, hogy míg az interperszonális érintkezés elkerülni igyekszik a halál témakörét, addig a média egyre nagyobb hangsúlyt helyez ábrázolására. Mélyreható változásokat azért eredményez mindez, mivel a társadalmi változások – mindkét szülő munkavállalása például - az elmúlt évtizedekben a szocializációs hatásokat átalakította, a családi rendszer helyett egyre inkább a média közvetíti az értékeket, a szokásokat, kikapcsolódást. A szocializációs folyamat sajátossága, hogy a hatás fokozottabban jelentkezik gyermekkorban, de korántsem csupán a gyerekekre fejt ki hatását (Hegedűs, 2002). Korunkban a legtöbb időt ugyanis a televíziózással az idősebb, nyugdíjas korosztály tölt el, ugyanakkor náluk az alapvető értékek már kialakultak, életük során tapasztaltak védettséget biztosítanak a médiával szemben (Tóthné, 2009).

A médiában a halál bemutatása két irányból történik, egyrészt a híradásokból – ide tartoznak a hadi tudósítások például, másrészt a filmekben keresztül. Ezekben a halál bemutatása egyoldalú, leginkább erőszakos módon történik, akár fiktív helyzetben. A médiaszakemberek legtöbbször hatáskeltő látvány és hangeffektusokkal társítják a halál bekövetkeztének, vagy feltárásának pillanatát a figyelem fenntartása és izgalom fokozása érdekében. A horrorfilmek végletekig fokozzák az izgalmat és a feszültséget. A sokkoló és izgalomkeltő jelenetek, az eltorzult és megcsonkolt testek sugallják a halál elviselhetetlenségét, fenyegető mivoltát, a történetek irracionálisát, mindezek által csökkentve a halál jelentőségét. A médiahatások következményei a halálkép fejlődésére:

- a befogadó realitásérzékének csökkenése
- halál reverzibilitás ábrázolása
- naturalizmus.

3.4.4.3. A halálkép kulturális felfogása

Korábbi fejezetekben utaltunk a halálkép kialakulásának kulturális vonatkozásaira. A halálkép definíciójánál fogva szimbolikus tartalmi által ismerhető meg, sajátos eszmerendszere által, melynek összetevői megmutatkoznak az adott kultúrában is. A halálkép kulturális összetevőinek tárgyalásakor különbséget kell azonban tennünk a spiritualitás és transzcendencia fogalmai között. A spirituális megközelítésben a lélek önálló entitásként mutatkozik, melynek célja az örökkévalóság megismerése, útján a legvégső kérdések iránti megismerés vágya hajtja. A spirituális halálkép alapja, hogy a szellem a test enyészetével nem szűnik meg, hanem összeolvad a végtelennel, vagy új formában él tovább; része az örök

és ősi Egynek. Elsősorban a buddhizmus, a konfucionizmus hitvilágában jelennek meg a spirituális halálkép ezen elemei, amelyben a lélek önálló létezése és útja kiemelt szerepet kap. A transzcendencia alapgondolata alapján azonban a világot egy mögöttes valóság hatja át, mely a lét teljességét adja, a lét forrása, ezért meg nem ismerhető. A keresztény hitvilágra jellemző eszmerendszer alapján Isten a transzcendens valóság – így a másvilág is transzcendens valóság. Ezek alapján a lélek nem kap önálló szerepet, hanem alárendeli magát az isteni hatalomnak, cselekedeteit a halál után megítélik.

Szólnunk kell azonban a materialista halálképről is, melyet naturális megközelítésmód jellemzi. A materializmus szerint a világ dolgai visszavezethetők materiális okokra. A halál ebben a felfogásban nem más, mint a biológiai működésmódjának megszűnése, melyet a test enyészete követ, mellyel megszűnik minden, ami a testhez tartozott, a lélek is.

Ariès (1977) a halálkép alakulásának négy jelentős korszakát különíti el a társadalmi berendezkedés és a korra jellemző attitűd alapján (Pilling, 1999; Hegedűs, 2006):

1. A megszelídített halál időszaka a középkorra tehető, ahol a halál az élet természetes része volt, az élet lezáró szakasza. A haldoklót körülveszi a család, a barátok veszik körül, kivégzések esetén nyilvánosságot kap. A jó halálra fel lehet készülni, a haldoklás a bűnbocsánat, elmélkedés és a földi dolgok elrendezésének ideje.
2. Az Önmagunk halálának szakasza a középkortól a 18. századig tart. A halál személyes jelleget öltött, a perszifikáció jellemző, amiben a halál a Kaszás képében jelenik meg. Ebben a szakaszban a halál az emberi élet csúcspontja, ez ad értelmet visszamenőleg az életnek. Az életszeretet, halál, öntudat között kölcsönös függőségi kapcsolat áll fenn.
3. A másik halálának korszakára jellemző először a holtak és élők elkülönítése, elsősorban „egészségügyi megfontolások” alapján (Hegedűs 2006), majd a temetkezési rítusok által. Ezzel párhuzamosan a halál egyre nagyobb félelmet kelt. Jellemző a szerelem és a halál képének összefonódása a haldoklás, halál folyamatában. Megjelenik a sajátos ambivalencia, melyben keveredik az elragadtatás és az iszonyat, aminek következménye, hogy a halál csúcspont. A félelem elsősorban a családtagok elvesztésére irányul – a másik halálát tűrhetetlen elszakadásként éli meg. Ekkor kezdődik a halottkultusz, a pompás temetések, díszes, ápoltsírok divatja (Lakner 1993).

4. A tiltott halál korunk halálképe, amelyben a halál tabuvá vált, a haldoklás a kórházakban zajlik. A haldokló a halálhoz közeledvén egyedül marad. Paradox módon a nem természetes halálnemek - gyilkosság, baleset - kiemelt szerepet kapnak a média által. Ezáltal az eredeti szokások elmaradnak a halálhoz, haldokláshoz, gyászhoz kötődő szokásrendszer széthullását eredményezve (Zana 2007).

A halál, a haldoklás, a temetés kérdésköre számos normát és előírást elővételez. A rituálék, szokások kulturális meghatározottsága alapvető különbségeket mutat és fenti értelmezés alapján a halál kapcsán megjelenő szorongásszintet csökkenti, segíti a változások elviselését. Rítusnak nevezzük egy adott társadalmi, világi vagy vallásos csoportban, szubkultúrában kialakult, a közösség egésze vagy választott képviselője által gyakorolt, ismétlődő szokások rendszerét (Helman 1998, van Gennep 2007, Frazer 1994). Érthető, hogy a legtöbb rítusok az élet átmeneti szakaszaiban – születés, házasság, halál – jelennek meg. A rítus azon túl, hogy repetitív, alapvetően valamilyen meghatározott cél elérésére irányul, amely a realitáson túlmutató következményt eredményez, segítségükkel a személy egy új életszakaszba léphet be. A halál, mint az emberi életen túlmutató esemény, transzcendens magyarázatait elsősorban a vallások biztosítják. A vallásos magyarázatok mind a haldoklónak, mind a hozzátartozóknak segítenek a halállal való pszichológiai megküzdés folyamatában. Így szolgálják az egzisztenciális szorongás csökkentését, vagyis a vallásos rítusok protektív faktorként jelennek meg. A vallásos rítusok kultúránként eltérhetnek, hiszen a maga a rítus tükrözi a kultúrára jellemző hittartalmakat.

Elsőként a keresztény kultúrkör mutatjuk be, mely a haldoklás során végbemenő spirituális folyamatra helyezi a hangsúlyt. A halál közeledtével bekövetkező lelki küzdelmet a középkorban isz. 1450 körül keletkező *Ars Moriendi* táblák jelenítik meg vallásos képi formában, amely a kereszténység halottaskönyveként adható meg. Az *Ars Moriendi* 11 fatáblát tartalmaz, mely a haldoklóban lejátszódó érzelemvilágot mutatja be, és tartalmazza a haldoklás folyamán a lélek megkísértéseit - öt fő megkísértés képében, ezek leküzdését vagy feloldását, ami a halál elfogadásához és belenyugváshoz vezet, amit képileg a tizenegyedik tábla jelenít meg. A keresztény hitvilág kísértései az ördög és csatlósai képében jelennek meg. Az első képpáros a hit kérdését helyezi központba, ahol a csatlósok a túlvilágba vetett hitet kérdőjelezzik meg, buzdítanak az öngyilkosságra, ellentétpárja az Atyát ábrázolja Mózes jelenlétében, aki életében találkozott Istennel, a Szentlélek jelenlétében, és angyalok

jelenlétében – üzenete a hitben való megerősödés, ami legyőzi a kétségeket. A második képpár a bűnök következtében felszínre törő kétségbeesés és kárhozat, illetve a feloldozás harcát jeleníti meg a bűnbánó szentek jelenléte által. A harmadik képpáron a türelmetlenség és a szenvedés értelmetlensége, illetve a szenvedés lelket megtisztító hatásának harca jelenik meg a mártír szentek által. A negyedik képpár a gőg, az önhittség és a jóság látszatának legnagyobb kísértését helyezi szembe az alázattal - a Szentháromság képében -, amely a gőggel szembeszállhat. Az utolsó képpáros a földi javakhoz való ragaszkodás küzdelmét és az ezzel járó lelkiismeretfurdalást jeleníti meg képi formában szemben a gondoskodással és gondviseléssel. A tizenegyedik képen a lelket egy angyal viszi a mennyországba, megnyugodva, az ördögök pedig csalódottságuknak adnak hangot. A táblákat a haldokló kezébe adták és arra kérték, hogy a képeket saját élettörténete által értelmezze és töltsse fel tartalommal, mely forma a korra jellemző írástudatlanság miatt használhatónak bizonyult (Ars Moriendi - A meghalás művészete, 2004).

A buddhista filozófia halálhoz való viszonyát a *Tibeti Halottaskönyv* tartalmazza, mely szintén a haldoklás folyamatát mutatja be, ezen túlmenően pedig a lélek halál utáni életére fókuszál. A tibeti buddhista hagyományok szerint ugyanis a lélek halál utáni életének sorsa attól függ, hogy az individuum hogyan élt földi élete során, milyen tetteket és cselekedeteket hajtott végre, ennek értelmében a könyv inkább az életről szól, a tudatos és éber létezésről. Az írás Padmaszambhava és felesége indiai tanítómester tanítása és felismerése által keletkezett ie. 8. században, melyet azonban elrejtett és amelyet időszámításunk szerinti XIV. században talált meg egy tanítványa. Angol nyelven nyomtatva 1927-ben került a nagyközönség számára is hozzáférhetővé, magyarul 1991 óta olvashatjuk. A tibeti hagyomány szerint azonban az ismeretek elsajátítása nem elegendő a megértéshez, mert ahhoz a meditációban való jártasság elengedhetetlen. Hagyományosan a létezést négy időszakaszra bontják, az életre, a haldoklásra, a halálra és a halál utáni élet szakaszára, mely kölcsönös összefüggésben vannak egymással az örök körforgásban - megszabadulást ebből a tudatosság biztosítja, a harag, a vágy és a nem-tudás megszűnése következtében. A halál és haldoklás szakasza fájdalommal tarkított, hiszen szenvedéssel teli tudatlanságunk és felkészültségünk miatt, két részre bontható: a külső feloldódásra és a belső feloldódásra. A külső feloldódás során érzékszerveink és alkotóelemeink oldódnak fel, azaz egyre kevésbé látunk jól, hallunk jól, kevésbé érezzük az ízeket, a test erejét veszti, elveszíti átlátnos nedvességtartalmát, tudatunk ingerlékennyé válik, majd a légzés válik egyre nehezebbé, a

fizikai környezettel való kapcsolat megszűnik, a tudat hallucinációkkal él, egészen az utolsó három hosszú kilégzésig, mely a halál fizikai jeleit hordja. A belső feloldódás a szív körüli melegség megszűnését jelenti, mely a gondolatoktól mentes tudatállapot. Létrejöttében az anyai és az apai „lényeg” oldódik fel a szívközpontban, mely végül igaz természetünk megnyilvánulását eredményezi, melyben a „tudatosság feloldódik az igazság mindent felölelő terében” (Szögyal Rinpoce, 2006: 311, idézi: (Kazi-Tóth, 2006), mely addig tart, míg képesek vagyunk a tiszta tudat tengerében nyugodni. Amennyiben ezt elszalasztjuk, a dharmata bardo szakaszába kerülünk, mely a halál utáni lét szakasza, és ahol vége szakadhat az újjászületések körforgásának, amennyiben tudatunk kellően koncentrált és korábban felkészültünk meditációs gyakorlatok által. Ha ez nem következik be, a lélek újjászületik és a körforgás újból elkezdődik (Szertertás a halottakért - Tibeti halálmeditációk, 1998). A guruk tanításai és a jelen éltben való meditációk készítenek ugyanis nem más, mint felkészülés a halál utáni létezésre. Földi létünk tettei és a következmények belátása a haldoklás időszakában a legnagyobb, vagyis az újjászületésekből való megszabadulásra a haldoklás adja a legnagyobb lehetőséget (Jung, 2005).

Az Egyiptomi Halottaskönyv hangsúlyozza az egyéni történések átélésének fontosságát a képek áramlása által – a haldokló belső monológja e formában jeleníthető meg -, a mennyei és a pokoli történések összeütközésében. A küzdelem célja az örök élet elérése, és a második, végleges halál elkerülése, amely során a lélek eltéved saját tévelygéseiben a túlvilágon, amely kioltja a lélek világosságát az alvilágban. A halottkultusz Osiris mítoszára épül, aki legyőzve az alvilág megpróbáltatásait és csapdáit örök életre kel. Az Osiris mítosz az anyagba zuhanó test és az anyagban foglyul eső lélek szimbólumait jeleníti meg. A könyv az elhunyt számára a túlvilági utazáshoz és a küzdelmekhez szükséges szent szövegeket tartalmazza, mely segítséget nyújt számára minden lelkierejének koncentrálására, hiszen senki más nem segíthet neki e küzdelemben (Kilépés a fénybe - Egyiptomi Halottaskönyv, 1994).

Az iszlám - hasonlóképpen a korábban ismertetett tradíciókhoz, a halált szintén átmenetnek tekinti, mely a túlvilágban megvalósuló örök élethez vezet. Ennek feltételei a jócselekedetek és az erkölcsös élet, a rendszeres böjt. Újdonság azonban az eddigiekhez képest, hogy a haldokló elmulasztott teendőit a hozzátartozók is pótolhatják (Alkaysi, 2008).

3.4.4.4. A halál fogalmának komponensei

A halálfogalom kialakulása a halálkép fejlődésének függvénye, melyhez a kognitív fejlődés biztosít alapot, ezáltal a halálfogalom kialakulása során a következő szakaszok

különíthetők el. A halálfogalom nem a halálra vonatkozó vélekedésekre vonatkozik, hanem a halál megértésének tényére.

Animista	Minden mozgó és működő dolog, élő.
Antropomorfista	Élettelen dolgok emberi tulajdonságokkal vagy viselkedéssel való felruházása.
Immanens igazság	A bűn következménye, halál.
Konkrét halálkép	A halál az élő és élettelen dolgok közötti biológiai különbségtételén alapul.
Absztrakt halálkép	A halál belső biológiai diszfunkciók következménye.
Univerzalitás	Mindenki meghal egyszer.
Személyes halálkép	Én is meghalok egyszer.
Irreverzibilitás	A halál nem visszafordítható állapot.

3-2. táblázat: A halálfogalom megértésének fejlődése a kognitív fejlődés tükrében. Forrás: Gérecz, 2009.

Polcz Alaine (1993) egybefoglalta azokat a módszereket, amelyek gyermekek halálképének vizsgálatához alkalmasnak talált, ilyenek a félig direkt, direkt és szimbolikus verbális közlés, a verbális utalás, a tréfálgozás, a direkt játék, a szimbolikus rajz és mese, a cselekvéses utalás, az előrejelzés, és az álom. Molnár (2007) kisiskolások halálképét rajzvizsgálattal térképezte fel nemi, életkorbeli és lakhely szerinti (város vagy falu) különbségek céljával. Azt találta, hogy a gyerekek nemükre jellemző szimbólumokkal jelenítették meg a halált - fiúk inkább zászló, lányok inkább virág, de szignifikáns eltérések nem voltak e tekintetben. Nemi különbséget csak a halálhoz kapcsolódó érzelmek kifejezésében talált, a lányok már gyermekkorban több érzelmet mutattak a halál témájával szemben például színesebb rajzaik voltak, amelyen gyakori volt a sírás és könnycsepp megjelenítése.

Kane (1976) kutatásában 3-12 év közötti gyerekeket vizsgált a halálfogalom megértésének fejlődése céljából. Vizsgálata narratív módszerrel történt, egy halott nyulat ábrázoló képről kellett a gyermekeknek történetet mesélni, aszerint, hogy mi történhetett a nyúllal, mi okozhatta a halálát, hova kerül a teste. Ezt követően a történeteket tíz szempont alapján elemezték a kutatók: (1) annak felismerése, hogy a halál mindenkiel előfordulhat, (2) szeparáció, mely a test halál utáni lokalizációját vizsgálja, (3) a mozdulatlanság, mint a halál

ismertetőjele, (4) elkerülhetetlenség, a halál visszafordíthatóságának szempontja, (5) okság, ami azt mutatja, hogy mit gondol a gyermek arról mi okozza a halált, (6) működésképtelenség, mely a testi funkciókra vonatkozik, (7) univerzalitás, (8) érzékszervi működés (9) a halott külső megjelenése, (10) perszónifikáció. Azoknak a gyermekeknek a történeteit, akik nem ismerték fel halált, a vizsgálati anyagból kivették - leginkább 3 éves kor alatti gyermekeknél fordult elő – így azonosították a halál fogalmi megértésének szakaszos fejlődését. Az eredmények alapján a komponensek megértése meghatározott sorrendben zajlik, mely komponensek megértése és halálhoz való viszonya szintén összefüggést mutat Piaget fejlődélméletével. Eszerint a műveletek előtti szakaszban a gyermekek a szeparáció és mozdulatlanság által ismerik fel a halált. Az egocentrikus gondolkodásmód következtében a halál bekövetkezhet amiatt, mert valaki más azt kívánta, vagy egyfajta büntetésként, ha az illető rosszat tett. A konkrét művelet szakaszában a felismerés, a szeparációs komponens és a mozdulatlanság megmarad, de már nem ez okozza a halált (finalizmus). Ebben a fejlődési szakaszban a gyerekek felismerik, hogy a halál nem visszafordítható, a halál okaként belső tényezőket emelnek ki – mint például az öregség, betegség -, és ismereteik tovább bővülnek a test és az érzékszervek működésképtelenségéről. A szabályokhoz való alkalmazkodás lehetővé teszi, hogy önmagukra is úgy tekintsenek, mint aki meghal egyszer, de ez csak a távoli jövőben lehetséges. Majd a formális műveleti szakaszban a halálfogalom absztrakttá válik, fogalmi konstruktumokban gondolkodnak róla.

Kutatási során a perszónifikációt beépítették a felismerés konstruktumába, mert nem találtak a perszónifikációra utaló jeleket. További eredmény, hogy Kane az univerzalitást korábbi életkorra datálta, szerinte a gyerekek ennek 5-6 éves korra kerülnek tudatába.

	Kane modellje (1979) a halál megértésének fejlődéséről
3 éves kor	felismerés, perszónifikáció
5 éves kor	szeparáció, mozdulatlanság
6 éves kor	elkerülhetetlenség, okság, működésképtelenség, univerzalitás
8 éves kor	érzéketlenség
12 éves kor	külső megjelenés

3-3. táblázat: Kane (1979) modellje a halál megértésének fejlődéséről 3-12 éves gyermekeknél

Figyelemre méltó, hogy a halott testének külső megjelenéséről való gondolkodás, egybeesik a serdülőkor kezdetével, amikor a saját testről való gondolkodás is hangsúlyosabbá válik.

Speece és Brent (1984) tanulmányukban meghatározzák azokat a kognitív képességeket, amelyek a halál visszafordíthatatlanságának felismerését elősegítik. Ezek a transzformáció, az idő linearitása, felcserélhetőség művelete, reciprocitás képessége, a decentralálás, és a szabályok univerzalitásának megértése. A visszafordíthatóság esetén a kisgyermek az azt hiszik, hogy a halott visszatérhet, csupán más képességei vannak, mint az élőknek, például nem hallanak, és nem látnak olyan jól, mint az élők. Az univerzalitás kialakulása előtt a kisgyermek az azt hiszik, hogy vannak olyan személyek, akiknél a halál sosem következik be, például ha okos és szerencsés az illető. Sternlicht (1980) 10-19 év közötti mentálisan retardált (átlagos IQ pontszám: 49) gyermek halálképét vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a kognitív fejlődés a döntő a halálfogalom kialakulásában, mivel ezek a gyerekek sem a halál megértésére, sem konzervációra nem voltak képesek.

Ezek alapján a halálfogalom megértésének fejlődési szakaszait a táblázat összegzi.

Fázis	Életkor	Fogalom	Kifejeződés	Intervenció
Szeparáció (szenzomotoros fejlődési szakasz)	0-3 év	elhagyatottság, cserbenhagyás	sírás, szeparációs szorongás	folyamatos közeli fizikai kapcsolat
Strukturális (mágikus gondolkodás műveletek előtti szakasza)	3-6 év	asszociáció az alvásra	félelem a mozdulatlan embertől, elalvástól való félelem	fizikai kapcsolat és megerősítés
Funkcionális (konkrét műveletek szakasza)	6-12 év	események általi tudás: a halál külső, majd belső oka	magánytól való félelem, a test feletti uralom elvéstése	emberi test tisztelete, helyzet kontrollálásának felkínálása, információk
Absztrakt (formális)	≥ 12 év	a halál	függetlenedés	kortárskapcsolato

műveletek szakasza)		következmény einek értelmezése	problematikája	k stabilitása, személyes tér és kifejezhetőség
---------------------	--	--------------------------------------	----------------	--

3-4. táblázat: gyermeki halálfogalom fejlődési szakaszai. Forrás: Gerecz, 2009.

3.4.5. A halál megállapítása

Az élet kezdete, vagyis a fogamzás időpontja a jogképesség kezdete is, melyet a születési anyakönyvi kivonat bizonyít. A halállal nem csupán a létezés, hanem ezzel együtt a jogképesség is megszűnik, melyet a hozzátartozók a halotti anyakönyvi bizonyítvány igazolnak (Ptk. Személyi jog, 9. §). Az elhunyt személyiségi jogainak helyébe a kegyeleti jog lép. Bár a jogképesség megszűnése jogi kérdés, a halál tényének megállapítását a hatályos orvosi jogszabályok szabják meg. A halál időpontjának meghatározására több feltétel együttes jelenléte esetén van mód, melyek elsősorban a biológiai értelemben meghatározott folyamatok megszűnésére vonatkoznak. Ilyenek

- környezetre való minden reakciók megszűnése
- az izomzat elernyedése
- a spontán légzés hiánya
- artériás vérkeringés lezuhan
- abszolút egyenes EEG görbe.

Ezek alapján a halál tényének megállapítása az agyhalál függvénye (Eütv. 217 §). A halott eltemetése csak a halál megállapítása után 48 órával megengedett.

A halál tabuként való kezelésének magyarázataként szolgál, hogy sem a családi szocializáció, sem az intézményes keretek nem biztosítanak megfelelő ismereteket arról, hogy mi történik a testtel a halál bekövetkezte után. A halál ezáltal is átítatódik a misztikummal, hiszen a test „eltűnik” a kórházból, majd a temetőben a ravatalozóba „kerül”. A holttestekkel kapcsolatos eljárásrendet az Eütv. 217. §., a 145/1999. (X.1.) kormányrendelet, illetve a 34/1999. (IX.24) BM-EüM-IM együttes rendeletei, illetve a Semmelweis Egyetem 6/2002 (I.31) ET. határozata szabályozza. Ezek szerint a halál bekövetkezte után a halott testét a patológiai intézetekbe szállítják a halál tényének megállapítása után legkésőbb 6 órával tekintet nélkül arra, hogy boncolásra sor kerül-e vagy sem. A testre két végtagon vízzel nem eltávolítható azonosító űrlapot helyeznek, melyen szerepel a halott neve, születési dátuma, a halál pontos időpontja,

és a halál pontos helye. A patológiai vagy kórbonctani intézetből a halott testét a temetés helyére szállítják jogszabályban meghatározott keretek között (34/1999. (IX. 24.) BM-EüM-IM. számú rendelet 10. §. és az 1999. évi XLIII. törvény 35. §. rendelkezése alapján). Ezt követően válik a test temethetővé.

3.4.6. A gyászfolyamat

Eddigiek ismereteink alapján látható, hogy a halált nem csupán a haldokló ember perspektívájából szükséges megismerni, hiszen a halál okaira magyarázatot az élők próbálnak magyarázatot adni, a halál valóságos tényét élők kénytelenek elfogadni. Vagyis míg a halál folyamata magyarázható pszichológiailag a haldokló szempontjából, meg kell vizsgálnunk a halált az ittmaradók, a család és a hozzátartozók szempontjából is. A gyászfolyamat megértése a halálfogalom megértéséhez kötött, a gyász a veszteség feldolgozását segíti a személyiség reintegrációjával.

A gyással való megküzdésben elsődleges szerep jut a haldoklóval való találkozásnak, mely a búcsúzás lehetőségét biztosítja, amire azért van szükség, mert Buda Béla szavaival élve minden ember egy „kognitív-emocionális struktúra” a másik emberben (Buda, 1997). A búcsú kezdetben fokozhatja a gyászreakciót, de később a gyászfolyamat feldolgozását segíti (Cuisinier, Kuijpers, Hoogduin, de Graauw, & Janssen, 1993). A halál a másikban élő kép fejlődését akadályozza meg, mely emocionális és kommunikációbeli elakadást eredményez. Ez az elakadás vezethet traumához, mivel „a társas lét szövetében szakadás következik be” (Buda, 1997). Ennek a traumának a feldolgozását segíti a gyász - mely éppúgy, mint a halálhoz való viszony – kulturálisan szabályozott formában lehetővé teszi a halál következtében fellépő fájdalom kezelését. A gyász tehát egy olyan érzelmi, kognitív, viselkedésbeli és kapcsolati változásokban, és nem mellékesen testi tünetekben megnyilvánuló reakció, melyet egy fontos tárgy vagy személy elvesztése vált ki, akut formájában normál pszichés reakció. Vagyis fogalmazhatjuk úgy, hogy a „jó halál” az embereket közelebb viszi egymáshoz, olyan viszonyt kialakítva, ahol az érzelmek kifejezhetővé válnak, ami szintén a gyász feldolgozásának sikeres feltétele. Így válik érthetővé, hogy a hirtelen halál komoly traumaként definiálható.

Buda (1997) szerint a halál következtében fellépő természetes szorongás helyett manapság gyakran csupán a szorongás testi tüneteit éljük át – szapora pulzus, fulladásélmény, szívdobogás -, melyet pánikroham formájában kezelhetővé teszünk. Ez a kezelhetőség biztosítja a halál fájdalmának kezelhetőségét is, akár gyógyszeres segítséggel. A testi tünetek

megjelenése elsőként a légzőszerveket érinti (sóhajtozás), majd mozgásrendszer is érintetté válik (izomgyengeség, erőtlenség, kimerültségérzet), amit gyomor és bélrendszeri tünetek (étvágytalanság, hasmenés vagy székrekedés) követnek. Később a pszichológiai stressz szimpatikus idegrendszer és a mellékvesekéreg hormonelválasztásának stimulációja által szív és érrendszeri megbetegedéseket eredményez – vérnyomás emelkedés, szívritmus zavar, szívinfarktus. A stresszreakció immunológiai változásokat is eredményez, aminek következményeképp a szervezet öngyógyító mechanizmusai gyengülnek, ami a daganatos betegségek kialakulásának kedvez, illetve megnő a fertőzések iránti fogékonyság is (Boga, 2000).

A gyászfeldolgozásnak számos modellje létezik, a kezdetben a gyász három szakaszát különítették el (1) érzelmi sokk (2) a veszteség tudatosulása, (3) felépülés (Kiss, 2003). Általános egyetértés mutatkozik az első és az utolsó szakasz meghatározásában, azonban későbbi modellek a középső szakaszt újabb alszakaszokra bontották (Engel, 1962; Averill, 1968; Spiegel, 1981; Parkes, 1994; Kast, 2000; Horowitz, 1993). Mi Verena Kast svájci pszichoterapeuta elméleti keretében mutatjuk be a normál gyászfolyamatot. Kast (1991) szerint a gyászfeldolgozás – éppúgy, ahogy a haldoklás folyamata – szakaszos, melyek a következő stádiumokat képezi:

1. Elutasítás stádiuma, a halálhírt követő szakasz, mely néhány órától egy hétig is eltarthat. Érzelmi jegyekben jellemző a dermedtség, a sírás, testi jelei a sóhajtozás, hasi üresség érzése, a gondolkodásra jellemző a tagadás, a hitetlenség.
2. Felszakadó érzelmek stádiumának szakaszában érzelmi reakciók lehetnek a düh, a lehangoltság, az örömré való képtelenség, az álmatlanság, testi jellegzetességek a testsúlycsökkenés, kimerültség, erőtlenség, gondolkodási sajátosságok a büntudat megjelenése. Ezen túl jellemző lehet a halottal való gyakori álmok, a halottal kapcsolatos gondolatok, introverzió.
3. Keresés és elválás szakaszában a halottal kapcsolatos gondolatok erősödnek fel, és fennmaradhatnak a testi jellegzetességek.
4. A személyiség reintegrálódása és új viszony kialakulása a halottal, melyben a személy a múltra szép emlékei által visszanyeri tevékenységei iránt való érdeklődését, új kapcsolatokat alakít ki és ezáltal megváltozik az elhunyttal való kapcsolata is.

Pilling (2001) kiegészíti egy szakasszal a fenti modellt, amely megelőzi az érzelmi sokk szakaszát, ez az anticipációs gyász szakasza, mely során a hozzátartozók a halál bekövetkeztének lehetőségére felkészülnek, mely a veszteség által okozott érzelmi sokkot tompíthatja (Pilling, 2001).

3.4.6.1. Komplikált gyász

A gyászfolyamatot és a személyiség reintegrálódását nagymértékben megszabja a halál módja, a halottal való kapcsolat, a gyással kapcsolatos tapasztalatok, a személyiség, veszteséghez való viszony, a szocializáció, mely megszabja mely érzelmek kifejezése elfogadott, melyek nem, mozgósítható erőforrások – emberi kapcsolatok, társas támogatottság, megküzdési stratégiáink. Mindez előre jelzi, hogy mennyi tényezőnek köszönhető, ha a gyászfeldolgozás folyamatában elakadás következik be.

Freud (1917) volt az első, aki elkülönítette a normál gyászfolyamatot a „patológiás” gyásztól a *Gyász és melankólia* című munkájában. Megfigyelései alapján azt a következtetést hozza, hogy „A gyászban a világ szegényedik el és válik üressé; a melankóliában maga az én”. A pszichoanalitikus megközelítés alapján tehát komplikált gyász akkor alakul ki, amikor túlzott önvádások jelentkeznek és ezek tartósan fixálódnak (Freud, 2011). A gyász elfojtása, tagadása súlyos következménnyel jár a társadalom többi tagja számára is, elsősorban abban mutatkozik meg, hogy a nem leszünk képesek a másikat a gyászfolyamat lezajlásában támogatni, a kommunikáció „zárlatossá” válik (Buda, 1997). Ennek következménye, hogy a gyászoló és a fájdalomról való kommunikáció is egyre nehezebbé, és saját maga számára is tabu témává válik. Az egzisztenciális magáramaradottság élménye alakul ki az emberben, mely akár önpusztító mechanizmusokban, legyen az feszültségszabályozási mód, mint a szerabúzus, ingerkereső magatartás, vagy személyiségbeli zavarok, mint az alexithymia vagy a depresszió is megnyilvánulhat. A komplikált gyással való megküzdésben, mint korábban is említettük, hangsúlyozottan nagy szerepet kap a társas támogatottság, mely hatékonyan képes a stressz fiziológiai és pszichés következményeit is enyhíteni, elsősorban minőségi kapcsolatok szemben a felszínes kapcsolatos sokaságával, mely a társas támogatás észlelt mértékével van kapcsolatban (Marks, 2000). Fontos megemlítenünk, hogy a stressz a veszteség kapcsán az megváltozott életmódbeli szokások, alvási szokások, evési szokások, önellátási szokások –, a változás következtében fellépő szorongásos reakciók következménye. Nem elhanyagolhatók a pszichés következmények, mint a depresszió, hipochondria, disszociatív reakciók, pánikbetegség, fóbiák, kényszerbetegség, additív magatartás,

öngyilkossági fantáziák és poszttraumás stressz szindróma (Fleischer, 2004). Vegyük azonban figyelembe, hogy a gyász meghatározott testi és pszichés tünetekkel leírható tünetcsoport, mely megjelenhet a veszteségélmény után közvetlenül, de késleltetve is. A normál gyász tünetei a hullámokban megjelenő rosszullétek, torokszorítás, sóhajtozás, gyomor összeszűkülésének érzete, és az izomerő hiánya, melyhez erős feszültség társul. Megváltozik az érzékelés, a többi ember távolibbnak tűnik, a valóság élménye torzul, a büntudat felerősödik a halott emlékével való intenzív foglalkozás miatt, illetve a halottal való azonosulás is megjelenhet, mint viselkedésminták átvétele, mozgásminták átvétele, gondolatok és eszmék átvétele. Ezen tünetek fennmaradása a gyászmunka sikerességének függvénye. Ezzel szemben a kóros gyászreakció (Lindemann, 1998)

- a késleltetés, vagyis a gyászreakciók felfüggesztése, inadekvát érzelmi viszony a veszteséghez. Ez akár évekig is eltarthat, felszínre akkor kerülhet, mikor a személy ismét akut gyászt él meg;
- túlzott aktivitás a veszteség élménye nélkül
- identifikáció a halott tüneteivel
- fent említett pszichoszomatikus megbetegedések
- társas izoláció
- fokozott düh érzése bizonyos személyekkel szemben, hibáztatás
- érzelmi elsivárosodás
- társas tevékenységi minták elvesztése
- önbüntetői tendenciák, önvádlások, öngyilkossági készlettel.

Tekintsük át azokat a helyzeteket, amikor nagyobb esély van a gyászfolyamat elakadására (Rynearson, 1987):

1. Nagyon szoros szeretetkapcsolat esetén a tagadás erősödhet fel
2. Hirtelen és váratlan bekövetkező halál esetén, amikor az anticipációs gyászra nincs mód
3. A halotthoz való ambivalens érzések esetén, amikor a büntudat és az önvádlások dominálják a gyászolót

Sajnos mindezek ellenére ezen ismeretek az egészségtudatosságnak, egészség tájékoztatásnak elhanyagolt területe, bár létezik az ún. gyásztanácsadás (bereavement protocoll), mely olyan

törődési módot jelent, melyben a veszteség negatív következményeit igyekszik minimalizálni. Ez azonban nem azt jelenti, hogy figyelemeltereléssel a gyász következtében fellépő fájdalmat a szakember elfojtja, sokkal inkább az érzelmek kifejezésére bátorítja a hozzátartozókat. Nem minden esetben van szükség azonban gyásztanácsadásra, tudományos közlemények alapján megállapítható, hogy a gyászolók 60%-a képes a gyász feldolgozására, 30%-uk igényel támogatást, és 10% igényel pszichoterápiás segítséget a gyászfeldolgozáshoz (Müller, 2000).

3.4.6.2. Gyermek halála

Kevés tanulmány van – vélhetően a téma érzékenysége miatt -, mely a gyermek halálának szülőre gyakorolt hatásával foglalkozik, ezek is leginkább a csecsemők és kisgyermek halálának hatásait mutatják be. Gyermekhalál esetén a komplikált gyász kialakulásának valószínűsége nagyobb. Korábban ismertetett szakaszokhoz képest jellemző lehet, hogy a felszakadó érzelmek stádiuma elnyújtottá válik, illetve a személyiség reintegrálódása sosem valósul meg. Gyermekünkhöz való viszony más jellegű minden kapcsolathoz képest. A felnőtt felelőssége, kötelességtudata, gyermekéről való gondoskodásának képessége dominálja a szülő-gyermek kapcsolatot. A szülő és a gyermek életkorát figyelembe véve három életkori periódus különíthető el a gyermek halálát illetően:

1. *Újszülött, csecsemő és kisgyermek halála:* ebben az életperiódusban eltekintve az erőszakos vagy baleseti haláltól, leginkább biológiai okok vezetnek a halálhoz. A szülők erős lelki megrázkódtatást élhetnek át, amelynek feldolgozásában sokszor segíthet az a tudat, hogy reprodukciójuk nem szakadt meg.
2. *Serdülő vagy fiatal felnőtt gyermek halála:* ebben a korban is sokszor biológiai okok vezetnek a halálhoz, de gyakoribbak a balesetek. A szülők ekkor általában középkorúak, a szülő-gyermek kapcsolatban kialakult emlékképek az elválást megnehezítik.
3. *Középkorú gyermek halála:* ebben az életszakaszban megnő a szív és érrendszeri, illetve daganatos betegség rizikója, sokszor ez vezet halálhoz. Ekkor a szülők idősek, a kontinuitás élménye a gyermek halálával megszűnik, a szülő elveszti támaszát.

Ezen utolsó életszakaszban történő halálra a normál gyászreakciótól elkülönülő tünetegyüttes kialakulása jellemző az idős szülőknél, az ún. Kadmosz-szindróma. Az elnevezés a mitológiai alak történetére vonatkozik, de a Bibliában az első emberi halál is egy gyermek,

Ábel nevéhez köthető, akit anyja, Éva sirat nagy fájdalommal, de Krisztus halála is anyja jelenlétében történik meg. Ebben a tünetegyüttesben megnyilvánulnak pszichológiai, szociális és biológiai jellemzők.

- a) *Pszichológiai jellemzők:* a kontrollálatlan érzelmi kitörések és a teljes apátia közötti ingadozás, a mély depresszió érzése, a hiábavalóság érzése „Nekem kellett volna meghalni!”, a meghalt gyermek felmagasztalása, a családi kontinuitás megszűnésének érzete. Amennyiben van másik gyermek a családban, paradox módon megnyilvánulhat felé egyfajta harag, amiért egészséges és vidám, de ez a harag általános megkeseredettséggé alakulhat a többiekkel szemben.
- b) *Szociális jellemzők:* elsősorban anyagi, ápolási és hivatalos ügyek intézésében való segítség hiánya jelenik meg. Hazai, 70 éven felettiekre vonatkozó szociológiai reprezentatív mintán kimutatott vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy az idős személyek 80-85%-ban számíthattak gyermekeik segítségére e területeken.
- c) *Biológiai jellemzők:* a halál következtében fellépő pszichés stressz idős korban nagyobb mértékben terheli a szervezetet, gyakoribbak a szív és érrendszeri krónikus betegségek, a meggyengült immunválasz következtében fellépő fertőzőes megbetegedések, megnő az asthma bronchiale kialakulásának veszélye (Boga, 2000).

A gyermek halála esetén ennek következtében az önvád, a bűntudat, a harag, és agressziós késztetések indulnak meg mind mások, mind a saját maga irányukba. Ezt tetézi, hogy a jövőkép erőteljesen megrendül, illetve a halált övező társadalmi tabuk a szülők és a család elszigetelődik a társadalom tagjaitól. Mindez egyértelműen a családi rendszer működését befolyásolja és hatással van, bár jelentősen kedvezőbb helyzetben vannak azok a szülők, akik házasságban élnek, hiszen egymás számára szociális támaszt nyújthatnak (Kovácsné & Szeverényi, 1998).

- Jelentős mértékben befolyásolja a szülői gyász folyamatot a gyermek halálának helyszíne. Ha a gyermeket otthon éri a halál, a szülők gyászára inkább az önvádlások, a depresszió a jellemző.
- Egyéni jellemzők is befolyásolják a halálhoz való viszonyt. Az anyák inkább szorongásra, depresszióra, az alvászavarokra hajlamosabbak, míg az apákra inkább a düh, a munkába való menekülés és a teljes tagadás jellemző.

Kovácsné, Szeverényi és Forgács (1994) négy megküzdési módot azonosított, mely segítette a gyermekek elvesztésének feldolgozását:

1. A gyermek haláláról való verbális kommunikáció a családon belül és a szakszeméllyel
2. Vallásos meggyőződés
3. Adaptív megküzdési stratégiák a családban: a munkahely és a lakhely stabilitása, szociális kapcsolatok ápolása
4. A gyermek halálának elfogadása az anya által (Kovácsné, Szeverényi, & Forgács, 1994).

3.4.6.3. Gyermekek gyászfeldolgozása

A gyermek elvesztésén túl figyelmet kell szentelnünk a gyermekek gyászfeldolgozásának. Mint korábban a halálhoz való viszony és a halál megértésének fejlődési sajátosságai életkoronként eltérőek, így az életkori sajátosságok megszabják a gyászfeldolgozást is. Ennek tükrében érthetővé válik, hogy a gyermekek más-más reakciókat adnak a halál tényére, illetve maga az életkori sajátosság elővételezheti a gyászfolyamat időben való megnyúlását, hiszen a gyermek különböző életkorokban a halál fogalmának más-más aspektusait érti meg. Anna Freud megfogalmazásában a gyászra adott reakció a mentális fejlődéstől függ (Barta, 1975). Tudnunk kell azt is, hogy a halállal való foglalkozás, és a halálhoz való viszony kialakulása már jóval a tényleges, testi halált megelőzően a gyermekek számára láthatóvá válik az események sorozatában, az ún. kaszkádokban a szülői bánásmód által, ezáltal a kaszkádok a szocializáció részévé válnak: egyre kevesebb figyelem jut a gyermekre, a szülői érzelmek dominálnak a gyermeki érzelmekkel szemben, melyek ráadásul a gyermek számára nem mindig érthetőek, a hozzátartozótól való elszakadás, a kezelések és ezek következtében kialakuló egzisztenciális krízis és a családi struktúra felbomlása által. Vagyis a gyermeki gyász nem csupán a halott elvesztését, hanem az addigi szeretet elvesztését is magába foglalja.

Vikár (1984) szerint a gyermek személyiségében a korai tárgyvesztés komoly mértékű károsodást szenved, amennyiben a felnőttek nem képesek érzelmi támaszt nyújtani, ami által a fájdalom a gyermek nyelvén válik kifejezhetővé. A gyermek félelmei és fájdalma akkor élhető át, ha a szülő önmaga is mélyen átéli a gyász okozta fájdalmat, ugyanakkor biztonságot nyújt ezzel együtt a gyermek számára. A gyász átélésének feltétele a halál tényének

intellektuális megértése, és a saját halálfélelmek eloszlatása a felnőtt segítségével. A gyászreakció lefolyását befolyásolja továbbá, hogy a halál milyen életesemények között jelenik meg, illetve hogy a halott milyen jelentőséggel bírt a gyermek számára. (Barta, 1993) (Vikár, 1984)

A gyermekek gyászfeldolgozása kapcsán érdemes néhány szót ejtenünk arról, hogy milyen hatásai vannak a gyermekek temetésén való részvételének. Fentiek jól illusztrálják azt a tényt, hogy a felnőttek tabuként kezelik a halált, így merülhet fel a kérdés egyáltalán: vajon a gyermek találkozhat-e a terminális állapotban levő beteggel, mennyire hat traumatikusan a test enyészetének látványa, vajon a gyermek részt vegyen-e temetésen, vihetők-e temetőbe, nem élik-e meg nagyobb traumaként ezeket az eseményeket, mintha tényükről nem is tudnának? Simkó (2009) szerint a gyermekekre nincs negatív hatással a terminális állapot, a temetésen való részvétel feltéve. Ajánlja, hogy kisebb gyermekek esetében a temetésen legyen a gyermek mellett egy számára biztonságot nyújtó személy. A temetésen való részvétel előnyei közé sorolja, hogy a gyermek példát tapasztal a gyász megélésére, ugyanakkor a sok idegen ember, a szertartás személytelensége, a jelenlevők empátiájának hiánya szorongató is lehet. Ezért e részvétel előzményeként említi a felnőttel való beszélgetéseket – fogalmak (urna, hamvasztás) és félelmek tisztázása, a gyász egyéni formájának kifejezhetőségét például egy gyertya meggyújtásával vagy közös imádsággal. Fontos hangsúlyozni, hogy a gyermek döntése a családi viszályok forrásává válhat, melyek a gyászfeldolgozást nehezíti.

Gyász csecsemő és kisgyermekkorban (0-3 év)

Ebben az életszakaszban a gyermeki gondolkodás egocentrikus, élményei és érzései a társas tudás részeként jelenik meg, ami információelakadáshoz, téves értelmezésekhez vezethetnek. Érzései leginkább a szülőkhöz való viszonyban mutatkoznak meg, félelmeik így a biztonság kérdését elővételezik „Mi lesz velem?” formában. A halálfogalom fejlődésének tárgyalása kapcsán láttuk, hogy a gyermek számára ebben az életszakaszban a halál kritériuma a mozdulatlan és a csukott szem, így érdemes az „elaludt” kifejezés mellőzése, hiszen tévesen kapcsolódhat az alvás tapasztalatához, ami miatt a gyermek nem kíván elaludni, esetleg fél az elalvástól. A visszafordíthatóság és az ezekhez kapcsolódó kérdések nem az elakadt gyászfolyamatot, hanem az életkori sajátosságokat tükrözik „Anya mikor jön haza?”. Ezek a tények vezethetnek átmeneti magatartászavarokhoz, mint regresszív jelek – enuresis,

enkoprezis, együttalvás a szülővel, vagy a verbalitás megakadása. Biztonságot mindezzel szemben a mindennapi tevékenységek rutinja nyújthat.

Óvodáskor (4-6 év)

A gyermeki gondolkodást továbbra is az egocentrikusság jellemzi, kiegészítve az animizmus, az artificializmus és a prekauzális következtetések rendszerével, amely során két egymás mellett zajló eseményt logikailag összekapcsol. Az egocentrikus gondolkodás és a prekauzális következtetések együtt okozzák, hogy az ilyen korú gyermek a negatív események hátterébe saját szerepét feltételezi, így válhat a halál büntudat forrásává: „Anya azért halt meg, mert nem voltam jó!”. Megjelenik az önvád, mely a társas izolációt eredményezhet, ha a verbálisan, a szégyen miatt ez nem kifejezhető. A betegséggel és a halállal kapcsolatban azonban a kíváncsiság dominál, a félelmek és szorongások a felnőttek reakcióiból fakadnak, ami a saját büntudati érzésekkel kombinálódhatnak. A halál visszafordíthatatlansága szintén nem érthető az ilyen korú gyermek számára, így a halott fantáziált képe, a vele való társalgás életkori szempontból elfogadható.

Iskoláskor (7-11 év)

Ebben az időszakban ugyan a kognitív fejlődés gondolkodási változást eredményez, a kisiskolás gyermek viselkedését azonban a büntetésorientáció szabja meg, tehát ebben a korban is dominál a szeretett szülő elvesztése esetén a büntudat érzése, irracionális önvád, az a hit, hogy a szülő betegségének oka az „rosszaság”. A halálfogalom fejlődése a megismerés által teszi érthetővé az elmúlást, amely szimbólumok szorongást okozhatnak, ezáltal vezethetnek alvászavarokhoz, iskolával szembeni elkerüléshez, érzelmi elsívárosodáshoz, szociális izolációhoz, és figyelmi problémákhoz.

Serdülőkor (12-18 év)

Ebben az életkorban a biológiai érés megkezdődik, fokozott hangsúly kerül a testre, így a betegségekkel és halállal való szembesülés elsősorban egy tagadó reakciót eredményez, nem kíváncsiak a részletekre. A szülőktől való elszakadás, az önálló identitás kialakítása és a halál ténye a magányosság érzésével párosul, hirtelen és heves érzelmi reakciókkal járhat együtt. A kortárs csoportok szerepe megnő, szoros barátságok alakulnak, erős kötődéssel, mely szintén a szülőktől való erős elfordulást eredményezi, a belső világból való kiszorulását. A serdülő gyásza epizodikus, ünnepnapokra, évfordulókra vonatkozó érzelmi viharokkal járhatnak. Általában elutasítják a konvenciókat, a gyászszalagot, a temetőbe járást. Ehhez

kapcsolódnak az gyászban való elakadás jelei: magatartászavarok, irreális érzelmi reakciók, önvádítások, önbüntetések, testi panaszok, teljesítménycsökkenés, jövőtől való félelmek, alkohol vagy droghasználat.

Természetesen fenti folyamatok mindig az idői dimenzióban nyerik el értelmezhetőségüket. A gyermek korán túl, figyelembe kell vennünk a halál bekövetkeztének időpontját. A gyászra adott fenti reakciók a hozzátartozó halálát követő fél éven belül tekinthetők normál reakciónak, későbbiekben ez felveti a komplikált gyász lehetőségét. Fenti tüneteken túlmutató reakciók, mint rémálmok, játék elutasítása mindig a konzultáció lehetőségét elsősorban a gondozó vagy gondozók számára.

Fokozott figyelmet igényelnek azok a gyermekek, akik egyik vagy másik, esetleg több alább felsorolt tényezővel jellemezhető:

- szülő elvesztése
- egy éven belül több veszteség elszenvedése, mint válás, más haláleset, költözés, baráti kapcsolatok megszakadása
- szociálisan hátrányos helyzet
- korábbi hangulatzavarok, magatartászavarok, viselkedészavarok
- hirtelen haláleset
- kommunikációs zavarok a családtagok között
- szülő gyásza.

A védőfaktorokat fenti tényezők ellentéte képezi.

3.4.7. Veszteségpszichológia

Újszerű felismerése a pszichológiának, hogy a gyászreakció, a stressz és a megküzdés nem csupán haláleset kapcsán, hanem az élet különböző területein elszenvedett veszteségek kapcsán is megjelenhet, krízisekben. Nem tekinthetünk el ebben az esetben a XX. században lejátszódó társadalmi és gazdasági változásoktól, mely az anyagi jólétet, a felcserélhetőséget hangsúlyozta, mely a fogyasztói társadalom kialakulásához vezetett. Ebben a kontroll játszik nagy szerepet: az individuum saját életét irányítja, döntéseket hoz annak érdekében, hogy életét kényelmesebbé és jobbá tegye. Veszteségélmény így akkor keletkezik, amikor a kontroll illúziója elvész, és a személy egy szokatlan esemény következtében szeparációt kénytelen elviselni vagy megtapasztalni, melynek következménye a gyászreakcióhoz hasonló

érzelmi viszonyulás. Így veszteségként definiálható a személy saját magában vagy interperszonális kapcsolataiban bekövetkező csalódás, megaláztatás élmény, vagy cserbenhagyás élmény. Vagyis a veszteségérzet az élet főbb területén elszenvedett tartós negatív, mindent átható életérzés, mely hasonló a depresszív állapotokhoz, szubjektív realitás. Meghatározás szerint a személy számára erős érzelmi töltettel rendelkező tárgy, személy vagy kapcsolat elvesztése, (Harvey, 1996). Két tényezőt kell kiemelni, mely összeütközésben állhat:

1. a személy szubjektív élményét
2. azon személyek objektív véleményét, akik az eseményeket jól ismerik.

Vagyis a veszteségpszichológia a szubjektív-objektív mutatók kombinációt igyekszik érthetővé tenni, kiemelve az agysérülések következtében fellépő torzult észlelésektől, a szocializációs folyamatokból, vagy a sztereotípiák következményeiből. Weiss (1998) szerint a veszteségnek három formáját lehet elkülöníteni:

1. fontos emberi viszonyokban bekövetkezett veszteség, mint például a válás, szoros barátságok, vagy más szoros emberi viszonyok felbomlása
2. saját önbecsülésünkkel kapcsolatos veszteségek, mint például a munkahely elvesztése, közösségben vagy családban játszott szerepek elvesztése
3. viktimizáció, mely során egy személy természeti katasztrófa következtében egzisztenciális bizonytalanságot tapasztal, vagy bűncselekmény áldozata lesz.

A veszteségpszichológia feladata tehát annak megértése, hogy az adott veszteségélmény milyen jelentéssel bír a veszteséget átélő személy élettörténetében, személyes narratívájában. Az okok tulajdonításán túl tehát, az esemény jelentésének megértési folyamatoként értelmezhető. Ezáltal a veszteségpszichológia feladata, hogy a személy számára az események alakulása felett elveszített kontroll érzését visszaadja, az eseményeket értelmes rendbe szervezze, ezáltal jövőképet teremtsen, mert az értelmetlennek tűnő helyzetben értelmes összefüggések keresése, az események újrakonstruálása, a remény fenntartásának az eszköze (Snyder, 1994). Amint a remény újra átélhetővé válik, a jövőkép a mentális struktúrában kialakul, így a remény a veszteség feldolgozásának a része. Visszautalunk itt az egzisztencialista megközelítés téziseire, melyek az értelemkeresést tekintik az ember alapvető szükségletének. Itt érdemes kiemelni, hogy a kontextualizált veszteségek kognitív feldolgozása és identitásba építése nem mindig jár eredménnyel, generációkon átívelő hatásuk

is lehet, például szolgálhatnak erre a Holocaust túlélők és családjaik élete (Harvey & Miller, 1999).

Bakó (2003) szerint a krízisek kezdeti szakaszában a veszteség élménye dominál. Ebben a veszteségélményben megjelennek azok a kognitív tényezők – érzelmi fásultság, képzelet, fantázia és gondolkodás beszűkülése, a motiváció és a teljesítmény csökkenése, a vágyak eltűnése -, melyek a jövőképet elhomályosítják, ezáltal a krízist fenntartják. Ezért a krízisintervenció első lépéseként fontosnak tartja a terapeuta szupportív jelenléte mellett a gyászmunkát, mint a krízist kiváltó veszteség „elsiratását”. A gyász ezáltal összeköti a múltat a jelennel, mely a jövő építésének feltétele, mert a krízis ugyanolyan átmenet, mint a halál, mely időleges megtorpanásra készít. A jövőkép építése ugyanis csak a múlt elengedése után lehetséges, ekkor biztosít valódi alapot a krízist és veszteséget megélt személy számára, az élmény az identitásba ezáltal válik integrálhatóvá. Bakó szavaival:

*„... ha valaki örvénybe kerül, legjobb, amit tehet, ha hagyja magát
levitetni az áramlattal, ami aztán visszahozza és kidobja az
»engedelmesebbjét«.”*

3.5. Az öngyilkosság

Kalmár (2013) szerint a szuicid viselkedés nem érthető, ha a szakember figyelme elsiklik az emberi viselkedés többrétegűsége felett. Ez azt jelenti, hogy az öngyilkosságot elkövető ember megértése nem következhet be csupán objektív vizsgálati módszerekkel, melyek a biológiai változásokra és biokémiai folyamatokra koncentrálnak. Ki kell egészíteni a megértést hermeneutikai módszerekkel, mely a szubjektív tényeken keresztül lehetőséget biztosít az egyéni történet, ezen keresztül a tett megértésére. Ez a megközelítés magyarázza, hogy az öngyilkosság miért nem fordul elő az állatvilágban és kisgyermekkorban, hiszen az önreflexió képessége csak az emberi fejlődés, a személyiségfejlődés bizonyos szakaszában – elsősorban a serdülőkorban - válik hangsúlyossá. Kalmár szavaival:

*„Amikor az emberi gondolkodás kialakulása a differenciálatlan
fázistól a mágián és az animizmuson keresztül eljut odáig, hogy az ÉN
elválik a KÜLVILÁGTÓL, a Mindenség egysége megreped, az
EMBER kihullik a Mindenség ölelésének a szorításából, s az EGYÉN
és a KOZMOSZ két pólusként jelenik meg. Ez a Makrokozmosz és a
Mikrokozmosz születése. Ettől kezdve az INDIVIDUALITÁS nagyobb*

értéket nyer a LÉTEZÉSNÉL. Az egyén számára fontos lesz a céljainak a megvalósulása, sikerek elérése, tulajdon, hatalom, pozíció megszerzése, a BIRTOKLÁS. Amennyiben ez nem sikerül, az ÉLET elveszíti az értelmét, és a kialakuló belső zavar az EGYÉNT a LÉTEZÉSBŐL való kilépésre, ÖNGYILKOSSÁGRA kényszeríti.”
(Kalmár, 2013).

Anélkül, hogy bemutatnánk az öngyilkosság mitológiai és filozófiai gyökereit, visszautalunk arra, hogy az ember, mint a társadalom tagja, határozza meg saját magát, vagyis hogy a szuicid viselkedés megértése társadalmi tényezőktől is függ. Így az öngyilkosságot történelmi keretbe helyezzük a konkrét mítoszok vizsgálata helyett, melyről Buda (2001) könyvében olvashatunk kiváló összefoglalót.

Az ókori társadalmakban az egyediségnél - individuáció – fontosabb szerepe volt a létezésnek, a közösségi lét megélésének, az ember még nem volt képes különbséget tenni a lélek világa és a fizikai világ jelenségei között, aminek a következménye, hogy a szubjektív tapasztalatok és az objektív tények egymással összekeveredtek, aminek következménye, hogy a legtöbb öngyilkosság önfeláldozás képében jelenik meg, egy magasabb cél elérése érdekében, ezáltal elfogadható a tett. Jól tükrözi mindezt Homérosz, aki a fekete színt és a kedélyállapotot először összekapcsolja az Odüsszeiában, ahol Agamemnón haragjának jele a fekete epe kiáradása a testbe „feketébe borult keble”. Hippokratész a melankóliát már egyértelműen a fekete epe testben való túltengéséből származtatja, mely megmérgezi a szervezetet, az értelmet és a szellemet (Kalmár, 2013).

Igazi fordulatot az öngyilkosság megítélésében Platón hozott, aki az öngyilkosságot csak a szégyen, tragikus életesemények vagy gyógyíthatatlan betegség esetén tartotta elfogadhatónak, Arisztotelész pedig egyenesen gyáva tettnek tartotta, mely a józan ész ellen való. Nem véletlen mindez, hiszen a platóni és arisztotelészi filozófia az ember differenciálódását a környezetétől és a tudományos magyarázatok és a logika szabályszerűségein keresztül mozdították elő (Kalmár, 2008.).

Ezt követően a keresztény valláserkölcst az öngyilkosságot elítélte, az emberi tettek a bűn és az erény kategóriái alapján ítéltettek meg, kizárva a tudományos vizsgálatok lehetőségét, még az öngyilkosságról való gondolkodás lehetőségét is. Ez alól kivételt jelentettek azok a kultúrák, ahol a közösségnek az egyediségnél nagyobb szerepe maradt, vagyis a kollektivisták társadalmak, mint Japán, ahol a szamurájok szeppukuja vagy más néven, harakirije is, mivel ez a dicsőséges halál jelképe maradt (Encyclopaedia Britannica Web Site, 2013).

A XIX. században a felvilágosodást követően racionalizmus ismét a tudományos vizsgálódás fókuszába helyezte az öngyilkosságot (Buda, 2001).

3.5.1. Az öngyilkosság meghatározása és előfordulása

Buda 1971-ben az Orvosi Hetilapban a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján fogalmazza meg a munkadefiníciót (Buda 1971a, 1263. o.), miszerint „mind a mindennapi, mind a tudományos fogalomhasználat szerint öngyilkosságot követ el az az ember, aki életének saját maga vet véget”.

Az öngyilkosság végrehajtásának három kritériuma van:

1. A személyt a meghalás tudatos szándéka vezérli;
2. A személy elképzelt egy módszer, amelyet alkalmasnak ítél élete kioltására;
3. A személy adott módszer cselekvéssémáját végrehajtja.

Fenti kritériumok alapján feltételezhetjük, hogy az öngyilkosság szándéka nem mindig károsítja halált okozó módon a szervezetet, így beszélhetünk

- aktív öngyilkossági magatartásról: ebben az esetben a személy végrehajtja a tettet az elképzelt séma alapján;
- passzív öngyilkossági magatartásról, mely esetben a személy fantáziájában és képzeletében hajtja végre a cselekvéssémát;
- bizonytalan öngyilkossági magatartásról, melyben az öngyilkosság szándéka nem egyértelmű, önkárosító életvitel alakul ki.

Önkárosító magatartásnak nevezzük az olyan életvitelszerűen folytatott cselekvéseket, melyek kémiai vagy egyéb szenvedélyekhez kapcsolódnak – alkoholizmus, droghasználat és dohányzás, túlzott evés, játékszenvedély -, egészségmagatartás hiányával jellemezhetők, kockázatkeresési stratégiákkal társulnak, a munka és pihenés arányának torzulásához vezetnek, esetleg destruktív életvitelben jelennek meg (Buda, 2001).

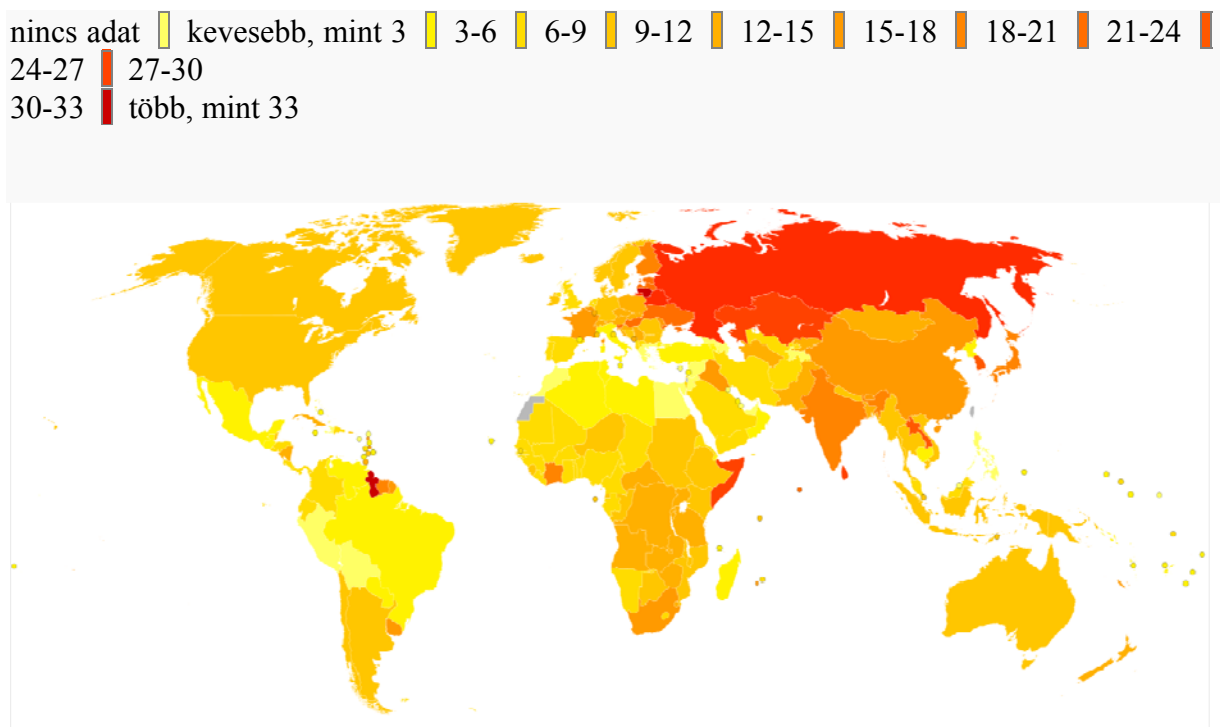
Elképzeltet, ugyanis, hogy a meghalás szándéka nem elég erős vagy nem elég egyértelmű, vagy az öngyilkosság módszerének cselekvéssémája nem elég hatékony, illetve a tettet hibásan hajtja végre a személy. Továbbá elképzeltet, hogy a halál beállta előtt külső segítség megakadályozza a visszafordíthatatlan történéseket a szervezetben. Ezekben az esetekben öngyilkossági kísérletről beszélünk.

Ezek alapján vált dominánssá az a nézet, hogy az öngyilkosságot és az öngyilkossági kísérletet vagy szándékot lélektanilag más dinamika jellemzi. Stengel (1964) szerint az öngyilkossági kísérletben az élettel való teljes leszámolás szándéka nem jelenik meg, csupán egy öngyilkossági gesztus ölt testet az agresszív indulatban, mely kitörése nem végzetes és nem elsőpró erejű, inkább személyiségbeli okokkal magyarázható és elsősorban szociálpszichológiai következményei vannak egy interperszonális cél elérése például. Ezzel szemben amerikai öngyilkosság kutatók „fekete doboz” elmélete szerint a sikeres öngyilkosságok nem teszik lehetővé a személyiségen belüli pszichés dinamika vizsgálatát, csupán az öngyilkosság és az azt megelőző kommunikációs folyamat szabályszerűségei vizsgálhatók közvetlenül, vagyis az öngyilkosságot és az öngyilkossági kísérletet nem szabad egymástól elszigetelt módon kezelni az ellátás és a prevenció szempontjából. Így válik érthetővé, hogy a hivatalos öngyilkossági statisztikai mutatók nem mindig tükröznek pontos adatokat, erre a halál módja, búcsúlevél, vagy hozzátartozói beszámoló alapján lehet következtetni. Számos országban például az USA-ban a halál megállapítása sokszor ügyészi feladat – mivel balesetnek elkönyvelt esetek háttérében állhat öngyilkossági szándék, vagy biztosítási járandóságok megszerzése esetén szándékos megtévesztés is kialakulhat. Wilkins (1970) az ún. lélektani boncolás módszerével vizsgált át egy halálok tekintetében kétesnek ítélt mintát, mely emiatt nem került a hivatalos statisztikai adatok közé. Lélektani boncolás egy olyan folyamat, amely során a vizsgálat vezetője egy számára megmagyarázhatatlan esetet az adatok empátiás feldolgozásával és körültekintő figyelembevételével feldolgoz, ami által az adott eset érthetővé válik. Az esetek nagy részében kimutatta, hogy a halálok nagy valószínűséggel öngyilkosság volt, felfedezhető volt a halált megelőző öngyilkossági szándék és az erre utaló jelek, a segítségkérő kommunikációs jelek. Ilyen jellegű pszichológiai vizsgálatok a baleset mögött rejlő vagy egyéb módon, de rejtett öngyilkosságoknak alfajait, alcsoportjait különítik el, mint például életfontosságú gyógyszer bevitelének elhalasztása (inzulin), vagy túladagolása (Buda, 2001).

A pszichiátriai gyakorlatban ismeretes az ún. larvált szuicidum, melyben az élethez való ambivalens viszonyulás, az életigenlő és az életelutasító erők összezsapása zavart, feszült, pszichés állapotot eredményez, mely során fokozott a baleseti hajlam, és a tévcselekvések. Hazánkban a halál okának megállapítása orvosi feladat, így egyrészt pontos adatokkal tudunk szolgálni, másrészt ezzel is magyarázható a kiemelkedően magas öngyilkosságok száma (Buda, 2001).

Kézdi (1995) magyarázatként a „magyar szuicid szcénát” hozza fel, mely leginkább a közlésekben mutatkozik meg, melyet a negatív nyelvi kód, a tagadó grammatika jellemez, mely általánosan igaz a magyarságra, és amelyet a kultúránk is tükröz.

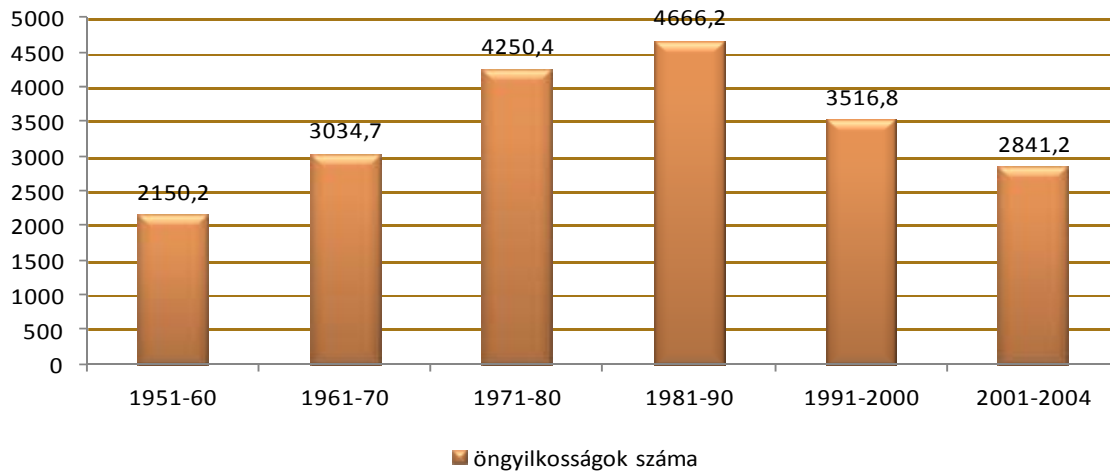
Világviszonylatban statisztikailag az öngyilkossági gyakoriság alapján határozzák meg a szociológusok, a százezer lakosra számított évi öngyilkosság-halálozás viszonyszámaként, mely az országok közötti összehasonlíthatóságot szolgálja akár évenként bontásban is. Ezek alapján megállapítható, hogy az egyes országok egymástól való távolsága a gyakorisági ranglistán általában azonos. A világ öngyilkossági térképe a következő eloszlást mutatja (halálozesetenként/100.000 lakos):



5. ábra: A világ öngyilkossági térképe (Wikipedia. The Free Encyclopaedia, 2004)

Felfedezhetők statisztikai szabályszerűségek, minthogy az öngyilkosságok januártól júniusig növekedést mutatnak, majd ezt követően csökken gyakoriságuk. Magyarországon a csúcspont májusban következik be, a legkevesebb öngyilkosság pedig januárban. A hét napjai között a leggyakoribbak a hétfőn elkövetett öngyilkosságok (Buda, 2001).

**AZ ÖNGYILKOSSÁGOK SZÁMÁNAK ÉVES ÁTLAGA 10 ÉVES BONTÁSBAN
MAGYARORSZÁGON 1950-2002**



3-6. ábra: Az öngyilkosságok számának éves átlaga 10 éves bontásban Magyarországon 1950-2004 között (Forrás: Kalmár, 2008)

Hazánkban állandóság mutatható ki az öngyilkosság elkövetési módjában is: leggyakoribb az önakasztás, ezt követi a gázmérgezés, majd a gyógyszer- és kábítószer-mérgezések, ezután az egyéb mérgezések, majd a vízbe fulladás. Továbbá megállapítható a statisztikai adatok alapján, hogy az öngyilkosságok megoszlása az országos viszonylatban csaknem állandó. A legtöbb öngyilkos az ország délkeleti megyéiben van, amit Csongrád és Hajdú-Bihar követ. Ezzel szemben Győr-Sopron és Vas megyében az öngyilkossági arány az alföldi megyék gyakorisági arányának mindössze kb. 40%-át mutatják (Buda, 2001). Ez a jelenség egy hipotézisben kapott magyarázatot, miszerint egy-egy kulturális egység a rá jellemző személyiségformálási folyamataiban tagjainak különböző mértékben és formákban tanítja meg az öngyilkosság sémáját, mint az emberi problémák „megoldóképletét”. Feltételezik tehát, hogy mint minden más viselkedésformát, az öngyilkosság sémáját is közvetíti a szocializáció, amit részben a család, részben a mikromilió végez, látszólag ártalmatlan közléseken keresztül. Ezekre hat továbbá a kulturális szocializációs folyamat a média eszközein keresztül, melyben az öngyilkosság specifikus emberi helyzetekben fordul elő, melyek dramaturgiailag kiemelt formában jelenik meg (Buda, 2001).

Fentiek fényében igazán érthetővé válik, hogy az öngyilkosság megértése komplex feladat, elsősorban bio-pszicho-szociokulturális modell alapján képzelhető el, melyben a spiritualitásnak is helyet kell kapnia.

3.5.1.1. Biológiai tényezők szerepe

Egyre több vizsgálati eredmény születik az öngyilkosság biológiai hátteréről. A vizsgálati eredmények első hulláma a családfakutatások és ikervizsgálatokból származott, melyek alapján azt a következtetést vonták le, hogy az öngyilkosságot elkövetők közvetlen családtagjainál és a rokonságban több öngyilkossági kísérlet fordult elő. Ezt egyrészt a családmodelláló hatásainak és genetikai faktorokkal magyarázták. A kutatások második hulláma biokémiai folyamatokat helyezett előtérbe, melyek azt állapították meg, hogy az alacsony szerotonin szint állhat az öngyilkosság megkísérlésének hátterében, mely összefüggéseket a későbbi fejezetek tárgyalnak elsősorban a korai életesemények fejezetben.

3.5.1.2. Pszichológiai tényezők szerepe

Az öngyilkosság esetében nagyon sok olyan sztereotípiát él, hogy elmebetegség hajtja végre, vagyis feltételezhető a diagnosztikus kórkép megléte. Történetileg korábbi fejezetekben bemutatást nyert, hogy eredetileg nem tekintették idegennek az emberi természettől az öngyilkosságot, bizonyos helyzetekben elfogadhatónak, sőt helyénvalónak tekintették, mely a „pillanatnyi elmezavar” vagy más néven „öngyilkossági elmezavar” koncepcióját hívták elő a megmagyarázhatatlan öngyilkosságok értelmezésére, hiszen az élet elvetése csakis kóros lehet, mivel a velünk született emberi természet és hedonizmus szemben áll az öngyilkosság természetével (Buda, 2001). Igaznak vélték ezt mindannak ellenére, hogy a neurózis fennállását az öngyilkosságot megelőzően nem lehetett kimondani, csupán a tett bekövetkezése után próbáltak egy diagnózist felállítani. Tekintható az öngyilkosság tehát a klinikai pszichodiagnosztika határterületének, melyben azonosítható az egyén betegnek a segítségre való rászorultság miatt, azonban határozott diagnózissal nem jellemezhető. Erősíti mindezt az a tény, hogy az öngyilkosok a szociális szabályoknak megfelelően éltek mindennapjaikat. Az okok és a magyarázatok után kutatva az öngyilkosságot megelőző állapotra szegeződött a figyelem, ami alapján azonosíthatóvá vált a krízishelyzet, mely megelőzte minden esetben a tettet. Ennek kapcsán derült ki, hogy az öngyilkossághoz vezető folyamat nem hirtelen következik be, megelőzik bizonyos kommunikációs formák, melyek a lélek belső világának megnyilatkozásai. A pszichológiai krízisállapot ugyanis minden ember számára megtapasztalható, melyben a negatív érzelmek dominálnak, feldolgozatlan indulatok

kavarognak, aminek következtében a személyiség beszűkül. Ebben az állapotban a személyiség átvált egy olyan belső szabályozási állapotba, amely megnehezíti az Én uralmát a különböző késztetések felett, vagyis a kontrollvesztettség élménye jelenik meg, melyben a személyiség természetes módon egy számára biztonságosabb működésmódba helyezkedik, vagyis regresszió lép fel. Ebben a folyamatban és a krízis kimenetelében közrejátszanak személyiségbeli – agressziószabályozás, szocializációs – frusztrációtűrés, és interperszonális események.

3.5.1.2.1. A személyiség szerepe

A kutatások és a preszuicidális szindróma azonosítása alapján azt a megállapítást tehetjük, hogy klinikai diagnózis nem minden esetben adható az öngyilkosságot elkövető személynek, azonban léteznek tipikus személyiségpszichológiai jellemzők, melyek sajátosan előrejelzik az öngyilkosság valószínűségét. Ilyen tipikus konstellációban a személyiség elkerülő magatartással jellemezhető, mely kognitív és affektív viszonyulásban is megmutatkozik, vagyis az információfeldolgozás és problémamegoldás alacsony szintje mutatkozik meg, önértékelés negatív, önéletrajzi emlékeik túláltalánosítottak és inkább a negatív életeseményekhez nagyobb a hozzáférhetőségük (Perczel-Forintos, 2011). Az alacsony önértékelés alapját öngyilkosoknál gyakran az irrelálisan nagy ambíció adja, mely tartós feszültséget teremt az én és az éniideal között. A múltból eredő negatív életesemények az öngyilkos személyeknél a jövőképet is jelentős mértékben befolyásolják, a jövő perspektívája lezárul, jellemző lesz ezáltal a jövővel kapcsolatos negatív elvárások rendszere. Ezt tükrözi a reményvesztettség állapota. Williams, Crane, Barnhofer, és Duggan (2004) a gátolt menekülés modellben összegzi az öngyilkosság folyamatát, amely szerintük a csapdába esettség élményével azonosítható. Ebben a folyamatban a szocializáció során kialakult a személy érzékenysége a negatív ingerekre, a kudarcra és a megaláztatásra, amelyet elégtelen problémamegoldás követ, a személy nem képes asszertív viselkedésre, nem képes a problémára fókuszálni, képtelenné válik a helyzet megoldására, mely a reménytelenség élményét teremti meg. A reménytelenség pedig a szuicid magatartásban ölt testet. Perczel-Forintos (2011) is megállapítja, hogy az öngyilkossági szándék erősebb összefüggést mutat a reménytelenséggel, mint a depresszió, ugyanakkor felhívja a figyelmet, hogy a reménytelenség kognitív séma, vagyis módosítható, ami által a szuicidum veszélye csökkenthető.

Vizin, Bérdi, Hekli, Hutter, Strényer és Unoka (2012) szuicid kísérleten átesett, valamint pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek körében vizsgálata a szégyen érzésének szerepét, mivel a szégyen egy intenzív, gyakran a cselekvőképességet akadályozó negatív érzélem, amely magában foglalja a kisebbségi érzést, tehetetlenséget és féltékenységet, valamint a vágyat arra, hogy elrejtőzzünk. Jelentős szerepe van amiatt a szociális interakciókban, valamint a pszichopatológiai állapotok kialakulásában, mint a szorongásos és affektív zavarok, az evészavarok, a személyiségzavarok területén. A szégyen szerepére hívják fel a figyelmet különböző önkárosító magatartásminták is. A vizsgálatban összesen 189 főt vontak be (66 fő közvetlen szuicid kísérleten átesett személy, 88 fő pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai beteget, valamint 35 fő kontrollszemély). A szégyen mértékét a Szégyen Élmény Skála (ESS) segítségével mérték fel, mely a szégyen három területét különíti el: a karakterológiai, a viselkedési és a testi szégyent. Az ESS kérdőív mindhárom faktoránál szignifikáns különbség mutatkozott a három vizsgálati csoport között. A pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek, valamint a szuicid kísérleten átesett páciensek szégyen megélésére utaló élményei szignifikánsan magasabbak a normál kontroll személyeknél, ami alátámasztja a szégyen kapcsolatát különböző pszichopatológiákkal, valamint az önkárosító, szuicid magatartással.

3.5.1.2.2. A korai életesemények

A múltból eredő negatív életesemények a szocializációs hatásokra terelik a figyelmet. Kutatások alapján az öngyilkosok a személyiségfejlődés során a környezet hatásaira viselkedésükbe erős gátló mechanizmusokat építettek be, azáltal, hogy kezdeményezéseiket, önálló megoldási kísérleteiket a szocializáció ágensei nem bátorították, vagyis a személyiség autonómiára való képessége csökken. Az autonómiakészség kialakulatlansága a szülő-gyermek kapcsolati sémában manifesztálódik, mely általános kapcsolatsémává alakul, amelyben a felnőtt személy viszonyulása a másikkal továbbra is a szülő-gyermek kapcsolatot jellemző hierarchikus viszonyban jelenik meg, melynek jellegzetességei a másiktól való függőség, a kapcsolati kölcsönösség hiánya, az agressziógátlás és az ambivalencia. Ez a függőség különböző, – sokszor inadekvát – elvárásokban és igényekben nyilvánul meg, amelyeket a személyiség a gyermeki működésmód miatt egyenes módon kifejezni nem tud, csak hangulati állapotaival vagy viselkedésével jelez. Buda (2001) korábbi kutatásokra alapozza azt a megállapítását, hogy az öngyilkosságot elkövetők sokszor az ambivalens érzésekkel felruházott másik személyt

akarják elpusztítani saját magukban, mely magyarázatként szolgálhat az olyan esetekre is, ahol az öngyilkosságot megelőzően a frusztrációt okozó személyt is megöli az öngyilkos.

Rihmer Annamária (2009) az öngyilkos magatartás kialakulásában a temperamentumtényezők szerepét emeli ki, mint a személyiségfejlődés biológiai alapjának elemeit. Ebben az összefüggésben az affektív mentális zavarok, affektív temperamentum típusok és szubaffektív személyiségjegyek a betegsépezidőkon kívüli időszakokban is meghatározzák a személyiség működését, a hangulatzavarok kialakulásában ugyanis jelentős szerepe van az temperamentumjellemezők diszregulációjának. Ilyen affektív temperamentum típusok a hipertím, a ciklotím, az irritábilis, a depresszív és a szorongó temperamentum típusok. Az öngyilkossági magatartás leginkább a ciklotím temperamentumvonásokkal rendelkező személyeknél magas, akik nagyobb mértékű hangulati labilitással, érzelmi reakciókkal, impulzív-agresszív, szeszélyes érzelmi megnyilvánulásokkal, és hiperszenzitivitással jellemezhetők. Az impulzivitás nagyrészt örökletesen meghatározott, azonban kutatási eredmények arra utalnak, hogy a kis- illetve koragyermekkorban elszenvedett fizikai vagy szexuális erőszak jelentősen hozzájárul az impulzív, agresszív személyiségvonások kifejlődéséhez (McHolm és mtsai, 2003; Brodsky és mtsai, 2001). Az impulzivitás jelentős átfedést mutat az irritabilitás vonásával, amit Maser és munkatársai (2002) egy longitudinális, 529 affektív beteggel élő személyt vizsgálatában kimutattak. Ez az impulzív irritábilis vonás előre jelezheti az öngyilkos magatartás megjelenését, mivel a ciklotím vagy irritábilis temperamentummal jellemezhető gyermek „hiperaktivitása”, illetve alkalmazkodási zavara miatt gyakrabban kerül konfliktusba szüleivel, nevelőivel és ezért gyakrabban lesz büntetés, akár fizikai büntetés tárgya. Ezek a büntetések traumaként jelenhetnek meg, mely magyarázatként szolgálhat ugyan az anamnézisekben szereplő gyakoribb fizikai abúzusra, ugyanakkor a szexuális abúzusra nem. E két tényező egymástól függetlenül hat ugyanis a szuicid rizikó kialakulására, továbbá mindkettő összefügg az agresszivitás/impulzivitás faktorról. Az agresszív, impulzív gyermekek nagyobb eséllyel szenvednek el fejsérülést, ugyanakkor a fejsérülés nagyobb eséllyel okoz gátlástalanságot és agresszív magatartást (Elliot, 1992). Továbbá ismert tény, hogy a szexuális abúzust elszenvedő gyermekek szülei inkább jellemezhetők szuicid magatartással. Így a genetikai hajlam átörökítésén túl példaként szolgálhatnak az agresszió kinyilvánítási módjaihoz. Az agresszív és impulzív gyermekek viselkedésükkel szülői fizikális abúzust provokálhatnak az erre érzékeny szülőknél, amely a felnőtt lét során hajlamosít az önsértő magatartás kialakulására (Briere és mtsai, 1990).

Osváth és munkatársainak hazai vizsgálata szerint a 101 öngyilkossági kísérletet elkövetett személy közül a nők 73%-a, míg a férfiak 53 %-a számolt be gyermekkori fizikai abúzusról (Osváth és mtsai, 2004). Pszichiátrián kezelt nők és férfiak abúzusra utaló adatainak elemzése során több vizsgálat azt találta, hogy ezen populációban mind a fizikai, mind pedig a szexuális abúzus előfordulásának aránya magasabb a pszichiátriai betegségben nem szenvedőkhöz képest. 817 pszichiátrián fekvő nőbetegre kiterjedő vizsgálat során kiderült, hogy a betegek 64%-a számolt be gyermekkorában fizikai vagy szexuális abúzusról (Goodman és munkatársai, 1999). Leverich és munkatársai azt találták, hogy öngyilkossági kísérleten átesett, bipoláris zavarban szenvedő betegeknél a szexuális és fizikai abúzus előfordulása 41% szemben az öngyilkossági kísérletet el nem követtettekkel, ahol ez az arány 23% (Leverich és mtsai, 2003). Mindezek alapján feltételezhető, hogy a gyermekkori fizikai és/vagy szexuális abúzus környezeti faktorként befolyásolja az impulzivitás és agresszivitás kialakulását, melyek további kulcstényezők mellett a személyt fogékonyabbá tehetik az érzelmi-hangulati zavarok kialakulására, ezen keresztül pedig az öngyilkos viselkedés megjelenésének valószínűségét növelhetik.

Ezek alapján dolgozta ki Mann és munkacsoportja (1999) a pszichiátriai betegségben szenvedők szuicid magatartásának értelmezésére a stressz-diatézis (hajlam) modellt. Ebben a modellben az öngyilkosságra hajlamosító tényezők között szerepel az alacsony frusztrációs tolerancia, a pesszimista, impulzív agresszív személyiségvonások. A stresszként megjelenő tényező maga a pszichiátriai betegség, a hangulatzavarok közül leginkább a major depresszió.

Rihmer (2009) 150 szuicid kísérleten átesett krízisosztályon kezelt személyt vizsgált, a bekerülést követő 48-72 órán belül. A mintát alkotó személyek fele (51,7%) párkapcsolatban élt – házassági vagy élettársi kapcsolatban és 72 fő rendelkezett állandó munkaviszonnyal. A demográfiai és pszichoszociális tényezőkön túl vizsgálták a DSM-I. tengely diagnózisát, az affektív temperamentumot, a korai szexuális abúzust, és a depresszió szintjét. 135 főnél megállapítható volt a DSM-I. tengelyének valamely zavara: hangulatzavar a minta 81%-át jellemezte. Szorongásos zavart egyéb diagnózisokkal vagy anélkül 56 betegnél állapított meg a szerző, de az esetek döntő többségében a szorongásos betegség vagy affektív betegséggel vagy szerhasználattal szövődött. Pszichotikus zavart 2 személynél talált. Az öngyilkossági kísérlet elkövetésének idején mániás vagy hipomániás állapotban, illetve kevert affektív epizódban egyetlenegy kísérletező sem volt. Az eredmények alapján a depresszív, szorongó és irritábilis alsókálák pontszámai szignifikánsan magasabb értéket mutattak az öngyilkossági kísérletet elkövető személyeknél, mint a kontrollcsoportnál. A 150 öngyilkossági kísérletet

elkövetett személy több mint a fele (n=84) számolt be a gyermekkori – vagyis 18 év alatti abúzusok valamelyik formájáról. Közülük 30-nál volt gyermekkori szexuális abúzus (24 nő, 6 férfi), és 76-nál fizikai abúzus (54 nő, 22 férfi) volt kimutatható. A szexuális abúzus közel kétszer gyakoribb volt nőknél, mint férfiaknál. A depresszív, a ciklotím, és az irritábilis és szorongó temperamentumok esetén az egyes alskálák átlag értékei azoknál a legalacsonyabbak, akik anamnézisében nem szerepel gyermekkori abúzus. Ennél magasabbak az átlagértékek azoknál, akiknél csak egy abúzus (fizikai vagy szexuális) történt. A legmagasabb értékeket azok mutatták, akik anamnézisében mind a fizikai, mind a szexuális abúzus szerepelt. A hipertím temperamentum esetén ugyanez a tendencia észlelhető, de érthetően fordított előjellel: azoknál a személyeknél, akik nem szenvedtek el gyermekkori abúzust, a hipertímia alskála értékei magasabbak, vagyis a hipertím temperamentum e tekintetben protektív faktornak tűnik. Eredményeik alapján azt a következtetést vonták le, hogy a szuicid kísérletet elkövetők döntő többsége aktuálisan pszichiátriai betegségben szenved, amelyek közül leggyakoribb az unipoláris és bipoláris depresszió. Az unipoláris és bipoláris betegségben szenvedő betegek jelentős hányadára jellemző a centrális szerotonerg funkció diszregulációja, amely komoly szerepet játszik az auto- és heteroagresszív magatartás kialakulásában (Goodwin és Jamison, 1990). Az eredmények a gyermekkori fizikai és/vagy szexuális abúzus felé irányítják a figyelmet, mint a korai negatív életesemények jelentőségének szerepét a felnőttkori pszichopatológia kialakulásában. Ugyanakkor maga a szerző is felhívja a figyelmet a pszichoszociális faktorok fontosságára, mint a szuicid magatartás prediktorára, hiszen a pszichiátriai betegségek előmozdítják, de önmagukban elégtelenek az öngyilkossági kísérlethez.

3.5.1.2.3. Információfeldolgozási deficit

Ez a megközelítés egyesíti magába a személyiségbeli és a fejlődésbeli jellegzetességeket. A modell alapján a korai vagy traumatikus elhagyatottság élménye a személyiségfejlődés és a szocializáció során alakul ki, alaphiedelmeket eredményez, mely diszfunkcionális attitűdökben mutatkozik meg („Nem vagyok értékes.”, „Nem figyel rám senki.”). Ezeket a hiedelmeket kritikus életesemények aktiválhatják, amelynek következtében az attitűdök is aktivizálódnak, negatív spontán gondolatok formájában („Nekem nem sikerül semmi.”), melyek depressziós tünetekben nyilvánulnak meg. Ez nem más, mint egy

információfeldolgozási zavar, melyet a kognitív triád jellemez a negatív önképpel, negatív világképpel, és negatív jövőképpel. A kognitív triád jövőre vonatkozó megállapítása - negatív jövőkép és a jövő anticipációjának képessége - magyarázatot nyújthat arra, hogy öngyilkosság miért nem jelenik meg az állatvilágban és kisgyermekkorban.

Williams gátolt menekülés modellje jól szemlélteti az öngyilkos viselkedésben szerepet játszó kognitív folyamatot. Szerinte gátolt menekülés akkor mutatkozik, amikor a személy abból a környezetből, melyben úgy érzi legyőzték, megalázták és ahol a veszteség érte, nem képes továbblépni. Ennek sikerességét a problémamegoldás adaptív formái segíthetik, mely az öngyilkosság prevenciójában kiemelkedő szerepű (Percze-Forintos, 2011).

3.5.1.3. Társadalmi tényezők szerepe

Ebben a fejezetben nem célunk az öngyilkosság jelenségének szociológiai nézőpontból történő bemutatása, ugyanakkor nem mehetünk el amellett, hogy figyelmen kívül hagyánk Emile Durkheim öngyilkosságról szóló nagy összefoglaló munkáját, mely gyakorlatilag az öngyilkosság kutatásának kiindulópontját jelentették (Durkheim, 2003). Durkheim az öngyilkosság három formáját különböztette meg:

1. *Egoista öngyilkosságok* oka az egyén elszigetelődése a társadalomtól. Ebben a formában az egyén kötelességei a többi embertől meglazulnak, vagy elszakadnak. Az ember céljává személyes szükségleteinek kielégítése válik, és amennyiben ez a cél frusztrálódik, az ember elveszíti az élet értelmébe vetett hitét. Melankolikus vagy közönyös állapot kezdi uralni tudatát, melyből az egyetlen kiutat a saját élet kioltása jelenti.
2. *Altruista öngyilkosság* esetén azonban a szenvedély, az érzelmek vihara adja az alapját a saját élet kioltásának, hiszen a személyt az öngyilkosság ezen formájánál az erkölcsi vagy vallásos hit és a rajongás lendülete vezérli. Okai között jelentkezik a becsületlen esett sértések, a bátorság bizonyítása, az önfeláldozás eszméje.
3. *Anómiás öngyilkosság* a két fenti forma keveredése esetén keletkezik. Jellemző az érzelmi felindultság, melyet a harag vezérel, és a felgyülemlett harag következtében fellépő fáradtság vagy fásultság, kétségbeesés, a társadalomból való kitaszítottság élménye. Ennél a formánál gyakori, hogy a személy állandóan túl akar lépni saját lehetőségein. Nem véletlen, hogy az öngyilkosságnak ez a formája akkor szaporodik meg, amikor a társadalmi normák fellazulnak, a társadalom természetes hierarchiája megszűnik, és az az illúzió kerül az egyéni tudatba, hogy akarattal minden elérhető.

Amikor ez az illúziót frusztrálja a valóság valamely aspektusa, fáradtságot és kiábrándultságot okoz, amelyből a kiutat a saját élet kioltása jelenti.

Az öngyilkosság típusainak ilyen jellegű elkülönítése adta az alapot a további kutatások számára, hiszen az mindenképp nyilvánvalóvá vált Durkheim átfogó jellegű elemzése során, hogy nem lehet az öngyilkos viselkedést egységesen megítélni.

Később, a 30-as évek végén Merton (2002) volt az, aki Durkheim anómia koncepcióját módosította, hiszen szerinte az anómia nem az egyéni vágyak és igények szabályozatlanságából ered, hanem a társadalmi és egyéni célok és igények közötti összeférhetetlenség következménye. A társadalom bizonyos célokat és igényeket ugyan kitűz tagjai elé, mintegy az életben való boldogulás és boldogság elérésének eszközeiként, ugyanakkor nem ad lehetőségeket ezek elérésére. A célok és az elérésükhöz szükséges eszközök diszkrpanciája a társadalom bizonyos rétegeit jobban sújtja. Ezekben az emberekben megnő a belső feszültség, majd ennek készítésére valamilyen reakciót adnak a nehezen tolerálható helyzetre, többnyire olyan reakciót, amely a társadalmi szabályoktól eltérő, jól megkülönböztető formában, *deviáns* viselkedésmódban mutatkozik meg, melynek megfelel az öngyilkosság is.

Durkheim és Merton munkája jól mutatja, hogy az emberi kapcsolatok tónusa, segítő és védő hatásai társadalmi hatások alatt állnak – vallásosság, házasság, elismertség, társadalmi pozíció és sikeresség -, vagyis az öngyilkosságnak az egyéni cél elérésén túl, társas céljai és jelzései is léteznek. A társadalomban fellépő feszültségek, a hierarchia fellazulása, az értékek megkérdőjelezése, az emberi kapcsolatokat ridegebbé, az embereket önzőbbé tehetik, melynek következménye, hogy a segítségnyújtás a bajbajutottak számára társadalmi szinten elmarad, ami az elkeseredettségen keresztül az öngyilkosságok valószínűségét emelik. Stengel (1964) például kimutatta, hogy a sikertelen öngyilkosságot követően a személy több figyelmet és odafordulást és szeretetet kap, mint korábban. Amennyiben ez mégsem történik meg, az újabb öngyilkossági kísérlet valószínűsége megnő.

Bérdi és munkatársai (2013) önmérgezéssel öngyilkossági kísérleten átesett nők körében végeztek kutatást. Céljuk az volt, hogy felderítsék az önsértő magatartás okait és az öngyilkossági szándék komolysága közötti összefüggéseket. A vizsgálatban 66 felnőtt nő vett részt, a kórházba kerülést követő 24 órán belül interjú és kérdőíves módszerrel vizsgálták a személyeket. Eredményeik alapján az öngyilkosságban szerepet játszó okok között

kiemelkedőek voltak, hogy a nők úgy érezték ezáltal szomorúságuknak vége szakad, enyhítik borzalmas lelkiállapotot, elmenekülnek saját maguk elől és a halál vágya. Minél komolyabb volt az öngyilkossági kísérlet, annál inkább jellemzőek voltak a következő okok: felvételt nyerni kórházba vagy terápiás kezelésre, meghalni, elkerülni valamit, amit meg kéne tenni. Eredményeik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az öngyilkossági kísérleteknek leggyakrabban az az oka, hogy a személyek hatni akartak interperszonális környezetükre, illetve érzelmi megkönnyebbülést szerettek volna elérni. Tóth, Ádám, Székely, Purebl, és Stauder (2013) kutatása is megerősíti ezeket az eredményeket, mivel ők a pszichoszociális stresszorok feltárásán keresztül kívánták kimutatni az öngyilkossághoz vezető utakat. Kutatásukban 151 fő vett részt (férfiak és nők), interjúval vizsgálták az öngyilkosság okait, körülményeit, kérdőíves módszerrel pedig a reménytelenséget, a depresszió mértékét, a társas támaszt és az élet értelmére vonatkozó ítéleteket. A minta 60,1%-a (N=91 fő) jelölt meg egy másik személlyel szembeni konfliktust a szándékos önmérgezés okaként. A nők szignifikánsan gyakrabban számoltak be interperszonális problémáról, míg a férfiak az anyagi okokat jelölték meg gyakrabban. Leggyakrabban a közvetlen partnerrel való probléma az öngyilkossági kísérlet kiváltó tényezője. Első helyen mindkét csoportban a szakítást/válást jelölték meg a vizsgált személyek, majd ezt követi egy aktuális veszekedést (leggyakrabban anyagiakon), majd a hűtlenség elszenvedését és a bántalmazást. Közel négyszer több korábbi öngyilkossági kísérlete volt azoknak, akik párjuk hűtlensége miatt kíséreltek meg öngyilkosságot. Az interperszonális konfliktus miatti önmérgezők szignifikánsan kevésbé depressziósak, alacsonyabb a reménytelenségük, nagyobb társas támasszal rendelkeznek és magasabb pontot értek el az Élet Értelme kérdőíven is. Eredményeik alapján azt a következtetést vonták le, hogy a szándékos önmérgezés háttérében igen gyakran valamilyen személyközi konfliktus húzódik meg, mely cselekmény hibás megküzdési mechanizmusként is értelmezhető. A prevenciós munka során ezért szükséges figyelembe venni a társas kapcsolatok kezelésének fejlesztését.

Unoka és munkatársai (2013) a társas támasz szerepét vizsgálták az öngyilkosság létrejöttében, mivel korábbi eredmények azt mutatták, hogy az öngyilkosoknál ennek szintje csökken. A szociális háló Dunbar által meghatározott két belső körét vizsgálták, mivel feltételezéseik szerint az ide tartozó kapcsolatokról várható a legtöbb társas támogatás. Feltevésük szerint az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek körében a szociális háló belső köre kisebb létszámú és tagjait kevésbé ítélik támogatónak. Ennek háttérében a

diszfunkcionális kötődési minták állhatnak szerintük, melyek a maladaptív sémákon keresztül fejtik hatásukat. Vizsgálatukban 101 nő vett részt (35 egészséges nő és 66 önmérgezéses öngyilkossági kísérleten átesett nő). A kórházba kerülést követő 24 órán belül interjú és kérdőíves módszerrel vizsgáltunk meg pszichés státuszukat (SCID-II. Borderline modul). A szociális háló belső körét Dunbar módszerével mérték fel („Kérjük, sorolja fel az összes embert, akikkel az elmúlt 1 hónapban Ön kezdeményezte a kapcsolatfelvételt! A kapcsolat rokona, szerelme volt-e? Mennyire valószínű, hogy komoly nehézség esetén gyakorlati tanácsért, érzelmi támogatásért fordulna hozzá?”). A diszfunkcionális kötődési modelleket sémakérdőívvel vizsgáltuk. Vizsgálatuk fényt derített arra, hogy az öngyilkossági kísérletet végrehajtott nők szociális hálózata kisebb, és kevésbé támaszkodhatnak az őket körülvevőkre. A borderline és nem-borderline szuicidiumot megkísérlő nők csak abban különböztek, hogy az borderline személyiségzavarral élők kevésbé érezték úgy, hogy rokonaikra támaszkodhatnának a bajban. A sémák szignifikáns kapcsolatot mutattak a hálózat méretével és jellemzőivel. Vagyis ki tudták mutatni, hogy öngyilkosságok megkísérelt személyek körében a szociális háló, aktívan működtetett belső körének kisebb a mérete és ezek a viszonyok rosszabb minőségűek, mely jellemzők szoros kapcsolatot mutattak az öngyilkossággal.

3.5.1.4. Kulturális tényezők szerepe

A kulturális értékek a szocializáción keresztül érvényesülnek. Ezáltal a látott, vagy közvetlen hozzátartozó által elmesélt példák jelentős hatással bírnak a személyiségfejlődésre, egyfajta modelljelleggel öltve. Az öngyilkosság, mint megoldási stratégia ily módon részévé válhat az egyéni szocializációnak. A családban történt öngyilkosság előkészítő, szocializáló hatása nagyobb, mint más példáké (Buda, 2001).

A szocializáció másik eszköze a közvetlen emberi kapcsolatokon kívül a média, mely nagyon sokszor szenzációval közvetíti az öngyilkos merénylők tetteit, az altruista öngyilkosságok képében megjelenő önéheztetéseket, melyek szintén modellül szolgálhatnak további öngyilkossági formák számára. Phillips Werther-effektusnak (1974, idézi Buda, 2001) nevezi azokat az öngyilkossági hullámokat, melyek hírhedt vagy ismert személyek öngyilkossága után kb. 2 héten belül megemelik az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek számát. Ezért veszélyes az életükben ismeretlen öngyilkosok rivaldafénybe kerülése. Kiváltképpen káros, ha az öngyilkosságot valamiféle heroikus tettek állítják be, vagy romantikus mázzal öntik le, hiszen az öngyilkosok tudatát jellemző infantilizmus nagyon fogékony az illúziókra, a romantikára.

Tény azonban, hogy önmagában a szocializációs tényező nem képesek érvényesülni, a személyiség problémája, a személyiségfejlődés zavarai, feszültségei és fentebb bemutatott jellegzetességein keresztül azonban érvényesülni képes.

3.5.2. Az öngyilkosságot megelőző pszichés állapot

Elsőként és mindenek előtt le kell szögezni, hogy minden öngyilkosságra utaló kommunikációt komolyan kell venni, annak ellenére, hogy az észlelő szerint csupán lélektani zsarolással vagy fenyegetéssel áll szemben. Minden szándék mögött egy személy és annak szenvedése mutatkozik meg, melynek megoldására a szándékot kifejező személy nem talált más módot. Ennek semmibe vétele, nyilvánvalóvá tétele nem enyhíti a személyiség beszűkülését, hanem megerősíti a krízisállapotot, és az azt kialakító beszűkült gondolatokat. Ugyanakkor az észlelő általában nem képzett pszichoterápiás módszerekben, így szerepe a megnyugtatóban és empátiás megértésben lehet. Öngyilkossággal fenyegető személy pszichoterápiáját pszichoterapeuta végzi, aki fel van készülve az ilyen személyekkel folytatott kezelésekre, mint például az indulatátvitelre, vagyis az olyan érzések megjelenésére a pszichoterápiás kapcsolatban, amely ambivalens érzésekkel tarkított. Ez a sajátos kapcsolatminta néha azt hozza magával, hogy a beteg az orvost kezdi fenyegetni az öngyilkossággal, és kezdi el mintegy zsarolni. További figyelmet érdemlő tény, hogy az öngyilkosságveszély megbeszélése a klienssel szintén tapasztalatot igényel, hiszen nem elég csupán a tény megállapítása, szükséges további intervenciós beavatkozások megtétele is a keletkező problémák elhárítására. Vagyis az az öngyilkosságveszély megbeszélése *pszichoterapeuta feladata*, amelyhez pszichoterápiás képességek, készségek, tapasztalatok szükségesek.

Az öngyilkosságot megelőző állapot kialakulásának időbelisége széles spektrumon mozog: tarthat hosszú ideig, de lehet gyors kialakulású és lezajlású. A folyamatot Ringel (1969) írta le *preszucidális szindróma* elmélete kapcsán, melyet nagyszámú öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet lélektani elemzése során alakított ki. Szerinte minden öngyilkosságot vagy komoly öngyilkossági kísérletet előtt azonosítható egy lélektani konstelláció, melyet ugyan különböző lélektani problémák válhatnak ki, de a feszültség levezetése azonos utat kap. Ennek a feszültséglevezetési módnak az állomásai a következők, melyet öngyilkossági triásznak is nevez a szakirodalom (Buda, 2001):

- *A személyiség beszűkül:* melynek során a külvilág dolgai iránt való érdeklődés csökken, melyek a következő jelekben mutatkozik meg
 - a felfogóképesség egyirányú válik
 - a magatartás és viselkedés sematikussá válik
 - az érzelmek sablonos, szűk sémákba rendeződnek,
 - a személyiség fokozatosan feladja értékeit, a korábban motiváló dolgok érdektelenné válnak
 - feladja emberi kapcsolatait, és az én-re fókuszálttá válik

- *Az agressziókifejezés gátlás alá kerül a beszűkülés következtében, tüneti jellegű indulatkitörésekben jelentkezhethet csupán, ugyanakkor a belső feszültség nő, a személy frusztrációval kerül szembe*
 - az agresszió kifejezését gátolhatja túlzott büntudat érzése, melyben felerősödnek a helyzetet előidéző saját nem helyénvalónak ítélt múltbeli cselekedetek
 - ambivalens érzelmek gátolják a másik felé irányuló agresszió nyílt kifejezését, hiszen a személy tudatában tovább él az a képzet, hogy a másik irányába megnyilvánuló agresszió okozza az eltávolodást, mely fájdalommal tölti el – szerelmi csalódás, idős emberek gyermekeikkel való viszonya, családtagokkal való viszály.

- *A külvilágtól elvont pszichés energiák a fantáziavilágot szállják meg, a tudatban megszületik a megoldás koncepciója, a menekülés lehetősége, mely az életből való kilépés fantáziált képeiben jelenik meg, elképzei a halálát követő események kimenetelét – többnyire pozitív módon, vágyfantáziák formájában -, ezzel együtt képzeletben megbünteti a frusztrációt okozó személyeket. Elképzei sírját, a hozzátartozók fájdalmát, a temetést, a halálát követő sorsok alakulását. Ennek következménye, hogy a személy öngyilkossági gondolatokat alakít ki, aminek kivitelezéséhez tervet sző, ami önmagában megerősíti a fantáziatevékenységet. Tudnunk kell azonban, hogy az öngyilkossági fantáziák nem automatikusan vezetnek öngyilkossághoz, ehhez a környezeti tényező, személyiségfejlődés során kialakult tipikus információfeldolgozási mód is szükséges (Perczel-Forintos, 2011).*

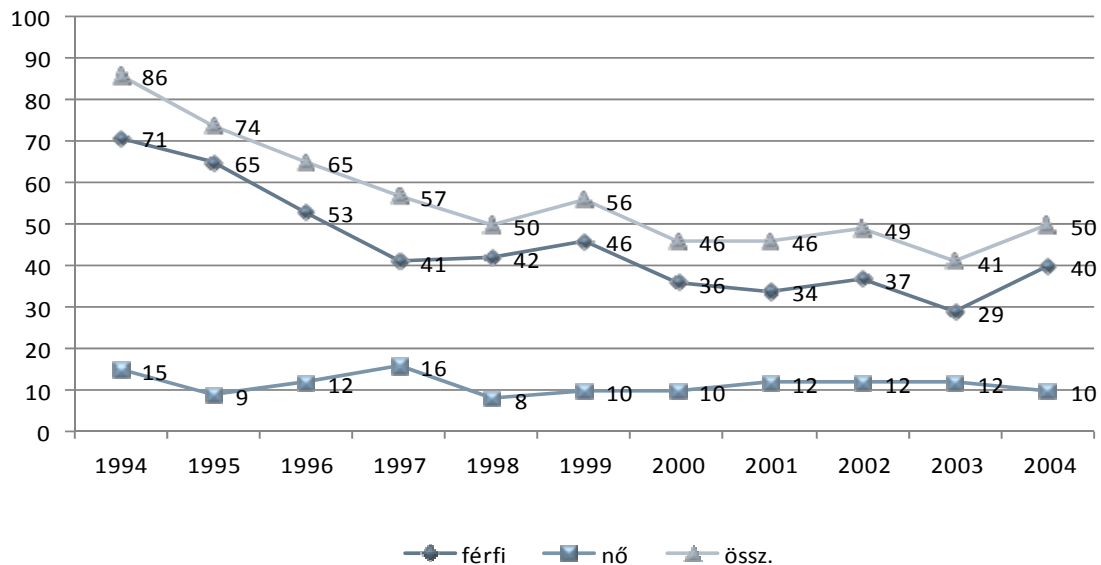
Ezalatt a személy az emberi kapcsolatoktól visszahúzódik, interperszonális kapcsolatai meglazulnak, esetleg, felbomlanak, izolálódik. A preszuicidális szindrómához vezető lélektani dinamika a pszichikus magáramaradottság tényezőjén át érvényesül tehát, melyben a reményvesztettség dominál, ezáltal a jövőkép elhalványul. Az öngyilkossági fantáziák utat nyitnak az agresszió számára, az addig gátolt agresszió pozitív visszacsatoláson keresztül a saját Én ellen irányul, és tovább erősíti a beszűkült gondolatvilág saját határait azáltal, hogy minden értelmét veszti az öngyilkossági terven kívül, majd a belső indulati feszültség öngyilkossági cselekményt aktivál, mely által a személy élethelyzetéből képes lesz elmenekülni. Az öngyilkosság tervének megszületését a személy általában tudatja valamilyen módon környezetével, egyrészt néha nyíltan megfogalmazza azokat fenyegetés vagy zsarolás formájában, másrészt rejtett formában utal rá, melynek szerepe a segítségkérés. Az öngyilkossági közléseket „*cry for help*” szindrómaként azonosítjuk, melyben a segítség iránti vágy tükröződik. Klinikai tapasztalatok arra utalnak, hogy az öngyilkossági közléseket a környezet nagyon sokszor elhárítja, amely a cselekmény közvetlen kiváltó okává válik, hiszen a visszautasítást egyértelmű jelzésnek ítéli, hogy felesleges ebben a világban. Vagyis a „*cry for help*” állapotból van visszatérés, amennyiben a környezet észleli és empatikus, hozzáértő módon kezeli a jelzéseket, például felajánlja a konfliktus rendezését. A „*cry for help*” jól mutatja a személyiségben zajló pszichés erők összeütközését, a személyiség ambivalenciáját az öngyilkosságot illetően (Buda, 2001). Ennek a sajátos ambivalenciának a mutatója az is, hogy sikertelen öngyilkossági kísérletet követően is nyugvópontra kerül a személy. Ebben az állapotban az agresszív feszültséget viselő éniideál és az agresszor én egyesül,

Preszuicidális szindróma mindenféle személyiségállapot talaján kialakulhat és attól függetlenül, hogy pszichiátriai diagnózishoz nem kötött, nem tekinthető normál lélektani folyamatnak, mivel a folyamatban az énműködést szabályozó realitáselv felfüggesztődik (Buda, 2001).

3.5.3. Öngyilkosság serdülőkorban

Az öngyilkosság a 25 éven aluli fiatalok körében a harmadik leggyakoribb halálok az egész világon. Az Európai Unió 27 országában 63.000 ember követ el évente öngyilkosságot, 2006-ban a közlekedési balesetek után ez volt a leggyakoribb halálok.

A 15-19 ÉVES ÖNGYILKOSOK SZÁMA MAGYARORSZÁGON (1994-2004)



3-7. ábra: A 15-19 év közötti öngyilkosok száma nemi bontásban 1994 és 2004 között
(Forrás: Kalmár, 2008)

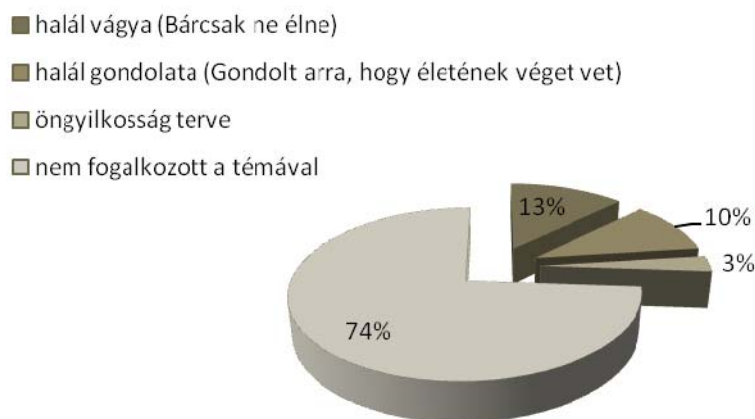
A WHO 2009-ben kiadott egy nem hivatalos, pedagógusok képzését és tájékozódását célzó információs füzetet az öngyilkosság prevenciók céljából, hiszen a korábban is bemutatott tények alapján a pedagógusoknak nagy szerepük lehet a felismerésben, hiszen az érintett korosztály zöme részesül intézményes nevelésben. Megfelelő feltételek esetén, iskolai keretek közt a team munka a leghatékonyabb módszer az öngyilkosság megelőzésére, melyben szerepet kapnak a tanárok, az iskolaorvosok, az iskolapszichológusok és a gyermekvédelmi felelősök. Majd 2009-ben az Európai Unió 12 ország részvételével (Ausztria, Észtország, Franciaország, Németország, Magyarország, Írország, Izrael, Olaszország, Románia, Szlovénia, Spanyolország és Svédország) átfogó vizsgálsorozatot indított a témában. A SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) program, 11 ezer serdülő (országanként 1000 fő) bevonásával zajlott. A kutatás célja az volt, hogy felderítsék az öngyilkosság és az egészségmagatartás háttérben álló demográfiai adatokat, életmódbeli jellegzetességeket, értékeket, a kockázati magatartást, a pszichés jóllétet és a pszichoszociális helyzetet, hogy a serdülők és az őket oktató pedagógusok körében ezek a háttértényezők ismertté váljanak (Wasserman, és mtsai., 2010). A programba bevont serdülők négy csoportot alkottak országanként (csoportonként 250 fő). Ebből három csoport négy hetes különböző módszerekkel végzett intervenciók programban részesült,

míg a negyedik csoport kontrollcsoportként szolgált. Európában összesen 12 395 diák vett részt a vizsgálatban, a magyarországi felmérésben 1009 serdülő 14 és 16 év között szerepelt, tizenöt budapesti iskola bevonásával. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, az iskolák, a szülők és a diákok beleegyezésével történhetett. A vizsgálatba bevont iskoláknál kritérium volt az állami vagy önkormányzati fenntartás, illetve hogy az iskolában a fiúk és lányok aránya nem haladhatta meg a 40-60 százalékot.

A vizgálatsorozat eredményei magyar vonatkozásban a következők voltak.

1. A serdülők 7%-nál a kérdőívek felvetették a depresszió gyanúját, ezeknek a gyerekek a szakemberek segítségét ajánlottak.
2. A vizsgálatok alapján a magyar fiatalok 12,69 %-a a vizsgálatot megelőző két hétben kívánta a halál vágyát, 10,31%-uk gondolt arra, hogy életének véget vet, 3,07%-uk pedig tervet is kovácsolt erre vonatkozóan.

Az öngyilkosság gondolatának megjelenése fiatalok körében



3-8. ábra: SEYLE felmérés alapján az öngyilkossághoz vezető lépcsők eloszlása 14 – 16 év közötti fiataloknál

3. Ahogy gyermekekkel és serdülőkkel történő vizsgálatoknál szokás, ebben a felmérésben is kérték a szülői beleegyezést a vizsgálatvezetők. Érdekes hozadéka volt a vizsgálatnak, hogy a megkeresett serdülők szüleinek 40%-a adta jóváhagyását a vizsgálatához, amely felveti annak lehetőségét, hogy Magyarországon a gyermekek és

serdülők körében elkövetett öngyilkosság témája tabuként reprezentálódik annak ellenére, hogy országunk második helyen áll az öngyilkossági statisztikák alapján az Európai Unióban.

4. A vizsgálatban résztvevő serdülők 42%-a úgy ítélte, hogy fontos döntések meghozatalában szüleitől nem kap segítséget.
5. A vizsgálatban résztvevő serdülők egyharmadával a szülei nem beszélgetnek eleget és véleményüket nem veszik figyelembe.
6. A vizsgált serdülők egy ötöde szerint a szülei nem értik meg problémáikat.

Pozitív eredménye a vizsgálat sorozatnak, hogy a magyarországi átlagok az EU átlag alatt szerepelnek (Balázs és Keresztény, 2013, közlésre elfogadva). Ugyanakkor Kalmár (2013) felhívja a figyelmet arra, hogy 2010-ben a 15 és 24 év közötti fiatalok között az első helyen szerepelt az öngyilkosság a halálokok között (az összes halálok 21,4%-a), ami népegészségügyi kérdést vet fel. Szerinte a prevencióra kellene nagyobb hangsúlyt helyezni figyelembe véve az eddigi kutatási eredményeket, és komplex módon kezelni a problémát, melyben szerepet kap az egészségügy, az oktatási és a családi szintér is. Első lépés az öngyilkos magatartáshoz vezető védő és veszélyeztető tényezők összegzése.

3.5.3.1. Protektív és kockázati tényezői serdülőkorban

Kalmár (2013) bio-pszicho-szociospirituális modellben gondolkodik, mely modellben szerepet kap a biológiai faktor a genetikán és a teratogéneken keresztül, pszichológiai szinten a személyiséget meghatározó jellemzők, mint az önértékelés, a megküzdés, az érzelemszabályozás -, a szocializációs szintéren a társadalmat jellemző tényezők, mint a politikai helyzet, a gazdasági mutatók, ezáltal a családi működés jellegzetességei, és spirituális szinten a remény, a hit és a kétségbeesés kialakulásában és kezelésében meghatározó vallásos nézetek. Ez azt jelenti, hogy a rizikófaktorok kulturális, politikai és gazdasági tényezők következtében akár országoként, vagy kontinensenként is változhatnak. A rossz szocioökonómiai helyzet, az alacsony iskolai végzettség és a családot érintő munkanélküliség egyértelmű kockázatot jelentenek.

Családi tényezők	
jó kapcsolat a családtagokkal	a szülők pszichés zavara, affektív problémák
a család támogatása problémák esetén	alkohol és/vagy drog abúzus
	korábban előforduló öngyilkosság
	gyakori költözések
	családi kötelek rigiditása
	örökbefogadás
	ellentmondásos kapcsolat a szülőkkel
Kognitív stílus és személyiség	
szociális készségek: barátságosság, nyitottság	impulzivitás és ingerlékenység
önbizalom: saját képességekre vetett hit	önbizalom hiánya
segítségkérés képessége nehézségek esetén	acting out
	merev gondolkodás
	érzelempontú megküzdés
	álmodozás egy képzel világra
	saját kiválóság és az értéktelenség érzése közötti ingadozás
	családottság érzése
	apró fizikai sérülések
	kisebbségi érzés, bizonytalanság
Kulturális és szocio-demográfiai tényezők	
szociális integráció: sportklubok, vallási közösségek, kiscsoportok meghatározott céllal	szociális izoláció, magárahagyatottság érzése
kielégítő kapcsolat a kortársakkal	magányosság
kielégítő kapcsolat a felnőttekkel és tanárokkal	elutasítottság
referenciaszemélyek által nyújtott társas támasz	

3-9. ábra: Az öngyilkos magatartásban szerepet játszó védő és kockázati faktorok

Ezek a tényezők gyakran, de nem általánosan jellemzik az öndesztuktív emberek környezetét és személyiségét. Több probléma együttes fennállása halmozódó veszélyt jelent. Mindezek mellett észben kell tartanunk, hogy egyes személyiségjegyek a serdülőkorban hangsúlyosan kiütözköznek, ebben a korban élénken foglalkoznak az élet és a létezés kérdéseivel, önmaguk meghatározásával. Kóros és normális előfordulásuk elkülönítésében jelentős szerepet kap az, hogy ezek a tünetek mennyire intenzíven uralják a serdülő életvitelét, mióta állnak fenn, milyen kontextusban jelennek meg, illetve a serdülő figyelmét milyen mértékben lehet ezekről elterelni. Mindez tükrözheti a normál fejlődési folyamatba ágyazott

serdülőkori-ifjúkori válságot melyben megjelenhet nagyfokú nyugtalanság, világtól való elfordulás, bizarr gondolatok, melyben a képzelet és a valóság összerosódnak. Nem más ez, mint a serdülőkori-ifjúkori fejlődésnek egy olyan kritikus szakasza, amelyben az addigi fejlődés megtörik, és a további fejlődés kétségessé válik. Ennek értelmében a serdülőkori öngyilkosságok nem feltétlenül jeleznek patológiás személyiségfejlődést. A serdülőkori személyiségfejlődés vészjeleit Laufer (1975) foglalta össze (Vikár, 1980):

1. A serdülő ragaszkodik a mintákhoz, nem törekszik az önállóságra
2. Viselkedése túl merev
3. A szociális kapcsolatai nem segítik elő a felnőtté válást – kisebb gyerekek társaságát keresi
4. Szülei még mindig egyedi meghatározó szerepet játszanak az életében
5. Nem képes az eseményekkel kapcsolatban reális érzéseket jelezni
6. Nem képes elkülöníteni más emberek róla alkotott vélt képét és a valóságot (mindenki az ő pattanásait nézi)
7. Jövőhöz való viszonya félelemmel teli, nem lát semmilyen perspektívát maga előtt
8. Tanulmányi eredmény hirtelen romlik: a tanulási képesség megtartása jó jel

3.5.3.2. Az öngyilkosság típusai serdülőkorban

Ranschburg (2010) Durkheim alapján az öngyilkosság nyolc típusát írja le és alkalmazza serdülők öngyilkosságának magyarázatára.

1. *Önfeláldozó öngyilkosságot* általában azok a serdülők követnek el, akik szüleik közötti konfliktusokért saját magukat hibáztatják.
2. *Filozofikus öngyilkosságot* elkövető fiatalok általában szélsőséges eszmékben hisznek – például emo-jelenség -, vagy szélsőséges viselkedést valósítanak meg (aranylövés – heroin túladagolás).
3. *Menekülés*, mely a kilátástalan élethelyzetből való megoldás illúziójával kecsegteti a fiataalt.
4. *Alkohol és drogfogyasztás* következtében kialakuló öngyilkosság.
5. Romantikus öngyilkosságról akkor beszél, amikor a fiatal egy ideált követ a halálba, esetleg közösen hajtják végre a tettet (ún. duálpaktum). A romantikus öngyilkosságban kap szerepet a szerelem, akár negatív formában is, mint hűtlenség.
6. Manipulatív öngyilkosság háttérében fenyegetőzés, érzelmi zsarolás áll.

7. A büntető öngyilkosság főleg az otthon bántalmazott, vagy az iskolában megalázott gyerekeknél fordul elő.
8. Mentális betegség hátterén előforduló öngyilkosság. Legtöbbször a hangulatzavarok, a skizofrénia (a skizofrén betegek legalább 10%-a lesz öngyilkos), és a szerhasználattal kapcsolatos zavarok emelkednek ki. Utóbbi évtizedekben az evészavarokat is prediktív értékűnek tekinthetjük. Végh, Ludányi és Szabó (2012) evészavarosok öngyilkossági veszélyeztettségét vizsgálták, mivel a pszichiátriai betegségek közül az evészavarok mortalitása a legnagyobb. A betegek életét a gyomor vagy a nyelőcső sérülése, pancreatitis, a szívműködés zavara vagy az újratáplálási szindróma veszélyezteti, amely az öngyilkossági veszélyt is fokozhatja. Vizsgálatukban 741 vett részt 7-12. osztályos tanuló vett részt (430 lány, 311 fiú). Vizsgálták az evési attitűdöt, az evészavar súlyosságát, általános egészséget, és az öngyilkossági gondolatok és kísérletek előfordulását. A fiúk 14,7%-a, a lányok 15,8%-a foglalkozott az öngyilkosság gondolatával. A fiúk 2,7%-ának, a lányok 2,4%-ának volt öngyilkossági kísérlete. Az evészavarral rendelkező lányok (N=11) 45,5%-ának (N=5) volt öngyilkosság gondolata, az öngyilkossági kísérlet gyakorisága pedig 9,1% volt közöttük. Az evési attitűd tekintetében küszöb feletti pontszámot elérő fiúk (N=8) és lányok (N=41) lényegesen gyakrabban számoltak be öngyilkossági kísérletről, mint az evészavarral nem rendelkező kortársaik. Az öngyilkossági gondolatok és az evészavar között szignifikáns pozitív korreláció volt mindkét nemnél. Eredményeik szerint az evészavar fokozott öngyilkossági veszéllyel jár mindkét nemnél. A kapcsolat jellege azonban különbözik a fiúk és lányok között, mely összefüggések feltárására további vizsgálatok szükségesek.

Az öngyilkosság megjelenésében szerepet kapnak az öngyilkosságot megelőző negatív életesemények, amelyek a fentiekkel kölcsönhatásba kerülve segítik az öngyilkos magatartás megjelenését. Ilyen életesemények a családi problémák, szerelmi csalódás, barátságok megszakadása, érzelmi szempontból fontos személy halála, személyközi konfliktusok, iskolai erőszak, viktimizáció, teljesítményzavarok, súlyos krónikus betegségek, természeti katasztrófák.

3.5.4. Az emo-jelenség

Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérletek kapcsán nem kerülhetünk ki a jelen kultúránkban bár leszálló ágban levő, de jelentős kérdést, mely egy életérzés körül

formálódik, az emo-jelenséget. Az emo egy szubkultúra, mely eredetileg a pozitív, emberközpontú üzenetet hordozó hardcore punkból nőtte ki magát, azonban a hardcore-ral gyökeresen ellentétes dolgok jellemzőek rá. Az emo-ban rendkívül fontos a kinézet a fiúknál és lányoknál egyaránt; az ápolt külső; a tépettnék tűnő, ám pontosan beállított frizura; a fekete dominálja az öltözéket (haj, smink, ruházat, körömlakk); a férfias és nőies öltözködés összerosódása; a halálfejmotívumok használata és a piercingek. Ruházatuk meglehetősen drága, kedvelt márkáik többnyire gördeszkás-márkák. A hardcore-ral ellentétben az emo tulajdonképpen a sebezhetőség kultuszát teremti meg, az érzelmesség talaján állva. Alapját leginkább felszínes és homályos filozófia-morzsák jelentik: a világtól való elzárkózás; a világ romlottságának és az ezzel szembeni tehetetlenségnek a felismerése; a szerelem reménytelenségének gondolata. Az emo-k rendkívül vegyesen állnak az öngyilkosság gondolatához, mint minden egyéb „követelményhez”, ami a szubkultúrájukra vonatkozik. Nem bíztatnak a végső lépés megtételére, de az önsebzést, az öngyilkos gondolatokat és az öngyilkossági kísérleteket mindenképpen valamiféle természetes, életmódjukhoz hozzá tartozó dolognak tekintik:

„az ilyen emberek sokat sírnak,jobban érzik az élet fálydalmait,mert olyan dolgokról gondolkodnak nap mint nap,amiről a szimpla emberek nem.sokat gondolkoznak az életem..a teteiken...az életükön..a fájdalmaikaon..vannak olyanok,akik megvágják magukat...nah ebben nagy szakértő vagyok!nos! miért akar valaki öngyilkos lenni?azért mert nemakar élni...nemszereti a világot,azért mert valami nicsn meg....biztos nem azért akar meghalni,mert apuci nem vesz meg neki egy barbibabát!”²

3.5.4.1. Önsértések

A szakirodalom NSSI (Non-Suicid Self Injury) vagy önsértés fogalmával illeti azokat a cselekedeteket, melyek szuicid szándék nélküli kóros önkárosító magatartásban vagy akciókban mutatkoznak meg. Vagyis a személy elviselhetetlen érzelmi feszültségét levezetve a saját testet sebzí meg. A testi fájdalom elősegíti a lelki fájdalom átélését, okot ad a tűrőképesség határainak átélésére, a fájdalomtűrés elviselésére, amely végső soron megkönnyebbülést okoz. Vannak szerzők, akik a tetoválásokat és a piercingek viselését is az önsértő magatartás közé sorolják.

² Szerkesztetlen idézet blogról:

<http://emovilag.freeblog.hu/archives/2007/05/16/MissingLove/>, 2012. 01. 07. 19⁰⁰

Az önsértések egyre növekvő mértékben jellemzők a serdülőkre, mentális zavar nélkül a serdülők 30%-ra, komorbid zavar esetén akár ennek duplája is lehet. Leginkább 14 és 15 éves korban csúcsosodik ki számuk. A magyarországi pszichiátriai gyakorlatban a zavar az öngyilkos viselkedés spektrumán jelenik meg, kevés a tanulmány a témában. Jelentős kutatási eredményeket Csorba János és munkatársai mutattak fel, kérdőívet adaptáltak magyar nyelvre (Ottawai Önsértő Kérdőív, OSII; Hawton és mtsai, 1997; Csorba és mtsai, 2005), mely kérdőív átfogja az önsértő magatartás teljes spektrumát, mint az önsértésre vonatkozó gondolatokat, a tervezést, az érintett testrészeket, az önsértés különböző fajtáit (vágás, karcolás, égés, harapás), az érzelmi következményeket (szégyen, csalódás, büntudat). Vizsgálataik alapján kimutatták, hogy az önsértő magatartás hátterében nagyon gyakoriak a major depressziós epizódok, és a szorongásos zavarok – szociális fóbia és generalizált szorongásos zavar - valamilyen formája, a vizsgált serdülők 23%-nál fordult elő disztímia. Ugyanakkor nem voltak jellemzőek az evészavarok, a poszttraumás stressz, a magatartászavarok vagy alkalmazkodási zavarok. A leggyakoribb testrész a kar, felkar, és a kéz, a viselkedés súlyosbodása esetén a láb és lábszár. Az önsértő gondolatot vagy impulzust a serdülők felénél 5 percen belül követi a tett, egyhatodik fél órát hezitál, egyharmaduk több mint, órákig vagy napokig elhúzódik. Figyelemre méltó az a tény, hogy az önsértő serdülők körében az öngyilkossági gondolatok napi szinten (30%-nál), de legalább havi szinte (53%-nál) előfordulnak, míg öngyilkossági kísérlet a minta 64%-nál fordult elő. Az önsértés szándékát a fiatalok 60%-a beszélgetéssel, tévénezéssel halasztani képes (Csorba, Szélesné, Solymossy, Vados, Páli és Nagy, 2007).

Az önsértések nem csak serdülőkorban fordulnak elő, bizonyos zavarokban előfordulásuk gyakoribb a felnőtt populációban. Merza (2013) és munkatársai a gyermekkori traumatizáció hatását vizsgálták önsértő, borderline személyiségzavaros felnőtteknél, mivel a borderline személyiségzavar etiológiájában a súlyos és hosszan tartó gyermekkori traumatizációnak fontos szerepe van. A páciensek 81%-a számol be gyermekkorában átélt traumáról. Empirikus vizsgálatok együttjárást mutattak ki a gyermekkori traumatikus élmények, a borderline személyiségzavar súlyossága, valamint számos tünet, közöttük az öngyilkos és az önsértő viselkedés között. Merza és munkatársai mintáját 59 borderline személyiségzavaros és 52 depressziós páciens alkotta, módszerük kérdőívvel vizsgálta a gyermekkori traumatikus élményeket és az önsértő/öngyilkossági viselkedést. Eredmények kimutatták, hogy a borderline személyiségzavarban szenvedők élettörténetében szignifikánsan gyakoribb volt a

gyermekkori traumatizáció, a borderline betegek több önsértésről és súlyosabb disszociatív tünetekről számoltak be. Összehasonlítva a szexuális abúzust elszenvedett és nem abuzált borderline betegeket azt kapták, hogy az abúzustörténettel rendelkezőknél gyakoribb volt az önsértő viselkedés és a disszociáció. Továbbá megállapították, hogy az önsértések gyakoriságának, valamint a disszociáció és a pszichopatológia súlyosságának szempontjából nem az abúzus megtörténte/hiánya, hanem az abúzus súlyossági paraméterei jelentősek (Merza, Harmatta, Papp és Kuritárné, 2013).

3.5.5. Öngyilkos szekták

Nem elhanyagolhatók a téma szempontjából az ún. öngyilkos szekták áldozatai sem, a tömeges öngyilkosságok elkövetői. Ezek az emberek, akik többnyire a legrosszabb szociokulturális körülmények közé születtek, kilátástalannak érzik életüket és könnyen válhatnak a „világvégét váró”, vagy egyéb hazugságokat alkalmazó szekták áldozatává. Ilyen eset volt például az amerikai Marshall Applewhite szektája, a Heavens Gate,³ amelynek 1997-ben kb. negyven tagja követett el öngyilkosságot, mert szentül hitték, hogy a Hale Bopp üstökös mögött érkező UFO-k evakuálják őket a Földről.⁴

3.5.6. Prevenció

Kalmár (2013) szerint a prevencióban elsődleges szerepet az egészségnevelés, egészségfejlesztés jelentené, mely komplex módon magába foglalná a testi, a mentális, a kulturális és a spirituális nevelés kora elemeit gyermekkortól a családokban, az óvodákban, az iskolákban és a médiában egyaránt. Ez érinti az intézményes oktatásban részt vevő pedagógusokat is, hiszen sokszor munkahelyüket elutasító, agresszív, erőszakos légkörűnek élik meg. Készségfejlesztésre és sok információra van szükségük, hogy megérthessék saját maguk és kollégáik stresszre adott reakcióit, azokat a viselkedési jegyeket, amelyekről a saját közösségükön belül is felismerhető a túlterheltség és a lelki zavarok. A prevencióhoz hozzátartozik a rendelkezésre álló támogató, segítő lehetőségekről való tájékoztatás, és szükség esetére a kezelésben való részvétel támogatása. Az öngyilkosság prevenciója mindig a bizalomteli kommunikáció kialakításával kezdődik, hiszen eddigi megállapításaink egyértelműen bizonyítják, hogy az öngyilkosságig vezető folyamatban kritikus szerepe van a fiatal és az őt körülvevő környezet közötti kölcsönös kommunikációnak. A veszélyeztetett gyermekek és serdülők sokszor még a verbális és nonverbális kommunikáció finom

³ <http://www.heavensgate.com/>, 2012. 01. 06. 17³⁰

⁴ <http://edition.cnn.com/US/9703/28/mass.suicide.pm/>, 2012. 01. 06. 17³⁰

árnyalataira is túlságosan érzékenyek. Ennek az a fő oka, hogy családjukból és baráti körükből gyakran hiányoznak a bizalmas, bensőséges kapcsolatok, sok esetben környezetüktől nem kapnak szeretetet és elismerést, sőt, akár alapvető gondoskodásban is hiányt szenvednek.

Az iskolai közösség tovább növelheti a serdülőkorban elkövetett öngyilkosságok megelőzését a következő technikák segítségével, melyek elsősorban a diákok önértékelésének növelését célozzák:

- A pozitív élmények tudatosítása és hangsúlyozása: a pozitív tapasztalatok magabiztosságot eredményezhetnek
- A szélsőséges perfekcionizmus kerülendő, irreális célok kitűzése hiábavaló, a teljesítmény túlhangsúlyozása szintén
- A diákok iránti szeretet tettek általi közvetítése, melybe beletartozik a verbális dicséret alkalmazása, a közös programok szervezése
- A szimpátia kerülése és az empátia fokozása képes az önértékelés pozitív irányú előmozdítására, mivel szimpátia esetén értékítélet, empátia esetén együttérzés fejeződik ki.
- Kompetenciaérzés növelése önálló feladatok segítségével
- Az érzelmkifejezés bátorítása akkor is hasznos, ha épp konfliktus adódik a közösségben, hiszen adaptív megküzdési mechanizmust mutat. A serdülőknek szükségük van arra, hogy megosszák egymással gazdag érzésvilágukat
- Az iskolai agresszió mérséklésével, melyhez készségek egész sorát szükséges kiépíteni ahhoz, hogy az oktatási intézményekben biztonságos légkör uralkodjon
- Információk nyújtása azokról a helyekről, ahova krízishelyzetek esetén a serdülők fordulhatnak.

A SE Magatartástudományi Intézet által irányított többszintű öngyilkosság megelőző programok hatékonyságvizsgálata alapján megállapították, hogy a programok ideje alatt az öngyilkossági arány jelentős mértékben csökkent. Szolnokon 2006-ban 46%-kal volt alacsonyabb az előző 9 év átlagánál. A férfiak közt nagyobb csökkenést figyeltek meg, mint a nők közt, valamint a telefonos lelkisegély szolgálatoknál jelentősen megnőtt a férfiak által kezdeményezett hívások száma. Miskolcon 2011-re a befejezett öngyilkosságok aránya a 2009-es szint 79%-ra csökkent, míg a kontrollvárosként vizsgált Szegeden 133,3% lett. A

programok során a hangsúlyt a probléma felismerésének javítására, és a lakosság tájékoztatására helyezték. Eredményeik arra utalnak, hogy a többszintű beavatkozás által keltett hatások segítségével érhető el az öngyilkosság hatékony megelőzése.

4. A családi szocializáció diszfunkciói

4.1. Az anya gyermek kapcsolat zavarai és fejlődési pszichopatológia

4.1.1. A mentális betegségek kialakulása a korai elméletek alapján

Freudot a klinikai pszichopatológia iránti érdeklődése nyilvánvaló volt, célja korai munkája során a neurotikus megnyilvánulások átfogó elméletének kidolgozása - elsősorban azért, hogy feltérképezze a lélek struktúráját és működését. 1896-ban a normál érzelmektől való patológikus érzelmek négy típusát írja le:

- **Konfliktus (hisztéria):** az ént a traumatikus élmény kellemetlen jellege keríti hatalmába. A védekező tünetek elfojtása és kiépítése a korai élmény emlékével függ össze: nem annyira az emlékeket, inkább a legelső élményből származó indulatokat fojtják el a betegek.
- **Önvád (kényszerképzetes neurózis):** a kora gyermekévekben szerzett kellemetlen passzív élmény, amelyet a későbbiek során kellemes és többnyire aktív élmény követ. Felsorolta a rendellenesség három fokozatát, mint a primer elhárítás, kompromisszumokból eredő tünetek, szekunder elhárítás.
- **Öngyötrés (paranoia):** egy eredetileg szexuális élmény kellemetlen érzelmét egy másik személyre vetítik ki, s így jön létre a bizalmatlanság primer tünete.
- **Bánat (akut hallucinációs zavarodottság):** az elfojtott dolog visszatérése kompromisszum természetű tüneteket vált ki, amik legyűrik az én-t, és "asszimilációs érzékcshalódásokat" eredményeznek, amikor az én elfogadja az idegen anyagot.

Freud tehát megállapította, hogy a neurotikus tünetek az elfojtás hibái következtében keletkeznek: a normális fejlődés során a gyermek ösztöntörekvései egyre közelebb kerülnek a felnőtt genitális szexualitáshoz - különösen éles konfliktusok esetén a libidó a korai szakaszokban fixálódhat. Pszichológiai stressz idején a libidó a fixációs pontra regrediálhat, és így az idetartozó infantilis vágyak jutnak uralomra.

Később a strukturális modellben módosította elméletét és a neurotikus tüneteket az éntülterhelések fenyegető elfogadhatalan késztetéseiként és az ellenük való védekezések

kombinációjaként fogalmazza meg. A modell értelmében az egészség az én azon képessége, hogy mennyire képes együttesen kezelni az ösztönalapú vágyak nyomását és a valóság kényszerítéseit. A neurotikus reakciót szorongás jelzi, amely megsemmisüléssel fenyegeti az én-t. A neurotikus reakciótípust aszerint különböztetjük meg, hogy milyen módon védekezik az én a gyermekkori késztetések okozta szorongás és büntudat ellen:

- fóbiák alapja a projekció és áthelyező mechanizmusok működése, így az agorafóbiás nők azért nem képesek otthonról kimozdulni, mert apjukkal kapcsolatos vágyaikat kivetítik, és más férfiakra helyezik át;
- paranoia alapja a homoszexuális impulzusok erősen konfliktuózus természete, elsősorban a reakcióképzés és projekció védekezőmechanizmusa nyomán alakul ki;
- kényszerneurózisok esetében szintén a reakcióképzés mechanizmusa működik; elsősorban az agresszió maga ellen való fordításáról van szó.

Mindezek az elképzések a védekezőmechanizmusok elképzése felé irányítják a pszichoanalitikusan gondolkodók figyelmét (Jones, 1983).

4.1.2. A budapesti iskola képviselői

Ferenczi Sándor - aki Freud közvetlen tanítványa volt - szerint a csecsemő már kezdetektől fogva érzékeli a külvilág ráirányuló ingereit, és alkalmazkodik ezekhez. Az egészséges személyiséget ért traumák, melyeket nem képes feldolgozni, regressziót okozhatnak azon a fejlődési szinten, ahol annak idején a legtöbb problémája volt a személynek: a súlyos lelki helyzetekben az aktuális, és csak elfojtással elviselhető sérelmek energiája beindítja a régi sérelmek emlékeit, és a komplexus aktívvá válik (Haynal, 1987).

Bálint Mihály Ferenczi elképzéséből kiindulván jött rá arra, hogy a nagyon korai csecsemő-szülői kapcsolat mintázata hatással van a lelki fejlődésre: ha az anya-gyerek kötelék már kezdetől nem kielégítő, az egyén életének hátralevő része azzal fog telni, hogy kárpótlást keres a hiányzó elsődleges szeretetért. Ez az elsődleges szeretet, vágy, hogy "szeressenek mindig, mindenhol, minden módon, az egész testemet, az egész lényemet" (Haynal, 1987, 58. o.). Annál a személynél, akinél ez az elsődleges szeretet nem élhető át, bekövetkezik az östörés, melynek következménye az *alapszavar*, vagyis egy alapvető szerkezeti hiba a személyiségben. Annak a személynek, aki ilyen törést szenved el, az az alapvető meggyőződése, hogy valami nincs rendben körülötte, nem érez haragot emiatt, de mindig a

környezetében keresi a megoldást. Az östörés a személyiségzavar alapjául szolgáló fejlődéslélektani esemény.

4.1.3. Tárgykapcsolat elméletek

A tárgykapcsolati iskola képviselői a pszichoanalízis elméleteire alapozva hangsúlyozzák a korai anya-gyermek kapcsolat fontosságát és nem maradnak meg a strukturális elmélet keretei között. A tárgy „szeretett vagy gyűlölt személyt, helyet, dolgot, vagy fantáziát jelent” (Hamilton, é.n., 9. o.). Feltételezéseik szerint a pszichopatológiák eredete

- a preödipális korszakban keresendő, a tárgyakkal való kapcsolatok mintázata a fejlődés során egyre összetettebbé válik,
- a fejlődési állomások egy általános érési sorrendet követnek,
- a tárgykapcsolatok korai mintázatai megisméltődnek,
- a kapcsolatok zavarai fejlődési szempontból a későbbi kapcsolatokra vetülnek.

4.1.3.1. Fejlődési pszichopatológia Anna Freud szerint

Anna Freud szerint a súlyos gyermekkori trauma is reverzibilis lehet: szerinte a gyermekek nagyon rugalmasak, és nagy az öngyógyító képességük, ami végülis lehetővé teszi az átmeneti deviációt követő normál fejlődési útra való visszatérését.

Anna Freud feltételezte, hogy a pszichés hatások közötti egyenetlenségek az alkati és környezeti tényezőkből származnak, és pszichopatológiai zavarokra hajlamosítanak: kismértékű diszharmónia mindenkinél előfordulhat, a súlyos diszharmónia viszont termékeny talaj a későbbi neurózisok és a személyiségfejlődési zavarok számára. A fejlődési zavar eredhet belső vagy külső nehézségekből. Különbséget tett ösztöngátlás és az én-en belül történő korlátozás között. A csecsemő ösztönszükségleteire adott nem megfelelő anyai válasz veszélyeket és külső konfliktusokat teremt - a szükségletek és a környezet közötti diszharmónia ekkor érezteti leginkább hatását, mivel a fejlődő strukturák még nem alkalmasak a külső és belső stresszhatások okozta nyomás elviselésére. Ebből kifolyólag az énéjlődés károsodást szenved, mivel az internalizációs és identifikációs folyamatok kerülnek veszélybe. Ennek megfelelően:

- borderline személyiségzavarnak megfelelő karaktert hoz létre a struktúráképződés hiánya;

- neurotikus személyiség esetén megfigyelhető, hogy az ösztönös vágyak igyekeznek a tudatba jutni és az én segítségével kielégülést nyerni, azonban a felettes-én azonban tiltakozik ezek ellen. minek hatására az én felveszi a harcot az ösztönimpulzussal szemben (behódol a felettes-énnek) és vállalja a küzdelemmel járó összes következményt. A védekezésre serkentő motívum eredendően nem a sajátja, az ösztönt azért tekinti veszélyesnek, mert a felettes én megtiltja kielégítését. Így a neurózist a felettes-én szigorúsága okozza (Freud, 1994).

4.1.3.2. A brit pszichoanalízis "független" iskolájának pszichopatológiai elképzelései

A legjelentősebb eltérés a pszichoanalitikus modellekhez képest, hogy ezekben a modellekben a hangsúly nem a tudattalanon és az elfojtáson van, hanem az elsődleges tárgyvaló kapcsolat kielégítő szempontja érvényesül: amennyiben ez az intimitás szempontjából elégtelen, a szelfben hasadás alakul ki, vagyis az egymással ellentétben álló többszörös én-tárgy rendszerek tekinthetők a pszichopatológia fejlődéslelektani gyökereinek - mondhatni a budapesti iskola képviselői által elindított utat követik elméleteikben a brit iskola képviselői. Ezen elméletalkotók csoportjába sorolható Bálint, Winnicott, Fairbairn. A brit iskola így a primitív szorongást jelöli meg a pszichózisok keletkezésének gyökereként, melyben e primitív szorongások elleni védekezés az onnipotens fantáziák kialakításával váltható ki, amelyek ha egyszer megjelentek, nehéz feladni - gyermek arra kényszerül, hogy a valóság minden aspektusát integrálja ezekkel a fantáziákkal (Székely, 2003).

Fairbairn (1943) elgondolása szerint a súlyos korai trauma az emlékezetnek olyan területein raktározódik el, amelyek lehasadtak a személy énjének központi részéről vagy működő szelfjéről. Minden patológiás fejlődés alapvető eleme a bensőséges elfogadás, szeretet hiányában fellépő trauma által kiváltott szkizoid visszavonulás. A szorongás a csecsemőkori függőséggel kapcsolatos konfliktusokban gyökerezik. A dependenciára irányuló regresszív vágy magával hozza az identitásvesztés fenyegetését. A szeparációra irányuló törekvés felkelti azt a félelmet, hogy izolálódunk, és elveszítjük a támogatást. A biztos bázishoz való visszatérés átmenetileg megkönnyebbülést jelenthet, azonban újból beindítja a bekebelezés, identitásvesztés miatti szorongást, és így a konfliktust .

Fairbairn szerint a szkizoid személyiség úgy alakul ki, hogy a gyermek destruktívnak érzi az anya szeretetét, és ezért minden intimitással együtt le kell gátolnia azt, így az én olyan mértékű hasadást él meg, melyben megváltozik az önészlelés, a realitásérzék zavart lesz, ezek

a személyek képtelenek másokat felismerni és az érzelmi kapcsolatokat testi kapcsolatokkal helyettesítik: elrejtik szeretetüket és falakat építenek maguk köré, közönyösnek, durvának vagy éppen gyűlölködőnek mutatkoznak, hogy így védjék magukat a többiek szeretetétől. A bensőséges kapcsolatokat csak úgy tudják fenntartani, hogy a szelf egy része nem érintődik.

A depresszió a későbbi gyermekkorban következik be: a csecsemőnek abban az élményében gyökerezik, hogy agressziója destruktív a tárgyra (anyára) nézve, meg kell védenie akár azáltal is, hogy önmaga ellen fordítja (Székely, 2003).

Winnicott (1953) elképzelése szerint a súlyos karakterpatológiák (a Freud-i karakterneurózis értelmében) esetében a fejlődés megrekedt egy átmeneti fázisban, a "szubjektív tárgy" illúziója és az objektív valóság felismerése között. Winnicott elképzelése szerint a szelf-másik elkülönülés egy éretlen stádiumban tudatosul, ami elképzelhetetlen rettegést vagy a széthullás félelmét váltja ki. A szkizoid személyiségzavart az "elég jó anyaság" hiányához köti: annak következménye, hogy a gyermek részesült az "elég jó anyaságban", azonban elvesztette azt, így örökre depriváltak érzi magát. A szkizoid személyiség a "hamisszelf" egy változata: a túlalkalmazkodó szelf mögött a szelf kohéziója miatti mélységes szorongás, a testtel való kapcsolat elvesztése és az orientáció hiánya rejlik.

4.1.3.3. Kernberg fejlődépszichopatológia-modellje

Kernberg (1994) úgy tekinti a neurotikus patológiákat, mint egy viszonylag integrált, de elfojtott, gyermeki szelfhez történő regressziót. Az én és felettes-én érettsége és integráltsága, valamint a tárgykapcsolati viszonyulásmódok minősége szerint osztályoz, és egy kontinuum mentén helyezi el a személyiségzavarokat, súlyossági sorrendben. A sor a neurotikus személyiség szerkezettől a pszichotikusig terjed.

Az érett, integrált felettes-én elérhető követelményeket tart fenn az én számára, az önbüntetés mellett önjutalmazásra is képes, meg nem felelés esetén pedig differenciáltabb és elviselhető mértékű büntudattal jelzi vissza az én-nek a normaszegést. A pusztító-megsemmisítő jellegű büntudat elviselhetetlensége miatt az éretlen-integrálatlan felettes-én szerkezet gyakran együtt jár az én és felettes-én közötti integráció zavarával. Ez azt jelenti, hogy a személy a saját értékrendjének való meg nem felelés miatti ítélkezést nem belülről éli meg – büntudatként-, hanem kívülről jövő ítéletként, mások iránta való kritikájának, rosszallásának, gyanakvásának, neheztelésének élményeként. Ezt nevezi felettes-én projekciónak: ilyenkor a külső ítélkezés feltételezése és az azzal való túlzott foglalkozás a saját büntudatérzés

hiányával vagy csökkent voltával jár együtt, a feltételezett ítélkezés szempontjai pedig megfelelnek a saját értékrend szempontjainak. Különösen súlyos felettes-én zavarral jellemezhető az antiszociális személyiségek.

Az énfunkciók közül Kernberg kiemeli a védekezőmechanizmusok, az önfenntartó-ön szabályozó és integratív funkciók jelentőségét, más szóval az egységes szelf-képzet és az egységes tárgyképzet kialakításának képességéről van szó - melyek már az én tartalmai közé tartoznak, de kialakításuk és fenntartásuk integratív énfunkciókat igényel. Az én tartalmai közül a magasabbrendű humán érzelmek megjelenésének vagy hiányának felmérését tartja még fontosnak, mint a gyász, részvét, együttérzés képessége, melyek kialakulásában ugyancsak jelentősége van az integratív énfunkcióknak, hiszen ezek érzelmek - szeretet és frusztráció - szövődéséből keletkeznek. Azonosít egy ún. *megfigyelő énrészt*, melynek segítségével képesek vagyunk egy adott időpontban énjünket egy átélő és egy megfigyelő énrészre osztani, azaz képesek vagyunk arra, hogy miközben átéljük élményeinket, azokról kívülről nézve is tudunk gondolkodni. A borderline betegeknek gyakran hiányos vagy egészen csökevényes ez a képességük. Sok személyiségzavarban szenvedő személynek nehézségei vannak az érzelmek átélése terén, s a legtöbb borderline betegnek komoly gondot jelent belső élmények szóbeli megfogalmazása (Kernberg, 1993).

4.1.4. Kötődési minőség

4.1.4.1. A kötődési kapcsolat reprezentációja

A pszichodinamikus és tárgykapcsolat elméletek talaján kibontakozó kötődésemélet szerint az érdek-szeretet adja a szeretetkapcsolat alapját a táplálás kielégítésén keresztül (Freud, 1982). Bowlby (1969) elszakad ettől a nézőponttól, és az evolúciós elmélet segítségével magyarázza az anya-gyermek kapcsolatot. Szerinte a kötődés alapvetően ösztön alapú, de független a táplálástól és a szexuális viselkedéstől. Az anya és gyermeke közötti kötődésnek rendkívül fontos szerep jut a személyiségfejlődés, a felnőtté válás folyamatában, megalapozza a bizalom és a szeretet készségét, mely kapcsolat az interakciókon keresztül nyilvánul meg, a kötődés a közelség keresésének és fenntartásának igényét jelenti, a bizalom és a szeretet érzéseivel (Zsolnai, 2001).

Az anya-gyermek kapcsolat evolúciós szempontból ösztönhelyzetnek tekinthető: az anyát az ivadék gondozás ösztöne, a gyermeket a túlélés ösztöne vezeti kettejük interakciójában. Bowlbyt, aki 1940 táján alkalmazkodási zavarral küzdő fiatalok bűnözőkkel dolgozott, ez

inspirálta az anya-gyermek kapcsolat behatóbb vizsgálatára. Lenyűgözték Lorenz felismerései, és megfogalmazta, hogy „kötődés esetén az anya és a gyerek számára az jelenti a célállapotot, hogy egymás közelében legyenek. Az anya távozása a baba sírásának kulcsingere, a sírás pedig hatékony eszköze a mama visszaszerzésének, vagyis a cél elérésének” (Oatley és Jenkins, 2001., 114. o.). A kötődés elmélete tehát az imprintingből származik, melyhez egy kötődési személlyel kialakított zavartalan, gyengéd kapcsolat élménye szükséges. Bowlby szerint, ha az embergyerek nem szerez 6 hónapos és 3 éves kora között zavartalan és gyengéd kapcsolati élményt, akkor ennek visszafordíthatatlan negatív következményei lesznek. Ezen negatív következmények váltak nyilvánvalóvá Harlow Rhesus-majom kísérletei során, melyben kiderült, hogy az egészséges szociális fejlődéshez nem elégséges pusztán biológiai szükségletek kialakítása. A kísérletsorozatban Harlow Rhesus majmokat születésük után 12 órával elválasztott anyjuktól, és két műanyával pótolta az anyai funkciókat. Az egyik műanya drótból készült, a táplálékot ettől kapták a kismajmok, a másikat szőrrel bevonták, de táplálékot nem adott. A kismajmok a nap nagy részét a szőrányán töltötték, csupán táplálkozni mentek át a drótanyára.

Kraemer (1992) összefoglalta a mesterséges anyákkal nevelt majmok vizsgálatának eredményeit: ezek a majmok idősebb korokban nem esznek és nem isznak normálisan, a semmibe bámulnak, repetitív és sztereotíp cselekvéseket végeznek, saját végtagjaikba harapnak, egyszerre mutatják a félelem és fenyegetés egymást kizáró jeleit, társas viselkedésük zavart. Fajtársaikkal való találkozás során a visszahúzódás és agresszív támadás között váltakozik viselkedésük, közösülésre alkalmatlanok. Tehát a kötődés kapcsán nem csupán a túlélés forog kockán, hanem a másikkal való kapcsolat modelljének kiépítése is (Oatley és Jenkins, 2001).

A fenti összefüggésekre alapozva Bowlby azt feltételezte, hogy a csecsemő és gondozója közötti interakciós tapasztalatok egy ún. belső munkamodellben összegződnek, melynek segítségével a gyermek mentális reprezentációt alakít ki gondozójáról, a vele való kapcsolatáról és önmagáról. A belső munkamodell tehát bioszociális homeosztatisz szabályozó rendszer (Fonagy és Target, 1998).

Bowlby (1969) szerint tehát a kötődés a viselkedéses rendszer része, mely belső motivációkat feltételez. Ezen a ponton tér el a kötődéselmélet a tárgykapcsolat elmélettől: Bowlby szerint a gyermek célja nem a tárgy (anya), hanem egy fizikális állapot, az anyához való közelség

fenntartása. Mivel a cél nem a tárgy, hanem egy érzésbeli állapot, a gondozó válasza erőteljesen befolyásolja a kötődési rendszert, hiszen ha a gyermek célját elérte, viselkedési rendszere is módosul. A kötődési viselkedési rendszer befolyásolja a felfedező viselkedéses rendszert és a félelmi rendszert, melyekkel közösen szabályozza a gyermek fejlődési alkalmazkodását. A felfedező viselkedési rendszer alapja a kötődési rendszer, mert biztonságos kötődési személy háttérében indul meg a világ felfedezése, így a félelmi rendszer aktiválja a kötődési rendszert, a gondozó elérhetősége a veszélyesnek ítélt ingerek érzékelését csillapítja. A szeparáció így kétféle stresszort jelent: a veszély jelenlétét, és a kötődési személy elérhetetlenségét. Így Bowlby a „szorongás” kifejezést arra a helyzetre alkalmazza, amikor a félelmi rendszert a kötődési személy elérhetetlensége riadóztatja (Fonagy és Target, 2005).

Mivel a kötődést Bowlby interakciós folyamatként írja le, az anya éppúgy része a folyamatnak, mint gyermeke. Az anya viselkedése elsősorban a gondozási viselkedés-rendszer által szabályozott, melynek célja a védelem nyújtása. Így ez a rendszer akkor aktiválódik, ha a szülő értékelése szerint a gyermek veszélyes vagy ijesztő helyzetben van. A rendszer fizikai vagy pszichológiai közelség esetén, valamint azon jelek hatására deaktiválódik, amik arra utalnak, hogy a gyermek elégedett és boldog. Ahogy a gyermek kötődési rendszere, a szülő gondozási rendszere is erős érzelmi indulatokkal fűtött.

Mindezek tükrében nyilvánvalóvá válik, hogy az anya és a gyermek együtt dolgoznak azon, hogy kettőjük között megfelelő legyen a közelség. Ha a gyermek távolabb kerül, az anya közeledik hozzá, ha az anya távolodik, a gyermek követi. Így, ha a szülő gondozási rendszere aktiválódik, a gyermek kötődési rendszere deaktiválódhat, hiszen ilyenkor az anya figyel, hogy a távolság közöttük megfelelő legyen. Valószínű továbbá, hogy a gyermek kötődési és félelmi rendszere közötti szoros kapcsolat párhuzamba vonható az anya gondozói és félelmi rendszere közötti szoros kapcsolattal (Cassidy, 1999). Tehát a távolság és a szeparáció élménye az anya számára is szorongáskeltő lehet (Hámori, 2005). Levy (1943) szerint „az anyai túlvédés azoknál a nőknél jelenik meg, akiket bizonyos lelki és kulturális körülmények arra kényszerítenek, hogy anyai érzéseiket fokozottan éljék át” (Levy, 1943., idézi Hámori, 2005. 24. o.). A szeparációs-individuációs folyamatban az anyai szeparációs szorongás közepes szintje segíti leginkább elő a kapcsolati fejlődést anya és gyermeke között (Hámori, 2005). Berger és Aber (1986) vizsgálati eredménye szerint az erős szeparációs szorongást

átélő anyák kevésbé támogatják gyermekük autonómiatörekvéseit 15-24 hónapos korban (In: Hámori, 2005).

McBride és Belsky (1988) a kötődési kapcsolat és az anyai szeparációs szorongás közötti összefüggéseket vizsgálták és azt találták, hogy az elkerülő kötődésű gyermekek anyáinál magasabb, míg az ambivalens módon kötődő gyermekek anyáinak alacsonyabb a szeparációs szorongás a biztonságosan kötődő gyermekek anyáihoz képest. Hipotézisük szerint a gyermek elkerülő viselkedése az elkeseredés, harag és elutasítás tagadását fejezi ki, ezért az anya is figyelmen kívül hagyja azokat a viselkedésjegyeket, melyek gyermekének megnyugtató iránti igényére irányulnak, aminek következményeképpen az anyai szeparációs szorongás szintje nő. Az ambivalensen kötődés esetén a közelségkereső viselkedés mindkét fél részéről aktívan igényelt, tehát az anyai szeparációs szorongás szintje alacsonyabb (Hámori, 2005).

A kötődési viselkedésben szerepet játszik mindezek mellett a szociális viselkedés-rendszer is, mely a társak felé irányul és azon a tapasztalaton alapul, hogy másokkal együtt lenni biztonságot jelent. A szociális viselkedés-rendszer akkor aktiválódik, amikor a kötődési rendszer nem aktív, hiszen a kortársaival akkor van szívesen a gyermek, ha jó hangulatban van, és biztonságban érzi magát (Cassidy, 1999).

Bowlby teóriáját a kötődési rendszerre vonatkozóan Sroufe és Waters (1977) fogalmazták újra, szerintük a kötődési rendszer célja a biztonság érzése és nem a fizikai távolság szabályozása (Fonagy és Target, 2005). Ennek következtében a gyermek szeparációra adott válaszát a hangulat, a fantáziák is befolyásolhatják.

4.1.4.1.1. A kötődési reprezentáció hatása az interperszonális kapcsolatokra

Vizsgálatok mutatták ki, hogy a belső munkamodell hatással van későbbi kapcsolatainkra (Cassidy, 1996). Az anyával való kapcsolat így a belső munkamodellen keresztül válik a szociális kapcsolatok és a pszichoszociális alkalmazkodás alapjává. Az anyagyermek kapcsolat sajátos fejlődési folyamaton megy keresztül, kisgyermekkorban a szülő közelben tartásában, iskoláskorban az együttműködésben, serdülőkorban pedig az intim kapcsolatok kialakításában mutatkozik meg (Humber és mtsai, 2005). A gyermekkori kötődés alakulásának fordulópontjai a következők: az első szakasz a második és harmadik életév között zajlik, mikor meglazul az addigi szoros testi kapcsolat, és kezdenek eltűnni az intenzív kötődés megnyilvánulásai. A második szakasz az iskoláskor kezdete, melynek során az anyához való kapcsolat még inkább veszít bensőségességéből. A harmadik szakasz a

serdülőkor, mikor küzdelem zajlik a szerető gondoskodás ellen, mégis előfordulhat közelségkereső viselkedés. Látható, hogy a kötődés és individuáció egymástól nem független folyamatok - egy kontinuum két végpontjai -, melyek közt az egyensúly fenntartása válik feladattá (Bell és mtsai, 2005). Az anya szerepe ebben a folyamatban a gyermek igényeihez való alkalmazkodás: iskoláskorban a szabályok, elvárások kialakítása mellett az önállóságra tanítás, serdülőkorban pedig a gyermek autonómiaigényének támogatása biztonságot nyújtó háttér kialakításával (Badinter, 1999).

Bowlby (1973) szerint azok a szülők, akik válaszkész és elfogadó gondoskodást tapasztaltak saját szüleiktől, hasonlóan fognak bánni gyermekükkel is. A kötődés generációs átvitelét feltételezés szerint a szülő mentalizáló képessége befolyásolja, mely a gyermek tudati állapotainak megfigyelésére irányul. Következménye, hogy a gyermeknél is facilitálja a tudatállapotok általános megértését. Ennek a folyamatnak a biztonságos kötődés a mediátora, mert olyan kontextust biztosít a gyermek számára, amelyben a gyermek más személyek viselkedését értelmessé és bejósolhatóvá teszi (Fonagy, 1999).

A kötődés nem csupán az életben maradást segíti elő, hanem a másikkal való kapcsolat modellje. Ez a megállapítás egybevág Bowlby (1969) elméletével. Szerinte a kötődés célja nem a tárgy elérése, hanem egy érzésbeli állapot, jelesül a „jelentős másikhoz” való közelség elérésén túl a biztonság érzés megteremtése. A gondozótól való szeparáció élménye ennek megfelelően kétféle stresszort jelent: egyrészt a veszély jelenlétét elővételezi, másrészt a kötődési személy elérhetetlenségén keresztül a biztonságérzet hiányát hívja elő. Ennek értelmében a gondozó válasza erőteljesen befolyásolja a kötődés minőségét (Fonagy és Target, 2005). A kutatási eredmények szerint kötődési belső munkamodellünk jelentősen „előfeszíti” későbbi kapcsolataink minőségét (Cassidy, 1999).

A kutatások alapján egyetértés mutatkozik tehát abban, hogy a kötődési biztonság védelmet jelenthet a felnőttkori pszichopatológia ellen. Több kutatás társította a kötődési mintákat a pszichiátriai megbetegedésekhez, és egyértelműen zavart mintázatokat leltek fel a korai kötődési mintákban. Arra azonban felhívják a figyelmet, hogy ezek a korai kötődési minták nem determinálják a személyt egész életére, csupán valószínűsítik a nehezebb alkalmazkodást. Akik szélsőségesen kemény vagy zűrzavaros korai gondoskodásban részesültek, azoknál a figyelmi, az érzelmi és a szimbolikus szabályozás kisiklik. A korai kötődési zavar már önmagában hibás szelffejlődésnek érződik, mint stressz szabályozás,

figyelemszabályozás, mentalizáció nem kielégítő volta, és mivel ezek a készségek szükségesek ahhoz, hogy az egyén bánni tudjon a szociális stresszhelyzetekkel, a korai évek kapcsolati zavarai, valóban előre jelzi egy későbbi lélektani zavar lehetőségét.

4.1.4.2. A kötődési viselkedés kategorizációja

A csecsemők belső munkamodelljének vizsgálata az Idegen Helyzet kísérletével vált mérhetővé, melynek kifejlesztője Mary Ainsworth (Fonagy és Target, 2005). Az Idegen Helyzet során a 12 hónapos gyermek anyjától rövid szeparációt él át egy számára ismeretlen helyen, miközben egy idegen felnőtt lép vele kapcsolatba. A kísérlet nyolc, egyenként három perces periódusból áll, melynek során a gyermek szeparációs helyzetbe kerül. E hatásokra aktiválódik a gyermek kötődési rendszere. A kötődésről a legtöbb információt az újraegyesítési epizódok adják. A gyermekeket e viselkedéses megnyilvánulások alapján kezdetben három, majd négy kategóriába sorolták. A negyedik kategória felfedezése Main és Solomon (1991) nevéhez köthető (Fonagy, Target, 2005). Ezek a következők:

1. Biztonságos kötődés: az anyjuk jelenlétében a biztonságosan kötődő gyermekek láthatóan biztonságban érzik magukat, nyugodtan játszanak, és az idegennel is barátságosak. Anyjuk jelenlétében képesek az explorációra. Ha az anyjuk távozik a szobából, nyugtalanok lesznek, idegen nem képes teljesen megvigasztalni őket. Anyjuk visszatértekor keresik a közelségét, interakcióba lépnek vele, gyorsan megnyugodnak és visszatérnek a játékokhoz.

2. Szorongó-elkerülő kötődés: az anyjukkal való együttlét során az elkerülő gyerekek közömbösek az anyjukkal szemben, ritkán osztják meg érzelmeiket, nem lépnek vele kontaktusba. Anyjuk távozásakor nem mutatnak distresszt; ha mégis, akkor az idegen is meg tudja nyugtatni őket. Amikor anyjuk visszatér, nem keresik a közelségét, nem mennek oda hozzá vigasztalódni, elfordulnak tőle, úgy tesznek, mintha észre sem vették volna, hogy visszajött.

3. Szorongó-ellenálló kötődés: az ebbe a csoportba sorolható gyerekek szorosan anyjuk mellett maradnak a szeparáció előtt is, anyjukat nem tudják biztos háttérnek tekinteni az explorációhoz. Mikor anyjuk kimegy, teljesen kétségbe esnek, az idegen egyáltalán nem képes megnyugtatni őket. Anyjuk visszatértekor keresik vele a kapcsolatot, de nem nyugszanak meg tőle. Sok esetben keresik anyjuk közelségét, de ugyanakkor ellenállnak a testi kontaktusnak.

4. *Szorongó-dezorganizált kötődés*: a gyermekek viselkedése zavart lesz az anya távozásakor, illetve visszatértekor, egymásnak ellentmondó viselkedésminták mutatkoznak, félbeszakított mozgások és érzelmi kifejezések, sztereotíp, megmerevedett testtartások kíséretében ami arra utal, hogy nincsen koherens kötődési stratégiájuk distressz esetére.

A biztonságosan kötődő csecsemők viselkedése jól koordinált interakciós élményen alapszik, ahol a gondozó ritkán van túlzott készenléti állapotban, így képes a gyermek megváltozott érzelmi válaszainak stabilizálására, aminek következtében a stresszhelyzetek is rendezhetőek maradnak a gyermek számára. A szorongó/elkerülő kötődési minta háttérében olyan élmények állhatnak, melyekben a gondozó a gyermek izgalmi állapotát nem volt képes egyensúlyba hozni, vagy a fokozott izgalmi állapot erőszakos gondozás következtében lépett fel, így túlszabályozzák érzelmeiket, és elkerülik azokat a helyzeteket, melyek fenyegetőnek tűnnek számukra. Az ambivalens módon kötődő gyermekek ezzel szemben alulszabályozzák érzelmeiket, tehát erőteljes módon fejezik azokat ki, hogy gondozójukból a várt választ előhívják, még akkor is, ha a veszélyhelyzet nem kifejezett. A dezorganizált viselkedéssel jellemezhető gyermekek csoportja számára gondozójuk jelenléte egyszerre félelemteli és biztonságot nyújtó, így a kötődési viselkedéses rendszer ellentétes motivációkat teremt (Fonagy és Target, 2005).

4.1.4.3. Anya-gyermek kapcsolat sajátosságai a kötődési viselkedés kialakulásában

A kötődési rendszer tehát, a gyermek félelem és distressz kifejezésein alapul, melyek az anyát gyermeke közelében tarják. Az anya distresszre adott válasza ugyan befolyásolja a kötődési stílust, mégsem kizárólagos meghatározó a kötődési stílust illetően. Ebben szerepet játszanak még olyan tényezők, mint az általános anyai érzékenység, az érzelmi ráhangolódás, a szülői viselkedés és az anya és a baba temperamentumának összhangja (Hámori, 2013; Péley, 2013).

Nem elhanyagolható tényező azonban a környezet támogató, megerősítő szerepe sem a kötődési stílus kialakulásában. Crockenberg (1981) az anyák distresszre mutatott válaszkészségét a babák 3 hónapos korában, és a gyermekek kötődési stílusát 1 éves korban vizsgálta, és arra a következtetésre jutott, hogy a férj és rokonok támogatása szerepet játszik a folyamatban.

Fonagy és Target (1998) mentalizációs képesség alatt a személyközi viselkedés mentális állapotok terminusaiban való megértésének képességét értik, amely a korai

kötődéskapcsolatok révén alakulnak ki, így egyben az önreflektív és személyközi kapcsolatok mintáiként szolgálhatnak. A reflektív funkció vagy mentalizáló képesség tehát az a képesség, amelynek segítségével a gyermek nemcsak a másik személy felszíni viselkedésére tud reagálni, hanem saját magának a másik vélekedéseiről, érzéseiről, vágyairól vagy terveiről alkotott elképzeléseire is. A tudati állapotok tulajdonításával a gyermekek más személyek viselkedését értelmessé és bejósolhatóvá teszik. Ennek hatására képesek a gyermekek a fejlődés során megkülönböztetni a belső és külső valóságot, ennek hatására alakul ki az érzelemszabályozás, mely a mentalizáció előszele. Hat és tizenhét hónapos kor között a gyermek egyre inkább képes arra, hogy a saját mentális állapotait megfeleltesse a gondozóval egy harmadik tárgy vagy ember jelenlétekor úgy, ahogyan például a közös figyelem vagy egy kérés kifejezése esetében. Rogers és Pennington a reprezentációs illesztés modelljét alakították ki az interszubjektív folyamatok leírására, melynek segítségével az interakciók során a szelf és a másik reprezentációs állapotait koordinálják. Véleményük szerint a szorongás először csupán a fiziológiai állapotok változásainak, viselkedéseknek és gondolatoknak zavaros keveréke a csecsemő számára. Amikor az anya visszatükrözi a csecsemő szorongását, ennek percepciója megszervezi a gyermek élményét, és így már mintegy "tudni" fogja, mit érez. A visszatükrözött reprezentáció és az én elsődleges állapota közötti bizonyos fokú eltérés elősegíti a szerveződés folyamatát, és így az anyai tükrözés létrehozza az érzelmek magasabb szintű reprezentációjának kialakulását. A modellt Fonagy és Target ellenőrizték egy vizsgálat során: azt találták, hogy azok az anyák tudták oltás után legsikeresebben megnyugtatni 8 hónapos gyermeküket, akik az injekció beadását követően rögtön visszatükrözték a csecsemő negatív érzelmi állapotát, de ugyanakkor ez a tükrözött érzelmek más affektusokkal vegyítve jelent meg viselkedésükben - például mosolygással, kérdezővel vagy mókázó kifejezéssel keverve. Az ilyen úgynevezett "összetett érzelmi kifejezésekbe" ágyazott érzelmtükrözés biztosítja, hogy a csecsemő egy a saját érzelmi állapotával analóg, de azzal nem azonos érzelmet érez, s így a szimbólumalkotás folyamata megindulhat. Fonagy szerint a csecsemő érzelmei és a gondozó tükrözéses reakciói közötti reprezentációs illesztés központi tényezője az érzékeny gondozói attitűdnek. Az érzékeny gondozó képes áthidalni tehát a távolságot a fizikai valóság és a belső állapot között, ami elegendő ahhoz, hogy a gyermek felismerje a kettő közötti összefüggést (például így fogalmaz "Szeretnéd, hogy tisztába tegyelek?", "Jó lenne, ha felvennélek?", tehát nem csupán a gyermek fizikai állapotára reagál, hanem a gyermek nedves popsija miatt nyűgösségre, vagyis

nem azt a kérdést teszi fel, hogy "Nedves lett a feneked?" vagy "Hosszú ideje álldogálsz már itt?". Az anyák azonban különböző módokon látják el ezt a funkciót.

Fonagy és Target (1998) másik feltevése, hogy a csecsemő belső valósága azonos az általa átélt külső valósággal - pszichés egyenértékűség, amely nagy kínokat okoz a csecsemőnek. A szerzők szerint azoknál a gyerekeknél, akiknek szülei az érzelmek jobb, megfelelő, kontingens és jól tükröző megnyilvánulásait mutatják, könnyebb ez a különválasztás. Azon szülők, akiket könnyen hatalmába kerít a csecsemő negatív érzelme - tehát, akik maguk is nehezen különítik el a belső és a külső valóságot -, megzavarják az érzelmi szabályozás fejlődését. A bizonytalan kötődést a csecsemő védekező szülői működéssel való azonosulásának tekintik, mivel a szülőkhöz való közelség a reflektív funkció rovására tartható fenn. Az elutasító szülő egyáltalán nem képes tükrözni a gyermek gyötrelmeit, mert még azt is elkerüli, hogy a gyötrelmet felismerje, mivel az tudattalanul fájdalmas élményeket idéz fel benne, aminek következtében eltorzítja a gyermek érzéseiből benne kialakuló képet. Ez megteremti azt a helyzetet, amelyben a csecsemő másodlagos reprezentációinak kialakulása lehetetlenné válik, - a belső élmény külsővé válik. Ebből kerekedhetnek a későbbi személyiségzavarok. Vagyis a biztonságos kötődés az anya sikeres kontrollfunkciójából következik, míg a bizonytalan kötődés annak következménye, hogy a csecsemő azonosul az anya szorongó, elhárító magatartásával, aminek következtében a gyermek saját viselkedése nem reprezentálódik egyértelműen (Kernberg, Weiner, és Bardenstein, 2007).

Fonagy és Target megállapították, hogy a biztonságosan kötődő gyermek biztonságban érzi magát ahhoz, hogy gondozójának viselkedése háttérben álló gondolatokat tulajdonítson. Az elkerülő gyermeknek ez nehezebbre esik, „elkerüli” mások mentális állapotainak kutatását is, csak saját szorongásos állapotára koncentrálna. Ennek következtében az empátia hiánya és az önmagukra irányuló túlzott figyelem a későbbiekben is jellemző lesz rájuk. A dezorganizált kötődésű gyermeknek túl sokat kell foglalkoznia az anyjuk viselkedésének szándékaival, energiájuk és gondolataik nagy részét erre fordítják, így nem képesek szabadon megfigyelni saját én-állapotaikat, aminek következtében az én szervezethez hiányt szenved (Kernberg, Weiner, és Bardenstein, 2007).

4.1.5. A szeparáció - individualizáció és pszichopatológia

A kötődés, mint a szeretetkapcsolat és a szeretet tárgyához való közelség minőségi jellemzője, és individualizáció egymástól nem független folyamatok - egy kontinuum két végpontjai -, melyek közt az egyensúly fenntartása válik feladattá (Bell és Bell, 2005). Ezt

ismerte fel és fogalmazta meg Mahler (1975) szeparációs-individuációs fejlődés szakaszelméletében, aminek fejlődési végpontját az individuáció jelenti. Margaret Mahler által kidolgozott modell azt feltételezi, hogy a gyermek egy normál autizmus felől, egy szimbiotikus időszakon keresztül halad a négy alfázisból álló szeparációs-individualizációs folyamat felé. Az összes fejlődési lépés alakulását erőteljesen befolyásolják az anya-gyerek interakciók jellegzetességei, különösen fontosak a korai szimbiotikus kielégülések és az anya érzelmi rendelkezésre állása (Mahler, Pine, és Bergman, 1975).

Az anyai gondoskodás hiányosságai miatt a személyiség alapjai sérülnek, a szimbiotikus fázisban a megnyugtató viselkedés elégtelensége, a gyakorló alfázisban a gyermek iránti érzelmi elköteleződés hiányossága játszik ebben szerepet. Az anyai empátiás támogatás hiánya az újraközeledési fázisban az infantilis mindenhatóság-érzés összeomlásához vezet, ami fixációt eredményez. A szelf és a tárgyállandóság károsodása figyelhető meg: nincsenek világos képzetek önmagukról és a számukra fontos személyekről, igyekeznek őket elkerülni vagy kontrollt gyakorolni felettük, örökké a tökéletes tárgyjal való szimbiózist keresik, és nehézségeik lesznek a kritika, az akadályok vagy a másokból kiváltott vegyes érzelmek elviselésében.

- a borderline személyiségzavar kialakulása az újraközeledési fázisban érhető tetten: a fázis alapvető konfliktusai a szeparáció és közelség, autonómai és függetlenség közötti motívum. Mahler és mtsai. megfigyelték, hogy egyes anyák agresszióval vagy a helyzetből való kilépéssel fogadják az újraközeledési fázisban ismét közelségüket kereső gyerekeket, és ezen gyerekek viselkedése hasonlít a borderline betegek magatartásához: az újraközeledés konfliktus maradványai folyamatosan jelenlevőnek tűnnek, és megnyilvánulnak az anyával való összeolvadás iránti kitartó vágyódásban és az attól való párhuzamosan fennálló rettegésben, illetve a tárgy-, és szelfreprezentációk folyamatos hasításában. A hasított reprezentációk meggátolják a tárgyállandóság és az identitás megszilárdulását. A "teljesen jó anya" keresése az egész életen át folytatódik, így a kapaszkodás és a visszahúzódság kettőssége megakadályozza a tárgyaktól való optimális távolság kialakítását (Kulcsár, 1996).

4.1.6. A fejlődés dinamikája

Hofer (1996) állatkísérletekkel igyekezett választ találni arra a kérdésre, hogy a korai tárgyvesztés, más szóval az anyától való szeparáció milyen neuroendokrin folyamatokat indít

be. Azt találta, hogy a korai szeparáció nem csupán a sérülékenység fokozásába, hanem a stresszre való érzékenység életkortól függő alakulásában játszik szerepet. Ennek következtében úgy gondolja, hogy a felnőtt ember betegségekre való hajlamát befolyásolhatja ugyan a korai tárgyvesztés, de a hatás nem lineáris az életkorral, hanem a sérülékenység iránya erősen függ a későbbi életeseményektől.

Ebbe jól illeszkedik a reziliencia fogalma, mely a nehéz életesemények ellenére megvalósuló alkalmazkodási képesség, mely ugyan az időben nem mutat állandóságot és nem biztosít minden élethelyzetben megfelelő alkalmazkodást. Ugyanakkor általános emberi működésnek tekinthető, mivel az alkalmazkodási folyamat kulcsfontosságú. Az emberi fejlődést leginkább azok a folyamatok károsítják, amelyek az alkalmazkodási folyamatok normál szabályozási folyamataiba beleavatkoznak. Ilyen alkalmazkodási rendszerek a kötődési kapcsolat, a tanulási és problémamegoldási képesség, önszabályozó rendszereinek működése, énhatékonysága, a családi rendszer működése, szociális és társadalmi beilleszkedés (Masten, 2002). Rutter (2000) szerint a reziliencia személyiségjellemző, ami a rizikó ellenére való sikeres ellenállásban mérhető, ahol a rizikó a sikeres fejlődés valószínűségét csökkentő faktor. Egyéni belüli rizikófaktorok lehetnek: koraszülöttség, perinatális problémák, veleszületett rendellenességek, korai súlyos gyermekbetegségek, alacsony IQ, ingerlékenység, kommunikációs nehézségek, alacsony önértékelés. Egyéni kívüli, külső rizikótényezők a gondozás minősége, alacsony szocioökonómiai státusz, alacsony anyai iskolázottság, házassági konfliktusok, fizikai, érzelmi vagy szexuális abúzus, elhanyagolás, válás, költözés, öngyilkosság a családban, szülői kriminalitás (Reed-Victor, 2003). A rizikófaktorok száma és a rizikónak való kitettség ideje fontosabb tényező a negatív hatások szempontjából, mint az egyszer bekövetkező súlyos rizikó.

Mint korábban láttuk, a fejlődés konstruktív és interakciós természetű, melyre a környezeti hatások jelentőséggel bírnak, vagyis a gyermek aktívan szervezi és strukturálja környezetében bekövetkező eseményeket. Ennek következtében a hibás alkalmazkodás nem a válaszkészség hiányával jellemezhető, hanem a környezet-egyén nem megfelelő interakciójában, ami megakadályozza a gyermek számára, hogy a világot adaptív módon szervezze.

A rizikófaktorokon kívül különböző védő faktorok is jelen vannak a fejlődés szinterein, melyek a sérülékenységet mérséklék és a megfelelő adaptációt segítik (Biscoe, 1999), ilyenek

lehetnek a teljesség igénye nélkül a magas önbecsülés, családi kapcsolatok megbízhatósága, érzékeny anyai gondoskodás, megfelelő kognitív érettség.

Hámori (2013) szerint a korai érési folyamatok és a regulációs minták az anya-gyerek kapcsolatok kontextusába ágyazva fejlődnek. Azonban a rossz bánásmód kritikus az érzelemszabályozás, a kezdeményező, motiváló és az adaptív viselkedés területein, bántalmazott gyermekek kísérleti düh helyzetben alul- vagy túlkontrollált reakciókat adtak (Révész, 2013).

Ezek a tényezők összességében a fejlődés kimeneteleit szabják meg.

Ajánlott irodalom

Stern, D. (é.n.) *Anya születik.* Budapest, Animula

Stern, D. (1995) *Az anyaság állapota.* Budapest, Animula

Stern, D. (1985) *A csecsemő személyközi világa.* Budapest, Animula

Péley, B. (szerk) (2004) *D.W. Winnicott A kapcsolatban bontakozó lélek.* Válogatott tanulmányok. Budapest, Ú.M.K.

4.2. Hibás szocializációs technikák alkalmazásának hatása

A korábban tárgyalt szocializációs technikák közül ebben a részben elsősorban a jutalmazás és büntetés nem megfelelő módjáról írunk. A modellálás és az identifikáció folyamatának is léteznek szándékos részei (hiszen a modell tehet erőfeszítéseket arra nézve, hogy csak a gyerektől is megkívánt viselkedésmódokkal éljen), de az a terület, ahol leginkább tetten érhető a szocializációs technikák nem megfelelő alkalmazása, az a formálás.

4.2.1. A jutalmazás és büntetés kontextus-függő mivolta

Általánosságban az mondható el, hogy a jutalmazás segíti az új, gyakran spontán megjelenő viselkedésformák megerősítését, a büntetés pedig a nemkívánatos viselkedések leépítését. A fentiekben megállapítottuk, hogy a jutalmazás növeli a valószínűségét, hogy adott viselkedésforma újra megjelenjen és fennmaradjon, míg a büntetés csökkenti a viselkedés újbóli előfordulásának esélyét. Ez az összefüggés azonban nem minden esetben

valósul meg: amennyiben a jutalom nem olyan személytől érkezik, aki a gyerek számára jelentős, vagy a pozitív visszajelzés adott közegben nem elismert, akkor a hatás éppen az ellenkező irányban érvényesül. Ha egy pedagógus megdicséri a diákot, de a személye nem kedvelt a diákok számára, vagy az igyekezet nem számít követendőnek az osztályban, akkor a tanár részéről érkező pozitív visszacsatolás akár büntetésértékű is lehet.

A büntetés és jutalmazás kérdéskörében fontos téma még, hogy a társas interakciók összetett mivoltánál fogva nincsenek tisztán jó vagy rossz helyzetek, azaz a legtöbb cselekvés egyszerre tartalmaz kívánatos és nemkívánatos, azaz jutalmazandó és büntetendő viselkedéselemet is. Példa erre, ha a gyerek osztályfőnöki figyelmeztetést visz haza, mert verekedett az osztálytársaival, majd hosszas faggatózás után elmondja, hogy azért keveredett verekedésbe, mert meg akarta védeni a padtársát, akire többen támadtak rá. Ilyen esetben a szülőnek döntést kell hoznia arról (és ez a döntés legtöbbször nem tudatos), hogy az azonnali viselkedésgátlást tartja fontosnak (verekedni nem szabad), vagy olyan értéket szeretne megerősíteni, amit hosszú távon kívánatosnak tart (a gyengébbek védelme) (Kósa, 2005a).

4.2.2. A büntetés lehetséges nemkívánatos hatásai

A büntetés az esetek többségében azonnali viselkedésgátlást okoz, míg a jutalmazás csak hosszú idő elteltével fejt ki megerősítő hatását. Ezért a nevelők szemében gyakran kevésbé tűnik hatásosnak a jutalmazás, viszont a büntetés igazolást nyer az azonnali eredmény fényében. A szocializáció célja viszont nem az, hogy a tekintélyszemély jelenlétében és a büntetéstől való félelem miatt viselkedjen megfelelően a személy, hanem hogy belsővé tett normák irányítsák a viselkedését. Ezért a dominánsan büntetés által szabályozott viselkedés (főként ha az nem társul megfelelő indoklással) hosszú távon nemkívánatos eredményekkel járhat (Becker, 1964).

A megfelelő büntetés módjával és intenzitásával kapcsolatban nehéz átfogó szabályt megfogalmazni. Ami a legtöbb vizsgálat és megfigyelés alapján elmondható, hogy a fizikai vagy túlságosan intenzív büntetés általában negatív hatással jár: ide tartozik a szorongás, az érzelmi zavar, a büntető személy elkerülése és a gyerek agressziójának fokozódása.

A büntetés negatív velejáróinak hatása mérsékelhető, ha a szülők és gondozók odafigyelnek néhány alapelvre. A nemkívánatos magatartás enyhe büntetése, indoklással való ellátása és emellett az elvárt viselkedés bemutatása a leghatásosabb eljárás. Ez egyrészt magyarázatot ad a gyerekeknek, hogy miért van szükség a szankcióra, másrészt pedig

alternatívát kínál: nemcsak legátol egyfajta viselkedést, hanem bemutatja, hogy helyette mi a kívánatos (Kósa, 2005a).

Nagy jelentőségű a büntetés következetes alkalmazása, melynek hiányában annak hatékonysága bizonytalanra válik. A gyerek számára biztonságot nyújt a viselkedés korlátainak stabil jelenléte, ami kiszámíthatóvá teszi a felnőttek reakcióit és így a körülötte lévő világot is. Amennyiben viszont a környezet nem konzekvensen jelez vissza egy adott viselkedést, akkor az gyakorlatilag kiolthatatlanná válik. Ha például egy gyerek azt tapasztalja, hogy egyszer megszidják azért, mert édességet evett vacsora előtt, máskor pedig nem, akkor újra és újra meg fogja ezt tenni, hiszen nem tudhatja, hogy akkor éppen megbüntetik-e érte vagy sem (Lepper és Greene, 1978).

A büntetés időzítése szintén befolyásolja annak hatékonyságát. A nemkívánatos viselkedést azonnal követő büntetés hatékonyabb, mint a késleltetett. Ennek főleg fiatalabb életkorban van jelentősége, amikor a gyerek nem képes hosszú ideig fejben tartani a szülők részéről érkező visszajelzéseket, így ha késleltetve büntetik meg, valószínűleg már nem fog emlékezni arra, hogy miért kapta a büntetést. Ebben az esetben viszont nem történik meg a nemkívánatos viselkedés és a büntetés összekapcsolása, ami a formálásnak alapvető követelménye. A büntetés emellett hatékonyabb, ha olyan személytől érkezik, akivel a gyerek érzelmi alapokon nyugvó, pozitív kapcsolatban áll, mintha azt egy számára semleges személytől kapja (Parke, 1976).

4.2.3. A jutalmazás lehetséges nemkívánatos hatásai

A jutalmazásnak is lehetnek negatív hatásai: a belső motiváció által irányított viselkedés jutalmazása oda vezethet, hogy a gyerek elveszíti érdeklődését adott tevékenység iránt. Ha az egyén lelkesedéssel és saját elhatározásból végez valamit, és ezért következetesen minden alkalommal pl. valamilyen tárgyi jutalmat kap, akkor egy idő után a jutalomért fogja megismételni a tevékenységet, és elveszik annak öröm-színezete (Németh, 2004).

Szintén ide kapcsolható a jutalommal kapcsolatos adaptációs-szint: ha a szülő minden egyes alkalommal dicséretet alkalmaz, ha valami kívánatos viselkedést mutat a gyerek, akkor a fiatal hozzá fog szokni a dicséretnek ehhez a mennyiségéhez, és annak már nem lesz olyan megerősítő hatása, mint korábban (Maccoby és Martin, 1983).

A rendszeresen kapott jutalom (pl. csokoládé minden ötösért) szintén elveszítheti motiváló hatását, az ugyanis egy idő után természetessé, elvárttá válik, sőt elmaradása lesz büntetésértékű.

Úgy tűnik tehát, hogy a büntetéssel szemben a jutalmazást nem ajánlott következetesen alkalmazni, azaz vissza kell jelezni a kívánatos viselkedés megfelelő mivoltát, de ezt nem kell minden egyes alkalommal elmondani. A részleges megerősítés képes fenntartani a jutalmazás valódi motiváló erejét (Bugental és Goodnow, 1998).

4.2.4. Behódolás

A társas normákkal való azonosulás preferált módja az interiorizáció, a belsővé tétel, amikor az egyén (ahogy korábban írtuk) azért fogadja be az előírt szabályokat, mert azokat ő is helyesnek tartja, illetve nem is tudja elképzelni, hogy adott helyzetben másképpen is lehetne viselkedni.

Létezik azonban a normáknak való engedelmeskedésnek egy kevésbé pozitív módja is, ami a nem megfelelő szocializációs technikák alkalmazásának eredménye, ez pedig a behódolás (Kelman, 1973). Amennyiben az egyén kizárólag azért viselkedik az elvárásoknak megfelelően, hogy elkerülje a büntetést, akkor cselekedeteit nem belső igény fogja vezérelni, hanem kizárólag a tekintélyszemély által alkalmazott kontroll. Ez Kohlberg (1969) erkölcsi fejlődéssel kapcsolatos elméletében a legelső, legegyszerűbb morális viselkedésnek felel meg, ami általában a 6-7 évesekre jellemző. Ha a szocializáció során a nevelők nem fektetnek megfelelő hangsúlyt arra, hogy a szabályok értelmét és célját elmagyarázzák a gyerekeknek, akkor az egyén behódolhat ugyan az elvárásoknak, de amikor nem fenyegeti a lebukás veszélye, nem fogja betartani azokat.

4.3. A válás

A válásról az el nem váltaknak és a laikusoknak sokféle elképzelése lehet, azonban kevesen gondolják, hogy a válás nem egyszeri esemény, hanem egy folyamat, mely több szinten és hosszú évekig zajlik. Így van ez még azokban az esetekben is, amikor a szülők látszólag gyorsan választják szét életüket, de mint láttuk a párkapcsolat kialakulása sem automatikus és egyik pillanatról a másikra zajló folyamat, a válás sem lehet az.

Lélektani szempontból a válási folyamat kezdete nem a válási szándék megjelenése, ez már csak következmény –, ennél sokkal korábban jelenik meg a házastárs elutasítása. A válási

szándék általában akkor jelenik meg, amikor az egyik személy úgy ítéli meg, hogy a kapcsolati konfliktust nem akarja, nem tudja, vagy nem szándékozik megoldani, mert ezirányú kísérletei kudarcba fulladtak. Ekkor beszélünk válási krízisről, mely a kapcsolat válsága, de nem közvetlenül vezet ez sem váláshoz, szerencsés esetben a krízis megoldása a kapcsolat megújulását eredményezi. Például gyakran a harmadik megjelenése vezet a válási krízishez, a krízis azonban hajnalig tartó beszélgetésekhez vezet, mely, nagy lehetőség a párkapcsolat újrastrukturálásához. Szerencsétlenebb esetben egy konzervált állapothoz vezet, melynek egyik formája az „üres héj” típusú házasság, melyben a konfliktusok elkerülése által a házasság formálisan fennmarad, másik formája az „állóháború”, melyben a felek egymást hibáztatják a kapcsolatban kialakuló probléma miatt és egymáson kérik számon elhalasztott lehetőségeiket. Utóbbi két esetben a kapcsolat fennmaradását a válás elutasítása tartja fenn, nem a házastárs iránti elköteleződés. A válás végpontját a válás utáni életvitel kialakulása és ennek stabilitása jelzi. Ennek időbeli lefolyása általában két-két és fél év, a válás szakaszait Kaslow modellje alapján ismertetjük (Kaslow és Schwartz, 1987).

A válási krízist követi a válás szakasza, mely során a jogi lépések és a hivatalos teendők kapnak nagy szerepet, melyben pszichológiai szempontból döntő a *felek érzelmi elégedetlensége*, mely a válás egész folyamatának kimenetelét meghatározza, hiszen a válás veszteségélménnyel jár, természetéből kifolyólag tehát gyászfolyamatot idéz elő. Még annál a félnél is, aki a válást kezdeményezi - így a legfontosabb kérdéssé az válik, hogy a felek hogyan képesek a *kötődési veszteséget* feldolgozni. A válási szakaszban az a fél, aki kritizál, fenyeget, elzárkózik, és tagad viselkedésével elkerüli a veszteség élményének tudatosítását, amivel megnehezíti a további szakaszok lefolyását és új kapcsolatok kiépítését. Ennek elősegítése egyéni terápiában veszteségélmény feldolgozással lehetséges.

A válás szintjei közül az első a *jogi válás*, mely a felek jog szempontjából való elszakadását és a házasság megszüntetését célozza.

Ezt követi a *gazdasági válás*, mely az egzisztenciális alapok szétválasztásának időszaka. A gazdasági válást nagy mértékben segíti, ha a felek érzelmileg mindketten elfogadták a kapcsolat megszűnését. Azonban az a fél, aki veszteségét nem tudja feldolgozni érzelmileg, gazdaságilag is nehezen teszi ezt, hiszen a tárgyak ezernyi szállal kötik őt a múlthoz és feladni nem akart életéhez. A terápiás munkában a családterapeuták azt tapasztalják, hogy ez a magyaroknak nehezen megy, érdemes lenne szociológiai és pszichológia kutatások tárgyává

tenni a helyzetet. Ezért is gyakori, hogy a legtöbb gazdasági válás számos bírósági tárgyalás és hosszú idő után következik be.

Ezt követi a *szülői feladatok szétválasztásának* folyamatában a különböző alrendszerek, különböző szerepek szétválasztása zajlik. Azt jelenti mindez, hogy az a férj vagy feleség, aki ebben a szerepében kudarcot vallott, apaként vagy anyaként megállja a helyét, sőt nagyszerű lehet. Ha ebben nehézségek támadnak, akkor az érzelmi válás szakaszába érdemes visszatérni, megfogalmazva azt, hogy a válás milyen veszteséggel járt a feleség/férj, illetve a szülő számára.

Ezen túl következik az ún. *közösségi válás*, amely során a baráti kör, az ismerősök, és a rokonok egyértelmű elválasztása zajlik, hogy a későbbi életbe ez ne okozzon problémát. Ideális esetben a nagyszülők a válást követően is fenntarthatják nagyszülői szerepüket.

Egyházi válás folyamán a cél, hogy a személy saját spirituális szelfjével összhangba kerüljön. Ezt követően alakul ki a *pszichológiai válás szintje*, melyben a veszteséget a felek már elgyászolták, ami alapot egy párkapcsolaton kívüli és önálló identitás megszilárdulásához, amely teljes mértékben független a házaspárként megélt korábbi identitásától.

A házasságkötések száma 2006-tól kezdődően jelentősen visszaesett, a 2010. januári adatok a házasságkötések számának további csökkenését jelzik. Meg kell emellett jegyezni, hogy az együttélések száma nem csökkent ilyen erősen, 1990 és 2005 között több mint háromszorosára, -12,3 százalékra - emelkedett az élettársi kapcsolatban élők aránya a szülőképes korú nők között, és ez az együttélési forma tette ki az összes párkapcsolatban élők 21,2 százalékát (KSH,2010). Ezzel párhuzamosan a válások száma egyre növekvő mértéket mutat 2001 és 2010 között, amiből levonható egyértelműen az a következtetés, hogy a kevesebb megkötött házasságból egyre többen válnak el bírósági úton. Szociológiai kimutatások adatai alapján kimutatható, hogy napjainkban 100 házasságkötésre 197 válás jut (Szél, 2010). Ezek a kimutatások arra is rámutatnak, ugyan a 20 és 34 év közöttiek válnak el a leggyakrabban, mégis a válások egészét tekintve eltolódás mutatkozik az idősebb korosztályok irányába, melyet egyrészt azzal magyaráznak, hogy a házasságkötések egyre későbbi életkorban kötődnek – a nők a huszas évek végén, a férfiak harmincas éveik elején -, másrészt annak is jele lehet, hogy a fennálló házasságokat könnyebben bontják fel a párok. A 2011. évi házasságtartam szerinti válási gyakoriságok mellett a házasságok egyötöde bomlana fel a tizedik házassági évforduló előtt, 37 százaléka nem élné meg a huszadik házassági évfordulót, és 41 százaléka még az ezüstlakodalom megünneplése előtt felbomlana (KSH,

2010). A Népeségkutató Intézet 2001-2005 között folyó vizsgálata összehasonlította a házasságok stabilitását az élettársi kapcsolatok stabilitásával, ami egyértelműen azzal az eredménnyel járt, hogy a házasságok tartósabbak az élettársi kapcsolatoknál, utóbbiak esetén kétszer-háromszor gyakoribb a párkapcsolat felbomlása (KSH, 2010).

White és Booth (1990) kutatásukban a válás okainak vizsgálata kapcsán három csoportot tudtak kialakítani:

1. Makrostrukturális sajátosságok csoportjába sorolták a törvényi háttér biztosította lehetőségeket, a családi szerkezet változásait, a nemek arányának változását, a nemi szerepek hagyományos felbomlását, és a kulturális értékek változását.
2. A demográfia és élettörténeti csoportba sorolható a házasságkötések számát, a házasságban nevelt gyermekek számát, a saját gyermekek és nevelt gyermekek arányát, a szülők válását, házasság előtti együttélés hosszát, házasság megkötésekor az életkort, házasság előtti gyermeknevelési tapasztalatot és terhességek számát, az életkort és a házasság fennállásának időtartamát, továbbá a faji hovatartozást.
3. A családi folyamatok csoportjába sorolták tartozik a családi boldogság tényezőjét, a válás lehetőségének gondolatát, a házaspárok közös időtöltését és tevékenységét, a társadalmi-gazdasági státuszt, a nők munkaerőpiaci részvételét, az alkoholizmust, a drogfüggőséget, a hűtlenséget, az abúzusokat, a nemi szerepekkel kapcsolatos vitákat, a szexuális összeférhetlenséget és a pénzügyi nehézségeket.

Kalmijn (2005) kifejezetten a férfiak életpályájára koncentrálnak vizsgálta meg a válás társadalmi-gazdasági következményeit. Vizsgálati eredményei arra mutattak rá, hogy a férfiak a válást követően nagyobb valószínűséggel választanak alacsonyabb státuszú munkát, nagyobb valószínűséggel tapasztalják meg a munkanélküliséget, fogékonyabbak a megbetegedésekre, és a hátrányos helyzetű élet kialakulására is nagyobb az esélyük. Kalmijn ki tudta mutatni azt is, hogy az elvált férfiak a házasságkötéskor is hátrányosabb pozícióból indultak a válást meg nem tapasztaló férfiakhoz képest, a kapcsolat kialakításakor szegényebbek voltak, több konfliktusos kapcsolatuk volt, és mentális zavarral is gyakrabban kezelték őket. Magyarázatként az eredményekre azt fogalmazta meg, hogy a társadalmi tőke, mint a feleség támogatásának csökkenése hosszú távon is érvényesülni látszik. Sőt a kutatási eredmények arra is rámutattak, hogy egy új feleség jelenléte sem tudja teljes mértékben semlegesíteni a válás hatását, az új házasságból fakadó kompenzációs faktorok, mint az új

feleség támogatása, és a kenyérkeresői szerep nem képes ellensúlyozni a válásból fakadó pszichés stressz hosszú távú következményeit.

Magyar vizsgálatok hasonló eredménnyel zárultak. Kopp (2008) a magyar lakosság egészségi állapotának átfogó vizsgálatában kimutatta, hogy azok a férfiak, akik nem élnek házasságban, korábban halnak meg a házas férfiaknál, amit a gyermekek hiánya tovább rontott.

Érdekes tehát annak vizsgálata, hogy a gyerekek milyen hatással vannak a házasság hosszára és stabilitására. Waite és Lillard (1991) megállapítják, hogy a gyermekvállalás a házassági stabilitást nem egységesen befolyásolja. Vizsgálatuk szerint az első gyermek születése egész kisgyermekkorban növeli a házasság stabilitását, a később született gyermekeknek nincs ilyen hatásuk. Idősebb, illetve a házasság megkötése előtt született gyermekek azonban a válás valószínűségét növelik. Szerintük ez azért van így, mert a gyermek képes összetartani olyan párokat, amelyek gyermek nélkül nem maradnának együtt. Kopp és munkatársai (2010) ezzel szemben azt az eredményt kapták, hogy a gyermekek a házasságban egyértelműen a kapcsolattal való elégedettséget növelték, és az egészségvédő hatásuk volt. Vagyis nem csupán a házasság stabilitását és fennmaradását növelte a gyermekek születése, hanem egyfajta többletet eredményezett a kapcsolatban.

A párkapcsolati kohézió és a szubjektív jólét szintén együttjáró fogalmak ezek szerint. Parr (2010) 15-44 év közötti nők körében végzett vizsgálatot e témában. Eredményei szerint nagyobb hajlandóságot mutatnak a gyermekvállalásra azok a nők, akik elégedettebbek életükkel. Szél (2010) szerint mivel a szülők alapvetően boldog gyermekeket kívánnak, saját boldogságuk fokozza gyermekvállalási kedvüket, míg deprivált életérzés esetén csökkenni fog a fertilitás. A kedvező önkép és a partnerről alkotott pozitív vélekedés is hasonló megerősítő erővel bír.

A párkapcsolati összetartásra irányuló magyar családokat elemző kutatások rámutattak, hogy a párokat illetően mi bizonyult összetartozó mentális struktúrának (Szél, 2010). A legerősebb faktor (35%) az *érzelmi harmónia*, melyek között a hűség, a lojalitás, a szeretet, a szerelem, és az áldozatvállalás szerepelt. A *kapcsolati harmónia* faktorát (11%) az anyagiak, az intimitás, a közös ízlés és érdeklődés, illetve az egyéni célok megvalósításának lehetősége adja. A *kapcsolati kontinuitást* biztosító tényezők faktorába sorolható (8%) az őszinteség, a közös gyermek, és a jól vezetett háztartás változói. Vagyis magyar mintán a házassági kapcsolatok stabilitásához leginkább érzelmi tényezők összhangja vezet.

4.3.1. A válás hatása a gyermekre

Mint láttuk a megszületett és együtt nevelt gyermekek nem befolyásolják a szülők döntését, ha párkapcsolatukat boldogtalannak ítélik és a válás mellett döntenek, de a válások emelkedő száma mellett ebben kedvező tendenciák mutatkoznak. Míg 1990-ben a megromlott és válással végződő párkapcsolatok 30%-ban nem élt kiskorú gyermek, 2011-re ez az arány 40% fölé emelkedett; egy kiskorú gyermek 1990-ben a megbomlott kapcsolatok 35%-ban élt, 2011-re 31%-ra csökkent, két kiskorú a felbontott házasságok 26%-ban élt 1990-ben, 2011-ben azonban már csak 19%. Vagyis azt látjuk, hogy 1990-ben több olyan válás volt, ahol egy vagy két kiskorút neveltek a szülők, mint 2011-ben (KSH, 2010). Emellett nincs statisztikai adat arról, hogy hány olyan tartós együttélés, élettársi kapcsolat bomlik fel, ahol kiskorú van a családban.

A gyermek szempontjából szülei akkor válnak el, amikor a szétköltözés bekövetkezik, ugyanis ez egyértelműen azt jelzi, hogy a helyzet visszafordíthatatlan. A szétköltözést követő egy évben azonban megjelenik az ún. újraegyesítési fantázia, amit a válásra adott normál reakcióként értelmezhetünk. Ez azt jelenti, hogy a gyermek tudatosan vagy tudattalanul, de arról fantáziál, szülei újra együtt lesznek és minden folytatódik ugyanúgy, ahogy a válás előtt volt. Gondoljunk itt a két Lottira, akik iskoláskorban szintén a szülőket szeretnék kibékíteni. Ha az újraegyesítési fantázia hosszabb ideig marad fenn, nagy a valószínűsége annak, hogy az egyik szülő táplálja ezt, a gyermeket bevonja saját motivációjába és vágyába, hogy a másik felet vissza „visszaszerezze”, például a gyermek betegségeit, rossz álmait naponta megosztja a távozott szülőpárral, tanácsot és érzelmi támogatást kérve ahhoz a helyzethez, amit korábban megoldott. Tovább nehezíti a gyermek helyzetét, ha a vele maradt szülő a másik fél párkapcsolatát szeretné irányítani a gyermekén keresztül, vagy egyenesen közvetlenül szól bele az új párkapcsolatba a „gyermek érdekében”. Ezekben a helyzetekben a gyermek érzelmileg megterhelődik, hiszen saját fájdalma helyett, saját vesztesége helyett azzal foglalkozik, hogy a vele maradt szülőnek megfelelően, kívánságait és vágyait teljesítse, más szavakkal a gyermek parentifikálódik, vagyis a generációs határok diffúzzá válásának következtében életkorát meghaladó kognitív és érzelmi terhelést kap. A gyermek számára akkor képesek a szülők megkönnyíteni a válás okozta érzelmi vihart és az összezavarodottságot, ha mindketten egyértelművé tudják tenni, hogy többé ők nem egy pár, bár mindketten tovább szeretik a gyermeket, vagyis a legnagyobb segítség a gyermek számára megfelelő minőségű és mennyiségű információ átadásában rejlik. A gyermeket – minél fiatalabb – annál inkább a mindennapi és hétköznapi életben bekövetkezett változások

érdeklik, mint az olyan kérdések, hogy hol fognak lakni, kap-e túró rudit. A legtöbbet a rendszeres, és megbízható kapcsolattartás kialakítása segíti a gyermek számára, amiben a gyermeknek nem kell lojalitáskonfliktusokat megélnie.

Földházi (2009) összefoglalja, hogy mi jellemző az elváltak gyermekeire felnőtt korokban:

- fiatalabb életkorban és rövidebb ismeretség után kötöttek házasságot.
- az átlagot messze meghaladó arányban éltek együtt a házasságkötés előtt (korábban láttuk, hogy ez a válás esélyét növeli)
- az átlagosnál nagyobb a házasságkötéskor már gyermeket váró, illetve gyermekkel rendelkező menyasszony
- jellemző a korábban kezdett és nagyobb arányú házasság előtti szexuális kapcsolat
- magasabb az abortuszok száma
- korábban hagyják el a szülői házat
- házassággal szemben bizalmatlanok, inkább az élettársi kapcsolatformát preferálják
- szülőkkel való érzelmi kapcsolat gyengébb különösen jellemző ez az apával való kapcsolatra.

Földházi szerint ezek a hatások akkor jelentősebbek, ha a szülők válása a gyermek 7-13 éves kora között történik. Ne felejtsük, hogy a válás folyamat, már magát a jogi procedúrát megelőzi a megromlott kapcsolatokra jellemző családi légkör, a szülők veszekedései, konfliktusai, csalódásai és mindaz a bennük felgyülemlett keserűség, mely akarva-akaratlanul áttevődik a gyermekekre is. Seltzer (1994) megfogalmazza, hogy ezeket a hatásokat csökkenteni képes, ha - kortól és nemtől függetlenül -, ha a gyerek meleg, bensőséges és stabil kapcsolata van a szülővel. Wallerstein és Blakeslee (1990) viszont felhívják a figyelmet arra, hogy a váláskor a szülők annyira el vannak foglalva a saját problémáikkal és fájdalmukkal, hogy nagyon sokszor képtelenek még a gyereket is vigasztalni, inkább tőle várják megnyugtatót, megértést és önigazolást.

Wallerstein és Kelly 1980-ban 3 és 18 éves gyermeket vizsgáltak, négy alkalommal. Vizsgálatukban nem tudtak beazonosítani a válást követő elkülöníthető tünetcsoportot, hanem azt találták, hogy a különböző életkorú gyermekek, másképpen reagálnak a szülők válására, vagyis egy fejlődéslélektani koncepció érvényesül a tünettanban. Tekintsük át táblázatos formában, hogy melyik életkorban milyen tünetekre lehet számítani.

életkor	tünet	magyarázat
3-6 év	regresszív jelek, bepisil, cumizik, nem alszik egyedül, nem kíván óvodába menni, félelem a sötétől, félelem az idegenektől, pszichoszomatikus betegségek	szeparációs szorongás felerősödése, a távozást visszautasításként éli meg, szerethetőség élménye elveszhet
6-9 év	szomorúság, harag, ami nem személyre irányul, tárgy nélküli agresszió	figyelemzavar, teljesítményzavar, viselkedészavar
9-13 év	személyre irányuló harag és düh, ami a kapcsolattartásra van hatással, lojalitáskonfliktust okoz, pszichoszomatikus betegségek, önsértések	magatartászavarok
14-18 év	stabil otthoni bázis hiánya, csavargás, bandázás, kritikátlan kapcsolatok, szexuális élet megkezdése, szeparációs szorongás	identitásválság

1. ábra: A válás lélektani hatásai a különböző életkorokban (Wallerstein és Kelly, 1980)

Ranschburg (1994) már a várandósság ideje alatt elvált szülők magzatra gyakorolt hatását is vizsgálat tárgyává tette. Véleménye szerint – bár közvetve -, de ekkor a legintenzívebb a válás hatása a gyermekekre. Az anya, aki fejlődő magzatával a hasában, ha egyedül marad, olyan érzelmi elhagyatottságot és elkeseredettséget él meg, ami újszülött gyermekével való kapcsolatát megnehezíti, sőt akár ellehetetleníti, aminek következménye bizonytalan kötődési munkamodell, mely a szemkontaktus és a táplálás zavarában jelenik meg.

A táblázatba nem foglaltuk bele, hiszen életkortól függetlenül megjelenik a büntudat érzése. Ezek alapján megfogalmazták, hogy a gyermekek érzelmi és magatartásbeli reakciói a válást követően normál reakció, amely az válást követő érzelmi veszteség következtében alakul ki. Véleményük szerint ezek az átmeneti tünetek akkor kronicizálódnak, amikor a válás ténye a gyermek számára nem egyértelmű, az újraegyesítési fantáziák fennmaradnak. Amennyiben ezek a tünetek továbbra fennmaradnak, az okokat szakember segítségével tovább kell vizsgálni, ahelyett, hogy a másik szülőt, annak új párkapcsolatát kibáztatná a szülő a kialakult helyzetért (Wallerstein & Kelly, 1980).

Az amerikai NSFH (National Survey of Families and Households) felmérése szerint az anyával maradt gyerekek ritkán találkoznak az apjukkal. Ha a látogatásoktól ideje alapján sorolták kategóriákba az apákat, akkor azt kapták, hogy öt elvált apa közül egy biztosan nem

találkozott a gyerekével az elmúlt évben, az apák negyede legalább hetente találkozik a gyerekekkel, és több mint harmaduk egy hétvégénél hosszabb terjedelmű időt is eltölt velük. A vizsgálat eredményei szerint azok az apák, akik rendszeresen látják a gyermekeiket, más módon is tartják velük a kapcsolatot például telefonon és e-mailen. Szomorú tény azonban, hogy minél hosszabb ideje él apa és gyereke külön egymástól, annál gyengébb a kapcsolat közöttük, ha az apa újraraházasodik, a kapcsolatuk sajnos sokszor továbbromlik (Seltzer, 1994). Yu és Adler-Baelder (2007) két kutatást is bemutatnak, mely szerint, ha a szülők újraraházasodnak, akkor az új, pozitív szülői modell megfigyelésével ezek a hatások csökkenthetők.

Amato (1994) óvodáskorú gyermekeket vizsgált 1 évvel a válás után, és ennek alapján megállapítja, hogy ebben a korban a gyermekek nem igazán vannak tisztában a válás jelentésével, inkább összezavarja őket az, ha az egyik szülő „távozik az életéből”. Ez egyrészt félelemben mutatkozik meg, hogyha az egyik szülő elment, akkor biztos a másik is el fog menni vagy legalábbis bármikor megteheti -, másrészt mivel ebben a korban a gyerekekre jellemző az egocentrikus gondolkodás, sokszor vélik úgy, hogy „Apa azért ment el, mert rossz gyerek voltam”. Mivel az egocentrizmus az életkorral csökken, sokszor a haragjuk valamelyik szülőre helyeződik át – amit általában a gyermekkel maradt szülő meg is erősít -, és onnantól kezdve nem magukat, hanem az elment szülőt vádolják a válás miatt. Általános iskolás korban a gyerekek kognitív fejlődése a valóságot mintázza, a válás tényét jobban megértik, így hajlamosak bánkódnni amiatt, hogy a családjuk már sosem lesz olyan, mint volt, és ez olykor rengeteg szomorúsággal jár. A kamaszok érdeklődése a kortársak felé irányul, érzelmeikben inkább ellenségesek szüleikkel, így gyakran nagyfokú harag jelenik meg a szülők iránt. Emellett a kamaszok már sokkal inkább képesek megérteni az okokat, ami a váláshoz vezetett, így a szülők sokszor támaszkodnak rájuk, tanácsot kérnek, ami még inkább növeli rajtuk a nyomást és a felelősséget. A serdülőkor és a fiatal felnőtt kor az az időszak, amikor amúgy is rengeteg változás történik egy gyermek/fiatal felnőtt életében, befejezi az iskolát, elköltözik otthonról, vagy elkezd teljes munkaidőben dolgozni. Ezek a változások átrendezhetik a kortárskapcsolatokat, csökken az együtt töltött idő, így kevesebb támogatásra lehet számítani tőlük, így a szülők válása egy plusz stresszor lehet, ami komoly érzelmi viharokat okozhat, hiszen épp a saját függetlenségüket alakítják ki, és ebben sokszor szükségük van arra, hogy saját stabil családjukra támaszkodjanak. A kamaszokat és a fiatal felnőtteket a szülők is sokkal jobban bevonják az egymás közti vitákba, sokkal inkább

beavatják őket titkaikba és elvárják tőlük, hogy állást foglaljanak valamelyik oldalon, mely csak tovább nehezíti a gyerek helyzetét (Richardson és McCabe, 2001). Bár a közös felügyelet, a tartásdíj és a láthatóság ebben a korban már nem központi kérdés, a szülő-gyerek kapcsolatra és az érzelmi támaszra hatással van a szülők válása. Fájdalmas és sokszor haraggal teli időszak ez, amikor jogosan fogalmazódik meg bennük a kérdés, hogy ezek után hogyan lesz értelme az ünnepeknek és a családi eseményeknek (Alexander, 2007).

Néhány szót kell ejtenünk a mozaikcsaládokról (patchwork családok), amelyben családban vagy párkapcsolatban az egyik fél nem vér szerinti gyermekével él együtt és neveli. Igen sokféle összetétel elképzelhető, minél több az újráházasodás, új párkapcsolat, annál nagyobb eséllyel. Ide soroljuk azokat a családokat is, ahol a biológiai apa vagy anya és gyermeke él együtt pótszülő nélkül, de vannak összetett mozaikcsaládok - mindkét fél oldaláról van gyermek, és egyikkel vagy mindkettővel együtt élnek -, saját gyerekes mozaik család – ahol az előző házasságokból hozott gyermekek a jelenlegi házasságban született gyermekekkel élnek -, vagy az ún. időszakos mozaik család, ahol a láthatás hetenkénti megosztásban zajlik. Családpszichológiai szempontból ezek a kapcsolatformák rejtenek magukban veszélyeket, melyeket a bevezetőben ismertetett információk alapján fogunk megérteni, hiszen ezekben az esetekben a szülő és a pótszülő kapcsolatából hiányzik a szimbiózis szakasza, vagyis a gyermek nélküli összeszokás szakasza, pótszülő elbizonytalanodhat és szerepeiben összezavarodhat, hiszen a párkapcsolatban nevelnie is kell, nem csak a párkapcsolatban élnie, mely előre nem látott felelősséget jelenthet számára.

Szót kell még ejtenünk a közös versus kizárólagos gyermekfelügyeletről. Kizárólagos gyermekfelügyelet esetében a gyermeket az egyik szülőfél neveli, a másik láthatási joggal rendelkezik, míg közös gyermekfelügyelet (joint custody) esetén a szülői-nevelői jogkor a két szülő felé megbontott. Leggyakoribb esetben ez úgy jelentkezik, hogy a gyermek egyik héten az egyik szülőfélnél él, a rákövetkező héten a másikinál. A pszichológia megosztott a közös gyermekfelügyelet helyességét illetően. Magyar nyelvű pszichológiai szakirodalom a témában nagyon kevés, tudományosan megalapozott és módszertanilag korrekt vizsgálati eredmény pedig nem áll rendelkezésre, tehát alapul az angolszász kutatási eredményeket lehet venni. A legfőbb inkább filozófiai kérdés, hogy vajon a házasság tartama alatt ugyanannyi szülői joggal és kötelességgel rendelkező szülőt mi alapján kívánja a jog gyermekével való kapcsolat szabályozására kötelezni, miközben adott esetben semmiféle okot nem szolgáltatott a házasság felbontására

A közös gyermekfelügyelet mellett szóló érvek és ellenérveket Hernádi (2001) alapján tekintjük át:

érvek	ellenérvek
Pszichológiailag tágabb teret nyit a volt házastársak nyílt kommunikációhoz, baráti együttműködéshez	A sűrű érintkezés fellobbanthatja a szunnyadó konfliktusokat
A gyermekrablások 90%-a éppen a kizárólagos gyermekfelügyelet elfogadhatatlanságából ered	Kiválóan együttműködő szülők is nem válnak el
Tartásdíjfizetés fegyelmezettebb	
Egyik fél sem érzi magát vesztes pozíciójában	szülők féktelen konfliktusa természetesen nem alkalmas a közös jogi gyermekfelügyelethez
A gyermek egyik szülőtől sem érzi magát elhagyottnak vagy elhanyagoltnak, következképp ritkábban kétségbeesett, ritkábban hibáztatja magát a szülők konfliktusáért, és ritkábban ábrándozik a szülők kibéküléséről	Tíz év elteltével is intenzív haragot táplált volt házastársa iránt az asszonyok fele, illetve a férfiak egyharmada
Szorosabb és tartalmasabb az apák és a gyermekek közti kapcsolat	
A két szülő eltérő és fejlődési zavart okozó személyiségjegyei, attitűdjei ép házasságokban nevelkedő gyermekek esetében nem válást indukáló tény	

2. ábra: A közös gyermekfelügyelt mellett szóló érvek és ellenérvek. Forrás: Hernádi, 2001.

Tekintsünk most vissza Böszörményi-Nagy (2001) elméletére és tekintsük át befejezésképp a lojalitáskonfliktus alapján a válás gyermekre gyakorolt hatását. A horizontális kapcsolatban az egyik fél dönthet a kapcsolat megszakításáról, viszont a vertikális kapcsolatok felbonthatatlanok, a szülő-gyerek viszony felbonthatatlan köteléke mindig érvényes mindkét szülő számára. A válás súlyos érzelmi terhet ró a gyerekre, ha arra kényszeríti valamelyik szülő, hogy válasszon a szülei között, így üledő, hogy a gyermek a döntéshozó pozíciójába kerüljön, hiszen egyik szülő iránt sem képes illojalításra, vagyis a szülők egyetlen lehetősége, hogy szülőpárosként működjenek tovább.

4.4. Bántalmazás - abúzus

A bántalmazás szótári meghatározás alapján nem más, mint mértéktelen és jogtalan visszaélés hatalommal, vagyonnal vagy erővel. Az *abusus* latin eredetű szó, szótöve az »usus« (használ), melyhez az »ab-«(el, félre,- től, le) igekötő járul, így jelentésköre az elpazarol, elhasznál szavak is. Általános értelemben kihasználást, kizsákmányolást vagy visszaélést jelent. Abúzust átélhet és traumatizálódhat tehát az a személy, aki elszenvedője egy traumatikus eseménynek, aki tanúja egy traumatikus eseménynek, illetve maga a traumát okozó személy is. Az abúzusokat csoportosíthatjuk

1. A bántalmazott személy *tulajdonságai* alapján: ebbe a körbe soroljuk az áldozat *életkorát*, az áldozat *nemét* és az áldozat *cselekvőképességét*.
2. A *bántalmazás formája* alapján megkülönböztetünk *fizikai bántalmazást* és az elvárható és nyújtható lét és egészségfenntartó *gondoskodás elmulasztását*.

4.4.1. Kollektív bántalmazás

A fogalom Alexandertől (2004) származik, aki szerint kollektív traumáról akkor beszélünk, ha „*egy közösség tagjai úgy érzik, borzalmas eseményeknek voltak kitéve, ami kitörölhetetlen nyomokat hagy a csoport tudatában, örökre nyomot hagy az emlékezetükben, s alapvetően és visszavonhatatlanul megváltoztatja a későbbi identitásukat*” (Alexander, 2004:1; idézi Békés, 2008). A kollektív trauma azonban még inkább kultúra-, és kontextusfüggő, hiszen a különböző korok és különböző kultúrák eltérően ítélik meg, és határozzák meg az agressziót és annak mértékét. Vegyük észre ebben azt az alexanderi gondolatot, hogy a traumát így nem maga az esemény, hanem az eseményhez társított kulturális jelentésadás idézi elő. Jó példa ennek prezentálására a gyermekmunka, mely a XIX. századik a nyugati kultúrában teljesen elfogadottnak és természetesnek számított, miáltal a gyermek hozzájárul a családi bevételhez. Jelen nyugati kultúránk azonban az ENSZ gyermekjogi egyezménye alapján (34. cikk 1. pont) a gyermekek gazdasági kizsákmányolását bünteti, és gyermekkorúak munkavállalását szabályozza. A magyar törvények szerint gyermekmunkát végez az a személy, aki 18. életévét nem töltötte be, emellett 14 éven aluli gyermekek foglalkoztatása tilos. Ázsiában vagy Dél-Amerikában azonban a XXI. században is elvárják a szegény családok 6-10 éves gyermekeiktől, hogy dolgozzanak. A gyermeki munkavégzés során elszenvedett sérelmeket, bántalmakat a nyugati kultúra egyértelműen traumatikus eseményként határozná meg. Az egy csoporton belüli tagok egyénileg elszenvedett sérelmeiknek csoportalkotó szerepük is lehet, így kollektív traumává válhatnak, mint például a Holokauszt-trauma (Békés, 2008).

Fentiek egyértelműen megvilágítják, hogy a traumát és annak értelmezését a tudomány nem képes egységben kezelni. Míg a kutatások egy része interdiszciplináris ismereteket kíván – szociológia, filozófia, antropológia, vallástudomány, történelemtudomány, nyelvészet – és a trauma fogalmát széles értelmezési körben teszi kezelhetővé és elsősorban társadalmi-kulturális összefüggésbe helyezi, addig a klinikai pszichológia a megélt trauma természetével és a trauma következményének

felismerésével egyedi kontextusba helyezve próbálja meghatározni a kutatások irányát és a beavatkozási eszközök sikerességét (Békés V. A., 2008).

4.4.2. Rendszerabúzus

A fogalmat Herczog (2007) vezette be, mely alapján rendszerabúzusnak tekintendő minden olyan visszaélés, mely egy adott intézményrendszer nem megfelelő működésének eredményeképpen jön létre. Ennek értelmében rendszerabúzusról beszélünk akkor, ha egy adott intézményrendszer nem vagy késve avatkozik be a veszély, veszélyeztetettség elhárítása vagy megszüntetése érdekében. A másodlagos viktimizáció az intézményrendszer felől bekövetkező negatív hatás, mely az áldozatot éri a felderítési, kiderítési vagy bizonyítási eljárás során, melyben az adott személy újra átéli és felidézi a szenvedést okozó cselekményt egy számára ismeretlen környezetben, ismeretlen személyekkel. Ide tartoznak azok a helyzetek is, mikor egy adott intézményrendszer az veszélyt, veszélyeztetettséget átélő számára nem érthető módon avatkozik be, mondjuk egy gyermek korának figyelembe vétele nélkül.

4.4.3. Fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás

A WHO (1989) definíciója alapján az abúzus rendszeresen visszatérő cselekvéssor, mely során egy személy egy másik személy testi, lelki egészségét, épségét veszélyezteti, károsítja, önrendelkezésében vagy szexuális önrendelkezésében korlátozza. Abúzus létrejöhet családi rendszeren belül és családi rendszeren kívül.

Az abúzus iránya szerint megkülönböztetünk

- *partnerbántalmazást*: 95%-ban férfiak nőt bántalmaznak, leginkább a fizikai formában, de jellemző lehet a partner elszigetelése, az elmagányosításra való törekvés, fenyegetés, sértegetés, gúnyolódás, a mozgási és cselekvési szabadság akadályoztatása;
- *gyermekbántalmazást*: minél kisebb életkorú a gyerek, annál inkább megfigyelhető az anyai bántalmazás; gyermekbántalmazásnak számít az az eset, amikor az apa a gyerek jelenlétében bántalmazza az anyát;
- *testvérbántalmazást*
- *szülők bántalmazását* a gyermekek által.

Az abúzus fajtája szerint megkülönböztetünk

- *fizikai bántalmazást* - ütés, rúgás, lekötözés, bezárás, rángatás, rázás, elvagy ledobás, gondatlan leejtés, mérgezés, megégetés, leforrázás, vízbe fojtás, fojtogatás;
- *lelki vagy érzelmi bántalmazást*, mely az érzelmekkel való tartós visszaélés, vagyis a félelemben, bizonytalanságban tartás, ijesztgetés, gúnyolás, szeretetmegvonás;

- *szexuális bántalmazást* amely dependens, éretlen személyiség olyan szexuális tevékenységbe való bevonása, melyet ő maga valójában nem ért, tudatosan beleegyezni nem képes, illetve olyan szexuális tevékenység, amely megszegi a családi szerepek szociális tabujait. A gyermekekkel szemben elkövetett szexuális abúzus formái közé sorolható a 18 év alatti személlyel való szexuális ráutaló magatartás vagy a gondozó tényleges cselekedete saját szexuális vágyának felkeltésére vagy kielégítésére, rábírás prostitúcióra, rábírás pornográfiára, rábírás mások aktusának végignézésére, gyermek verése vagy vele bántalmaztatás gyönyörszerzés céljából, közvetlen vagy oldalági rokon rábírása szexuális vágy kielégítésére. Ide sorolható a molesztálás, csábítás, gyerek bevonása a pornográf anyagok nézegetésébe. Ebből érthető az a megállapítás, hogy a szexuális abúzust elkövetők jelentős része olyan felnőtt, akiben a gyerek megbízik. A család jellegzetesen kifelé zárt, befelé nyitott határokkal rendelkezik, mégis a bizalmi, támogató kapcsolat hiány mutatkozik a gyermeki és szülői alrendszerek között.

Walker (2004) háromszakaszos modellt alakított ki – elsősorban a párkapcsolati - erőszak lefolyásában:

- első szakaszban a feszültség fokozódik, aminek hatására megfelelő feszültségkezelési stratégiák nélkül ingerültség, nyugtalan megnyilvánulások jellemzik a bántalmazó személyét;
- második szakaszban az erőszak verbális vagy fizikai módon kitör
- harmadik szakaszban a megbánás és a fogadkozások következnek, az ún. „mézeshetek” következnek, amíg a feszültséget a rendszerben újra meg nem jelenik.

4.4.3.1. Gyermekkorban elszendvedett abúzus

Freud már a XX. század kezdetén megfogalmazta, hogy a trauma legtöbbször gyermekkorban keletkezik. Ezzel szemben a „megvert gyermek szindróma” 1962-ben került leírásra az orvostudományban Kempe által, majd 1982-ben a Rhodosz-i kongresszuson ismét ismertette a megvert gyermek szindróma tüneteit, melyre a különféle csonttörések, régi törésre utaló jelek, véraláfutások, hámsérülések, általános fejlődésbeli elmaradás jellemző. Évente Magyarországon körülbelül 30 gyermek hal meg bántalmazás vagy elhanyagolás következtében. A KSH 2010-ben nyilvánosságra hozott adatai szerint Magyarországon 190 ezer gyermeket tartottak nyilván veszélyeztetettség miatt, közülük 2300 gyermek fizikai bántalmazást, 4500 gyermek érzelmi bántalmazást, és 240 gyermek szexuális abúzust élt át, 13 ezer gyermek fizikai elhanyagolástól szenvedett és körülbelül 10 ezer gyermek érzelmi elhanyagolástól. Évente megközelítőleg 30-40 újszülött és csecsemőkorú gyermek hal meg bizonyíthatóan bántalmazás vagy veszélyeztetés

következtében, és becslések szerint tízezer gyermek a bántalmazás következtében kialakuló maradandó testi vagy pszichés következménnyel él (www.gyermekbantalmazas.hu, 2012). 1989. novemberében New Yorkban ratifikálták a „Gyermekek jogairól” szóló ENSZ egyezményt, melyet azóta a fejlett világ államai saját jogrendjükbe beemelték (hazánk 1991-ben). A testi fenytés vonatkozásában nagyon eltérő álláspontok uralkodnak: tíz európai államban a fizikai bántalmazás teljes tilalma van érvényben, Magyarországon a szülők számára a verés nem tiltott, amíg a szokásjognak megfelelő mértéket meg nem haladja (xxxx).

A bántalmazás fokát tekintve megkülönböztethető a gondozó *alacsony fokú veszélyeztető magatartása*, mely időnként elforduló, enyhébb jelenségekben nyilvánul meg, értékelhetően nincs, vagy csekély a hatásuk a gyermek fejlődésére és későbbi viselkedésére. Ebben az esetben a teendők a házi orvos, védőnő bevonása, esetleges pszichoterápia vagy családterápia. *Mérsékelt súlyos veszélyeztető magatartás* akkor fordul elő, amikor gyakoribb, de nem veszélyes, vagy hosszú távon károkozással nem fenyegető a magatartást mutat a gondozó. Ebben az esetben a teendő a gyermekjóléti szolgálat bevonása. *Nagyon súlyosan veszélyeztető magatartással* akkor gyanúsítható a gondozó, ha folyamatos vagy nagyon gyakori elhanyagolás, vagy súlyosan veszélyeztető magatartás jellemzi. Ebben az esetben a teendő sürgős jelzés gyermekjólétnak, szakellátás, rendőrség bevonása, és a gyermek további sorsát meghatározó gondozási terv kialakítása. *Életet veszélyeztető magatartás* akkor mondható ki, ha a gyermek fejlődését hosszú távú vagy súlyos érzelmi vagy fizikai károkozás éri. Ebben az esetben a teendő a gyermek azonnali kiemelése a családból.

Pászthy (2013) szerint a gyermekbántalmazás megértése komplex feladat, érvényes a pszichológiában elfogadott bio-pszicho-szociális modellben való gondolkodás, hiszen mind oktatási-kognitív, mind fizikai-egészségügyi, mind lélektani-morális és érzelmi következményekkel számolni kell. A gyermekbántalmazásnak az abúzusok formáját illetően két típusa van, a bántalmazás és az elhanyagolás.

ABÚZUS (bántalmazás)	ELHANYAGOLÁS
<p><i>Fizikai bántalmazás</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fizikai sérülést okozó bánásmód ● A gyermek életkorának és fejlettségi szintjének nem megfelelő dolgoztatása ● Helyettesítő Münchausen szindróma 	<p><i>Fizikai elhanyagolás</i></p> <p>Orvosi ellátás elégtelensége Fizikai szükségletek kielégítésének hiánya, elégtelensége Biztonságnyújtás hiányossága, elégtelen felügyelet</p>
<p><i>Érzelmi, pszichológiai bántalmazás</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Súlyos érzelmi-, mentális-, vagy magatartászavart okozó bánásmód, mely a gyermek érzelmeivel való tartós visszaélés talaján alakul ki ● A gyermek jelenlétében erőszakos, támadó, durva magatartás más családtaggal - többnyire az anyával- 	<p><i>Érzelmi elhanyagolás</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● A csecsemő/gyermek érzelmi, kötődési igényeinek tartós és durva mellőzése, elutasítása

szemben	
● Médiacsoportok	
<i>Szexuális bántalmazás</i>	<i>Oktatási-nevelésbeli elhanyagolás</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● A gyermek szexuális tevékenységekre való kényszerítése vagy csábítása függetlenül attól, hogy az áldozat tisztában van-e azzal, hogy mi történik vele ● Gyermek bevonása pornográf anyagok megtekintésébe vagy készítésébe, valamint a szülő vagy a gondozó, ill. felnőtt személy szexuális tevékenységének figyelésébe 	<ul style="list-style-type: none"> ● Az életkornak megfelelő szellemi fejlődés támogatásának hiánya ● Iskolalátogatási kötelezettség elmulasztása ● A gyermek speciális képzési, fejlesztési szükségleteinek elmulasztása

4-3. ábra: A gyermekbántalmazás formái.

Forrás: <http://www.gyermekbantalmas.hu/celcsoportok/szakembereknek/item/a-gyermekbantalmas-as-elhanyagolas-jelensegkoere-a-gyermekorvos-szemszoegebl>

A fizikai elhanyagolás formái közé sorolható tehát azok a szülői-gondozói viselkedésszempontok, melyek által a gondozó felnőttek figyelmen kívül hagyják a gyermek életkorától függő szükségleteit és igényeit, mint például

- az alapvető és szükséges táplálás elmulasztása, mely csecsemők és kisgyermekes esetében súlyvesztést, a gyarapodás elmaradását eredményezi. Nem marasztalható el az a gondozó, akinek magának sem áll rendelkezésére megfelelő táplálék.
- megfelelő hajlék biztosítása. Elmarasztalható az a gondozó, aki lehetőségei ellenére nem biztosít a gyermek számára egészséges, megfelelően fűtött, száraz és tiszta lakást, életkörülményeket.
- megfelelő ruházat megtagadása, éghajlathoz alkalmazkodó, száraz, tiszta, élősködőktől mentes ruházatkodás.
- a szükséges orvosi segítség hátráltatása: immunizáló oltások megtagadása/elmulasztása, szűrővizsgálatok vagy tünetek alapján beavatkozást igénylő állapotok eltitkolása, kezelésének elmulasztása.
- a szükséges szakorvosi segítség igénybe vétele a gyermek mentális egészségkárosodásának lehetősége és a szocializáció során elszenvedett sérülések esetén.

A fizikai bántalmazás tünetei fenti táblázat tükrében széles spektrumon jelennek meg. Ezek között jelentkezhetnek testi tünetek

- bőrelváltozások formájában, a beverzésektől, a haj hiányán keresztül harapásnyomokig, apró égési hegekig;
- arc, nyak és fejsérülések formájában, jellegzetes törések formájában, melyek elsősorban a felkart és a combot érintik (egy éven aluli gyermek combcsont törése majdnem kizárólag bántalmazás következménye), bordatörések, koponyasérülések,

- rúgások következtében fellépő belső sérülések, hasúri vérzés, melyek hányás, haspuffadás jeleit mutatják.

A gyermekbántalmazással kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók feladata nehéz, melyekért a sokszor finom, nehezen interpretálható jelek, a vád súlyossága, a szakmai elszigeteltség és az érzelmekkel erősen telített helyzet okolhatók. Ezért 18 év alatti kiskorú vagy fiatalkorú balesete esetén tisztázni kell, hogy a felügyeletet ellátó felnőtt személy felelőssége fennáll-e és milyen mértékben. A gyermeket vizsgáló orvosnak gyermekbántalmazás gyanúja esetén helyzetelemzést kell végeznie, és hatósági bejelentést kell tennie a gyermek fizikai állapotáról, az észlelhető sérülésekről, a gyermek viselkedéséről és saját beszámolója a balesetről, a felelős személy viselkedéséről és beszámolójáról, a gyermek és gondozója közötti viszonyról.

Többek között, de nem utolsó sorban pedig érdemes néhány szót ejteni az emlékezeti képességének fejlődéséről, melynek kiemelkedő szerepe van abban, hogy a traumatikus, negatív érzelmi tartalmú eseményt hogyan idézik fel a gyermekek, és a felidézés milyen folyamatokon keresztül történik. Napjainkban a legtöbb vita ahhoz kapcsolódik a gyermekbántalmazás kapcsán, hogy a szakemberek – akár az egészségügyi, akár a szociális, akár a jogi szférát képviselik – a kikérdezés folyamán befolyásolják-e a gyermekeket sugalmazó kérdésekkel, illetve a gyermekek milyen mértékben torzítják az emléknymokat a sugalmazott kérdések hatására. Magyarországon jelenleg nincs tudományosan megalapozott, a torzításoktól mentes információszerezést biztosító és sztenderdizált protokoll, amely a traumatikus emlék megkérdőjelezhetőségét idézi elő. Halász és Király (2013) megemlíti, hogy Lamb, Orbach, Herschkowitz, Esplin és Horowitz 2007-ben kialakított egy strukturált interjút, mely alkalmas a gyermekek traumatikus emlékeinek vizsgálatára. Ugyanis a traumatikus emlékek során az egyetlen tanú maga a gyermek, ezért a történet narratívájának megbízhatósága kulcsfontosságú. Tudjuk azonban, hogy kisgyermekek emlékezeti rendszere nem rendelkezik a felnőtt emlékezeti rendszer sajátosságaival, életünk első két évének emléknymai ugyan implicit emléknymot hagynak, a viselkedést befolyásolják, ugyanakkor nem kifejezhetők verbális módon. Hároméves gyermekek egy eseménysor mélyszerkezetét az egymást követő cselekvéslépések közti okozati viszonyok és ezek sorrendje kapcsán értik meg. Vagyis egy korábban látott eseménysor felidézése a történet sémája alapján zajlik. Az esemény kódolását és későbbi felidézhetőségét az befolyásolja, hogy mennyire képes a gyermek megérteni és rendszerbe szervezni az esemény időbeli és oksági szerkezetét. A pontos emlékfelidezéshez egy gyermeknek azt kell tehát megértenie, hogy saját tapasztalata különbözhet másokétól, vagyis a perspektívaváltás képességét és az időbeliség megértését kell elsajátítania. Vagyis maga az emlékkép nem az esemény reprodukciója, hanem annak reprezentációja, melynek részletei a másokkal folytatott diskurzusok folyamán módosulhatnak, megerősíthetők vagy gyengíthetők. Ezért fordulhat elő az, hogy a sugalmazott kérdések a gyermek

emlékképeinek torzulásához vezet, ami a szexuális és traumatikus élmények reprodukálásának torzulásához is vezethet. Nagyon fontos tehát a fent említett megalapozott kikérdezési protokoll (Halász és Király, 2013).

Érzelmi bántalmazás a gyermek érzelmeivel való tartós visszaélés, amely a gyermek érzelmi és mentális fejlődésére súlyos és tartósan káros hatást gyakorol, többek között olyan élethelyzet, amelyben a gyermek tanúja más személy bántalmazásának, esetleg saját édesanyja bántalmazásának. Érzelmi bántalmazás köre a gyermekekben az értéktelenség, a szeretetlenség, a nem kívánság és a hasznavehetetlenség érzésének keltése, az életkornak, vagy a fejlettségnek nem megfelelő elvárások támasztása (a szobatisztaság idő előtti elvárása, a túlzott iskolai teljesítmény elvárása), erőszakos, kegyetlen nevelés, érzelmileg kiszámíthatatlan szülői magatartás, megszegyenítés, gyakori gúnyolás, állandó kritizálás, érzelmi zsarolás, deviáns viselkedésre tanítás, kényszerítés.

Az *érzelmi elhanyagolás* a gyermekbántalmazás passzív formája, melyről akkor beszélünk, ha a gondozó a gyermek egészségét veszéllyel fenyegetően megtagadja vagy elmulasztja kötelességét. Ebben a formában a gyermek a gondozó szándékos vagy elhanyagoló nevelése következtében elkerülhető szenvedéseket kénytelen elviselni, illetve fizikai, kognitív és érzelmi fejlődését tekintve tartós hiányt szenved. Csecsemő illetve kisgyermek esetében az érzelmi biztonságra, állandóságra, szeretetkapcsolatra való törekvés, valamint kötődési igényének durva mellőzése, elutasítása, mint a gyermek normális érzelmi fejlődésének tudatos megzavarása, megsértése indokolatlan hibáztatással, nyilvános megszegyenítéssel, közönyösséggel, testvérek egyenlőtlen kezelésével.

Az érzelmi elhanyagolás jelei elsősorban hangulatváltozásokkal, indulatkitörésekkel és az érzelemreguláció diszfunkciójával, önértékelési zavarokkal, fejletlen empátiás készséggel, beszédfejlődési zavarokkal azonosítható. Emellett előfordulhat regresszió, gátolt társas kapcsolatok, serdülőkor közeledtével alkohol, drog abúzus, önsértések, depresszió.

Az oktatási-nevelési elhanyagolás körébe az életkori sajátosságok és fejlődés támogatásának hiányával, fejlődési és fejlesztési szükségletek elhanyagolásával jellemezhető, többek között az iskolalátogatási kötelezettség elmulasztásával.

A gyermekkorban elszenvedett abúzusformák a felnőttkori mentális zavarok kialakulásában nagy szerepet játszanak, ezen kívül gátolják a személyiség lehetőségeinek kibontakozását mind érzelmi, mind szociális-kapcsolati, mind kognitív területen. A gyógyulás lehetősége bár fizikai szinten lehetséges, a lélek rejtett zugainak hegei fennmaradnak és az élet további szakaszaiban a sérülékenység alapját teremtik meg. Ez alapján megállapíthatjuk, hogy a bántalmazásnak rövid és hosszú távú következményei vannak.

A rövid távú következmények közé sorolhatóak fizikai sérüléseket és a különböző mentális zavarokat, mint a pánikrohamok, evészavarok, beilleszkedési zavarok, depresszió, szorongásos zavarok, illetve a

kognitív fejlődés zavarait, mint a megkésett beszédfejlődés, megküzdési mód hiányosságai, alacsony problémamegoldó képesség, alacsony iskolai teljesítmény. Jelentkezhetnek flashback reakciók, megjelenhetnek rémálmok és alvászavarok, evészavarok. Nem szabad azonban elfelejteni arról, hogy a bántalmazott gyermek fiziológiai és lélektani rendszere alkalmazkodik a rossz bánásmódhoz: érzelmszabályozási nehézségek jellemzők, a stresszes élethelyzetekben a kezdeményező, motiváló és szervező viselkedés károsodása figyelhető meg, mely a személyiségfejlődés zavaraként írható le. Jellemző tehát a személyiségzavarok kialakulása, agresszivitás, kapcsolati zavarok, mely elsősorban az intim, bizalomteli kapcsolatokat érinti, szer-, és társfüggőség különböző formái.

A gyermekkori bántalmazás okai között találhatóak a kulturális okok, a családi diszfunkcionalitás, és a gyermeki faktorok. Kulturális okoknak tulajdoníthatók az olyan hiedelmek és vélekedések, mely szerint a gyermek a felnőtt tulajdona, illetve hogy a fizikai bántalmazás nem tekinthető deviáns szülői magatartásnak. A családi faktorok közül kiemelkedik a szülők saját gyermekkorban elszenvedett abúzus miatti lélektani sérülései, az alacsony iskolázottság, a családi krízisek, mint válás, szegénység. Általában tetten érhető egy pont, ami kiváltja a bántalmazást, ez legtöbbször a szülő nevelési frusztrációjából fakad, mint a szobatisztaságra szoktatás nehézségei, a táplálás nehézségei, a megnyugtató vagy elaltató nehézségei. Sok esetben a bántalmazás hátterében megjelenik a posztpartum depresszió, melyet a környezet az anyánál nem ismer fel és nem azonosít, így kezelésére nincs is lehetőség. A bántalmazást kiváltó gyermeki faktorok közül ki kell emelni a gyermek fizikai kinézetét, az esetleges krónikus betegségeket, és az ún. nehéz temperamentumot.

4.4.3.1.1. Münchhausen by proxy syndrome (MBPS)

Más néven más által előidézett, vagy helyettesítő Münchhausen szindrómaként jegyzik a magyar szakirodalomban, mostanában jellemző a Fabricated or Induced Illness (FII) kifejezés, amelyet magyarosítani nehézkes, de jól kifejezi a bántalmazás formáját, mely nem véletlen bekövetkezett, hanem szándékos és előidézett megbetegedés, melyet a gyermek gondozója, legtöbbször az anya idéz elő (Meadow, 1977). Az anya gyermekével kapcsolatban betegségtörténeteket fabrikál, hamis információkkal vezeti félre a kezelőorvost, a gyermeknél méreggel, gyógyszerrel, fertőzéssel vagy fizikai abúzussal - fojtogatás, rendszeres fájdalomkórosítás - tüneteket vált ki. A klinikai kép megjelenése széles, a gyermek által produkált tünetek változatosak, lehet apnoe, görcsrohamok, vérzések, fulladás, hasmenés, hányás, "véletlen mérgezések", gyakori visszatérő láz, visszatérő fertőzések, anyagcsere-zavarok, ritka gyermekbetegségek, evészavar bizonyos tünetei is megjelennek - válogatosság, az étel elutasítása, vélt vagy valós ételallergiák, provokált hányások. Feltűnő, hogy a tünetek az orvosi kezelés és beavatkozás hatására sem csökkennek. A tüneti kép súlyossága az anyai jelenléttel mutat összefüggést, ami mellett az anya aggodalmaskodó, kitartóan keresi az egészségügyi

személyzet figyelmét, ugyanakkor gyermeke gondozását a kórházban is ő végzi. Az orvossal való kapcsolata ambivalens, megkérdőjelezi a beavatkozások hatékonyságát.

A gyermek klinikai képét mindig kiegészíti az életkorra jellemző fejlődési zavar. Ez csecsemőkorban evészavarokban, gyarapodási elégtelenségben, ingerlékenységben mutatkozik meg. Kisgyermekkorban szociális izolációban, hiperaktivitásban, óvodáskorban már a kognitív fejlődés életkortól való elmaradása is jellemző, szeparációs szorongással és agresszivitással tarkítva, serdülőkorban pedig konverziós tünetekben jelentkeznek.

A tipikus Münchhausen-anya súlyos pszichés zavarokkal küzd, nagyfokú szeretetigénnyel jellemezhető, a környezettől a beteg gyermek önfeláldozó és kitartó ápolása miatt megkap. Az anya-gyermek interakciók sorozatára jellemző, hogy ezek a gyerekek a bántalmazást édesanyjuk felől szenvedik el, akinek irányából a védelmezést és biztonságot is vágyják. Így paradox módon a bántalmazott gyermekek közelebb kerülnek bántalmazójukhoz azt a képet fenntartva, hogy függnek tőlük, folytonos fizikai jelenlétet kívánva (Djuroska és Pászthy, 2010). Mivel Bowlby a kötődést interakciós folyamatként jellemzi, az anya éppúgy részt vesz ennek alakításában, mint gyermeke. Az anya viselkedése elsősorban a gondozási viselkedés-rendszer által szabályozott, melynek célja a védelem nyújtása. Ez a rendszer akkor aktiválódik, ha a szülő értékelése szerint a gyermek veszélyes vagy ijesztő helyzetben van. A rendszer fizikai vagy pszichológiai közelség esetén, valamint azon jelek hatására deaktiválódik, amelyek arra utalnak, hogy a gyermek elégedett és boldog. Ahogy a gyermek kötődési rendszere, a szülő gondozási rendszere is erős érzelmekkel fűtött. Mindezek tükrében nyilvánvaló, hogy az anya és a gyermek együtt dolgoznak kettőjük között kialakuló, mindkettőjük számára megfelelő közelség megteremtésén. Ha a szülő gondozási rendszere aktiválódik, a gyermek kötődési rendszere deaktiválódhat, így a távolság és a szeparáció élménye az anya számára is szorongáskeltő lehet (Hámori, 2005). A fentiek közvetlen következménye, hogy a bizonytalanul kötődésű anya nem képes olyan biztonságos kapcsolat kialakítására környezetével és önmagával – saját mentális világában való önexpolrációval - melyek megadnák a gyermek számára a biztonság élményét (Djuroska és Pászthy, 2010). A bántalmazott gyermekekre jellemző dezorganizált kötődési kapcsolatban a gondozó jelenléte egyszerre félelemteli és biztonságot nyújtó, mivel a kötődési viselkedéses rendszer ellentétes motivációkat teremt, nincs koherens kötődési stratégiájuk a distressz kezelésére (Fonagy, Target, 2005). A gyermekben egymással párhuzamosan ellentétes motivációk egyrészt az anyától való szeparációs szorongást indukálja, aminek következménye, hogy anyja közelségét keresi, másrészt az anya jelenlétében – mivel az anya maga a veszélyes inger – a félelmi viselkedéses rendszer aktiválódik. A közelség igényének fenntartása a veszélyes inger állandó jelenlétét indukálja. A rendszer akkor deaktiválódik, amikor az anya képes megfelelő védelmet nyújtani gyermekének – vagyis az anya gyermekét biztonságos közegben érzi. Ennek átélésére azonban soha nem képes, hiszen a veszélyesnek ítélt inger – bár tudattalanul jelenik meg, mégiscsak ő

maga. Az anya gondozási rendszere így állandóan aktív, hiszen állandó igénye van a védelem nyújtására. Így jelenik meg az anya-gyermek kapcsolatban az a dinamika, mely felfedi az ellentétes irányú viselkedéses megnyilvánulások háttérét. A dezorganizált kötődésű felnőtt ugyan érzelmekre éhes, mégsem tud valódi emberi kapcsolatokat kiépíteni. Ennek egyik következménye, hogy nehezen képes saját mentális reprezentációinak elkülönítésére az intenzív érzelmekkel telített kapcsolatban, így a másokban megélt saját gondolatai, agresszív impulzusai és fantáziái állandó befolyással bírnak a társak felé (Djuroska és Pászthy, 2010).

Az anyával való interakció során nemcsak az érzelmi, és szociális kapcsolatok szabályozása valósul meg, hanem ezzel párhuzamosan neurohumorális szintű is, melyek a későbbi stresszreakciók pszichobiológiai copingstratégiáit aktiválják. Elsősorban a noradrenerg, dopaminerg, szerotinergerg sejtcsoportok károsodnak a gondozás következtében. E rendszerek sérülése azért kritikus, mert egyensúlyuk felelős a figyelmi rendszer, a cirkadián ritmus, jutalmazásra való érzékenység, ezáltal a szociális kapcsolatrendszer szabályozásáért. A noradrenerg és dopaminerg szint csökkenése először viselkedésgátláshoz, később szuperszenzitivitáshoz vezet. A bizonytalanságban tartó anyai magatartás következtében fellépő biológiai egyensúly megbomlása hyper-, illetve hypo-állapotmutatókat eredményeznek melyek, mint állapotfüggő emléknymok pszichoszomatikus tünetképződés alapjait eredményezhetik (Buda, B., Kopp, M., 2001).

4.4.3.2. Gyermekkorban elszenvedett szexuális abúzus

A gyermekek a felnőttek iránt érzett feltétlen bizalmuk és szeretetigényük miatt könnyen válhatnak szexuális visszaélés tárgyává. Gyermekkorban elszenvedett szexuális abúzus, amikor „egy felnőtt, fiatal felnőtt vagy gyermek bármilyen hatalmát, erő vagy pozíció fölényét felhasználva egy gyermeket szexuális aktivitásba von. A szexuális visszaélés egyaránt lehet fizikai, szóbeli vagy érzelmi jellegű” (Kovács, 2012). Vagyis megjelenhet, simogatás, érintések formájában, intim testrészek mutogatásában, szexuális kapcsolat létesítésében – orálisan, tárggyal vagy testrésszel végrehajtva, cyberbullying keretei között, obszcén üzenetek formájában, pornográf anyag mutogatásával, gyermekprostitúcióban. Szexuális abúzus létrejöhet gyermek elkövetésével, idegen felnőtt elkövetése által, mely cselekményekre inkább jellemző, hogy egyszeriek, gyakrabban fordul elő kényszer alkalmazása. Az intrafamiális viszonyban létrejövő szexuális abúzus során ezzel szemben az elkövető ritkán alkalmaz kényszert, a visszaélés ismétlődő, szokásszerű is lehet (Pászthy, 2012). Lányok esetében jellemző inkább az intrafamiális szexuális abúzus, fiúk esetében inkább az idegen személy, vagy távoli ismerős az elkövető. Az elkövetők 75%-a férfi.

Az inceszt rizikót jelentő családi konstellációk jellegzetességei közé sorolhatók a családi kapcsolatrendszer zavarai, domináns apa, a felnőtt-gyermek alrendszerek felcserélődése, tipikusan kifelé zárt családi rendszer, a szülők közti kapcsolati zavarok szexuális vagy érzelmi téren, anyai távollét, gyermek fokozott szeretetigénye.

A szexuális bántalmazás nem betegség, nincsenek speciális tünetei, azonban körülírható fenti rizikófaktorok által. Lehetőségére akkor kell gondolni, amikor kisgyermek esetében a hüvely vagy a végbél körül fájdalmak, sérülések jelentkeznek. Gyakori az altájéki viszketés, ismeretlen eredetű vérzés vagy váladékozás, nemi betegség, fájdalmas vizelés, húgyúti fertőzés, széklettartási nehézség, a genitáliák mutogatása. Preserdülőkre inkább a fenti tünetek mellett a provokatív szexuális magatartás jellemző. Szexuális abúzust követően gyakori a PTSD megjelenése, az ún. „sleeper effects”, vagy hosszú távon megjelenő tüneti kép a serdülőkorban kezdenek kialakulni, jellemző a korai szexuális viszony létesítése, a felismert vagy fel nem ismert várandósság, túlfűtött szexuális érdeklődéssel, önsértések, öngyilkosság és szerabúzus. Ritkán említett hosszú távú hatás a reviktimizáció, a gyermekkorban szexuális abúzust elszenvedett nők, felnőttkorban is gyakrabban válnak áldozattá (Ferguson, 2009).

4.4.3.3. A gyermekkori abúzusok prevenciója

Alapvető fontosságú a veszélyeztetett családok és a gyermekek kiszűrése, melyben nagy szerepük van a védőnőknek, a gyermekorvosoknak, és a szociális ellátó intézményeknek. Ráadásul segíti a felismerést, ha ezek a szakterületek nem egymástól függetlenül, hanem együttműködve alakítanak ki stratégiát egy adott család érdekében. Ennek megfelelő formája az esetmegbeszélés, bevonva a családot gondozó szakemberek körét.

Kiemelt szerepe van a megelőzésben a szülői készségek fejlesztésének, szülőcsoportok kialakításának.

4.4.4. Időskori bántalmazás

A szakirodalmi konszenzus alapján az idősök társadalmát a 60 év felettek alkotják. Az idősödés progresszív, univerzális és irreverzibilis folyamat, mely az élet része, elkerülhetetlen. Az egészségügy időskorral és az időskor betegségeivel foglalkozó ága a geriátria, mely szakterületbe foglalható az idős ember pszichés változásaira – személyiségstruktúra, szociális helyzet, neurológiai változások – kitekintő pszichológia. Magyarország és a fejlett Európai államok előregedő államok, 2000-re a Föld népességének 10%-a 60 év feletti volt, emellett az idősök korcsoportja maga is idősödő, hiszen a 60 éven felettek csoportjában minden tizedik ember eléri a 80 éves kort. Hazánkban a 2001. népszámlálási adatok azt mutatták, hogy minden ötödik személy elmúlt 60 éves. Az idősök arányának növekvő folyamat a társadalmon belül a nemzedékek közötti viszonyt kiélezte, hiszen a meg kell oldani a nyugdíjak, az egészségügyi ellátó rendszer és az szociális ellátó rendszer kérdéseit, aminek következtében az idősök fizikai és gondozás szempontjából függő helyzetbe kerülnek a társadalom fiatalabb tagjaitól (Iván, 2005). A függő helyzet magával hozza legtöbb esetben a hierarchiaviszonyokat, így a társadalom alárendelt szerepet rendel az időskorhoz. Az alárendelődés és a fiatalabb nemzedékek frusztrációja egzisztenciális szinten – munkanélküliség, lakásproblémák, megélhetési nehézségek - az idős embert még kiszolgáltatottabbá teszi. Ez a frusztrációs helyzet ad alapot az egyre gyakrabban előtérbe kerülő időskori bántalmazásoknak. Időskori abúzusnak nevezzük

azt az egyszeri vagy ismétlődő cselekvést, a szükséges beavatkozás vagy cselekvés hiányát, amely árt, félelmet kelt, szükségtelen fájdalmat okoz az idős személynek egy olyan kapcsolaton belül, amelyben elvárható lenne a bizalom. Ez magába foglalja a fizikai bántalmazást, a szexuális erőszakot, érzelmi, verbális vagy pszichológiai bántalmazást, fizikai elhanyagolást, lelki elhanyagolást, anyagi kihasználást, és az emberi jogok megsértését. A bántalmazás iránya szerint megkülönböztethető

- rokoni bántalmazás: a legtöbb bántalmazó rokoni kapcsolatban áll az idős emberrel;
- intézményi bántalmazást: az abúzusra intézményi keretek között kerül sor - idősök otthonában, átmeneti vagy tartós egészségügyi ellátó vagy gondozó intézményekben;
- önelhanyagolást: mely során az idős ember veszélyezteti saját egészségét, biztonságát. Ebbe a kategóriába nem lehet besorolni azokat az idős embereket, akik mentális zavar vagy neurológiai betegség miatt nem képesek döntéseik vagy cselekedeteik következményének felmérésére.

National Center on Elder Abuse (USA) jelentése szerint a bántalmazások egyhatoda, ezen belül az idős ember otthonában elkövetett bántalmazások 1/14-e kerül nyilvánosságra. A jelentés további megállapításai közé tartozik, hogy az idős emberek 40-45%-a bántalmazott valamilyen formában – elhanyagolás, kihasználás vagy rosszul gondozás a leggyakoribb, az elmúlt évtizedben az idősök otthoni bántalmazása 150%-al nőtt. A bántalmazók 90%-a a családi rokonságába tartozik.

A bántalmazásnak sokszor vannak testi jelei, de nagyon sokszor csupán következtetni lehet rá. Ilyen testi jelek lehetnek a kifejezett és világos testi sérülés, vagy egy testrészt vagy testtájék fájdalma, véraláfutások a testen. érintésre. Intő jel lehet, ha a sérülés nincs ellátva vagy gondozva, esetleg a sérülés keletkezéséről elmondott történet nem egyeztethető össze a sérülés mértékével. Nem kifejezetten fizikai abúzusra lehet következtetni a kiszáradás, a rosszul tápláltság jeleiről abban az esetben, ha az idős ember nem fizikailag beteg. Az elhanyagolás körébe tartozik, ha a gondozó személyek nem megfelelően adminisztrálják a gyógyszereszedést, illetve az orvosi vagy kórházi ellátás indokolatlanul gyakori igénybevétele esetén. További jel lehet, ha az idős ember ápolási folyamat alatt ingóságai eltűnnek, a kellemes életkörülmények és a személyes dolgok hiánya szembetűnővé lesz.

Az időskori bántalmazás következményei az idős ember növekvő nyugtalansága, szorongása, világgal szembeni haragja és dühe, esetleg a rokonságtól és a családtagoktól való elkülönülési igénye, nagyfokú és indokolatlan depresszió. Amennyiben az idős ember szégyelli a bántalmazást, kommunikációja lehet tétova, és kerülheti a nyílt beszélgetéseket, történeteire jellemző a zűrzavarosság.

Az időskori bántalmazás megelőzési lehetőségei társadalmi attitűdök fejlesztését igényli, annak felismerését, hogy az idősödés az élet kiteljesedését hordozza magában, univerzális és

ovisszafordíthatatlan folyamat. Ugyanakkor az idősödés nem szükségszerű velejárói a betegségek, az idős emberek fiatalabb nemzedékre való rászorultsága és a halál természetes velejárói az életnek.

4.5. Hátrányos helyzetű családok

A „hátrányos helyzet” kialakulása többféle tényező eredménye lehet (Papp, 1997; Torgyik és Karlovitz, 2006):

- alacsony jövedelem
- rossz (egészségtelen, szűkös) lakáskörülmények
- a szülők alacsony iskolai végzettsége
- deviáns közeg
- a család hiánya, állami gondozásban való nevelkedés
- nem teljes család
- beteg szülők
- etnikai származás
- kedvezőtlen elhelyezkedésű lakóhely (elszegényedő, leszakadó országrészek)
- sokgyermekes család
- tartósan munkanélküli szülők
- büntetett előéletű szülők
- hajléktalanság
- szenvedélybeteg szülők

Amennyiben a fenti tényezők közül három egy időben jelen van, a családban nevelkedő gyermek hátrányos helyzetűnek tekinthető. A felsoroltak közül a következőkben a szegénység és az állami gondozottság kérdéskörével foglalkozunk.

4.5.1. A szegénység mint hátrányos helyzet

A szegénység, a szegregáció (belső periféria-helyzet) és a marginalizálódás (azaz a társadalom peremére kerülés) nem azonos fogalmak, de szoros kapcsolatban állnak egymással. Az elszegényedés egyik fő oka a peremhelyzetbe kerülés, illetve a többségi társadalomból való kiillesztés (Ferge, 2002). A kiillesztési zavar fogalmát főként a marginális helyzetbe kerüléssel összefüggésben szokták használni: amikor egy társadalmi csoport különféle okokból kifolyólag nem képes megfelelni adott társadalom normáinak, szabályainak és elvárásainak, és ennek következtében folyamatosan sodródik a társadalom szélére (Castel, 1996).

Egyes megközelítések szerint (ld. pl. Wilson, 1987) a szegények homogén csoportot alkotnak, gazdasági és térbeli szempontból szegregálódnak, és olyan szubkulturális jellemzőkkel és attitűdökkel rendelkeznek, amelyek egyik nemzedékről a másikra hagyományozódnak. Az egyes társadalmi rétegeket így nem kizárólag az objektívnek tekinthető életfeltételek (pl. jövedelem) különböztetik meg egymástól, hanem az oda tartozó egyének viselkedése, normái, értékei, gondolkodásmódja is. A családok összetétele, a családi szerepek, a pályaválasztás, a rokonsági háló, a szabadidő eltöltése mind-mind rétegspecifikus jellemzőkkel írható le. Mindezek együtt eredményezik a társadalmi különbségek átörökítését, a réteghelyzetben maradáást (Somlai, 2008).

Mások (ld. pl. Domanski, 2001) szerint a szegények csoportja heterogén, azaz az oda tartozó személyeknek nincs általánosan jellemző vonása.

A jövedelmek közötti egyenlőtlenség túltesz az iskolázottság vagy társadalmi csoportba tartozás közötti eltéréseken. A hátrányos anyagi helyzet olyan területekre is hatással van (lakáskörülmények, ételmiszer, fejlesztési lehetőségek), amelyek eltérő jövőképet hoznak létre, és amelyek kitermelik a jövő szegény rétegeit is. A szegénységre emellett elnőiesedés jellemző, azaz a férfiaknál kevesebbet kereső, válás esetén gyermekeiket sokszor egyedül nevelő, illetve idős korukban a társukat gyakran túlélő nők sebezhetőbbek a szegénnyé válás szempontjából.

Jellemző emellett a település típusa szerinti jövedelmi rétegződés, azaz a szegénység gyakoribb előfordulása a kistelepüléseken, a városhiányos térségek falvaiban, illetve a termelés szempontjából kedvezőtlen adottságú területeken (Mitev, 2001).

A családban lévő gyermekek száma szinte minden kultúrában fordítottan arányos az életszínvonallal. A magas születésszám legtöbbször nem az egyének döntéséből fakad, hanem az alacsony önkontrollal, a fogamzásgátlás ismeretének hiányosságaival, illetve az önbizalom hiányával függ össze (az egyének nem hisznek abban, hogy hatásuk lenne saját sorsukra) (Vajda, 2005c).

4.5.2. A szegénység hatása a szocializációra

A nagyon alacsony jövedelmű családok gyermekeinek szocializációja több szempontból eltér a jobb sorban élőkétől, ezek közül néhány általánosan megfogalmazható jellemző (Gersten, 1993):

- a normális szocializációt veszélyeztető tényezők már a születés előtt jelen vannak. A szegény családok általában rosszabb orvosi ellátásban részesülnek, a terhes nők között is gyakori a dohányzás, az alkoholizmus, és a lakáskörülmények sem megfelelőek. Mindezek nagyobb fertőzésveszélyhez, magasabb stressz-szinthez vezetnek, amelyek károsítják a fejlődő magzat egészségét
- gyakrabban előfordul, hogy az anya nagyon fiatal, egyedülálló, alacsony iskolai végzettségű, a terhesség nem volt tervezett, így a család részéről nincs meg az a társas támasz, amely segítene a nehézségek feloldásában. A halmozottan problémás helyzet miatt gyakoribb a gyermek érzelmi elutasítása, amely a családi szocializációt negatív irányban befolyásolhatja
- a nem várt vagy az anya fiatal korában érkező gyermek anyagi és érzelmi bizonytalanságot visz a nem megfelelően felkészült család életébe, melynek folyományaként gyakoribb az intézetbe adás vagy a család anyagi ellehetetlenülése
- a minőségi vagy mennyiségi éhezés egész életre szóló egészségkárosodáshoz vezethet
- a körülmények, amelyek között élnek, illetve a munka, amit a (szüleik) végeznek, stigmatizáló lehet a gyerekek számára
- anyagi helyzetük mellett növeli a kiszolgáltatottságukat, hogy általában érdektelenek a közügyek iránt, így kevés rálátásuk van akár az intézkedésekre is, amelyek számukra pozitívak lehetnének. A szegényebb rétegek általában nem képesek (vagy nem motiváltak) arra, hogy társadalmi és politikai jogaikat gyakorolják, amely még inkább mélyíti hátrányos helyzetüket, és tartós kirekesztettséget hoz létre (Szoboszlai, 2004).
- a gyermekneveléssel kapcsolatban jellemző a kategorikus szemlélet: a gyerekek a személyiségüket jellemző tulajdonságokat jórészt öröklik, azokat neveléssel nem lehet megváltoztatni, Ennek következtében a szülők keveset foglalkoznak a gyerek fejlesztésével
- a szülők nevelési stílusa általában tekintélyközpontú, a gyerekektől engedelmességet követel meg; a szülő-gyerek érintkezés merev, a felnőttek kevésbé érzékenyek a gyerekek egyéni jellegzetességeire. Az erős külső kontroll gátolja a belsővé tett normarendszer kialakulását, ami negatív hatással van a másodlagos szocializáció sikerességére (a gyerek nehezen illeszkedik be új közösségbe)
- a hátrányos társadalmi helyzet gyakran váltja ki azt az érzést, hogy az egyén nem rendelkezik kontrollal a saját sorsa felett. Ez vezethet családon belüli erőszakhoz is (Coltrane és Collins, 2001).
- a szűkös élettér következtében a gyerekek túl hamar találkoznak a felnőttek problémáival

- iskolába lépéskor a marginális helyzet alapján gyakran címkézik a gyerekeket a diáktársak és a pedagógusok; a tanárok részéről ez eredményezhet kevésbé támogató attitűdöt, ami az egyébként is alacsony önbizalom további csökkenéséhez vezethet.

- a kortársaik közül leginkább a hozzájuk hasonló helyzetű gyerekekkel barátkoznak, így az iskolán belül sem épül ki olyan szociális háló, amely a későbbiekben megtartaná őket

A fent említett kockázati tényezők önmagukban nem lennének jelentős hatással az egyéni fejlődésre, inkább kumulatív mivoltukból fakadóan viszik rossz irányba a szocializációt.

4.5.3. A szegénység öröklődése

Az 1960-as évektől kezdték mélyrehatóan vizsgálni a marginális helyzet öröklődésének kérdését, azaz hogy a családi és intézményi szocializáció miként hat abba az irányba, hogy a hátrányos helyzet konzerválódik (Somlai, 1997).

A társadalmi státusz átörökítésének problematikája a társadalomtudományok által ma már gyakran elemzett kérdés.

Általánosságban az állapítható meg a szegénység öröklődésével kapcsolatban, hogy a szülők nemzedékének sikertelensége, a korlátozott lehetőségekből is fakadó passzivitása csökkenti annak az esélyét, hogy a következő generáció kitörhessen réteghelyzetéből. Így a szegénység, a marginális helyzet általában feloldhatatlan a gyerekek számára, a felzárkóztató programok gyakran pont azokat nem érik el, akiknek a legnagyobb szükségük lenne rá.

A szülők társadalmi helyzete a gyerekek motivációit jelentősen meghatározza: az egyén a szülei helyzete mellett ismerősei, barátai társadalmi hovatartozása alapján ítéli meg saját lehetőségeit. Szegregált helyzet esetén a gyerek leginkább saját társadalmi osztályának tagjait figyelheti meg, akik hasonló körülmények között élnek, mint a szülei, így megerősítik az otthonról hozott mintát. Az alacsony társadalmi státusz együtt jár a perspektíva hiányával, azaz az egyén reakciói az adott kontextusra korlátozódnak, nem válnak belsővé, így a későbbiekben nem irányítják a viselkedést (Vajda, 2005c).

A családban tapasztalt elgondolás az életben való boldogulásról olyan attitűdöket alakít ki, amelyek később a munkakeresés folyamatát jelentősen befolyásolják. A szülők pénzügyi helyzete meghatározza azt is, hogy mennyi anyagi forrást tudnak mozgósítani az iskoláztatásra, a gyerek egészségének megőrzésére, fejlesztésére (Medgyesi, 2005).

A szegénység öröklődésének tekintetében nemi különbségek azonosíthatóak: a lányok és a fiúk életútja általában eltér egymástól. Az intergenerációs szegénység inkább jellemző a fiúkra, akik gyakrabban kerülnek kapcsolatba a hatóságokkal, és inkább veszítik el munkájukat. A lányoknak nagyobb esélyük van arra, hogy házasságkötésük révén kikerüljenek réteghelyzetükből.

Az alacsony jövedelmű családok mintegy felénél a gyerekek szocializációját nem fenyegeti veszély, ugyanis ennek a szubkultúrának vannak protektív jellegzetességei is, például a családtagok önzetlensége vagy a rokonok szolidaritásából fakadó előnyök (Vajda, 2005c).

4.6. Az intézeti nevelkedés jellemzői

4.6.1. Az állami gondozásba vétel

Az a tény, hogy a személyiségjegyek formálódásában az öröklődés mellett a környezeti hatások is nagy szerephez jutnak, akkor bír különös fontossággal, amikor a felnevelkedés közege nem optimális. Ha a család képtelen megfelelően ellátni a szocializációs funkciókat, szükségessé válik az állami gondozásba vétel. Azonban ez óhatatlanul együtt jár a személyiségfejlődés sérülésével, a családi közeg pótolhatatlansága miatt az intézetekben nevelkedett gyerekek számos hátrányt szenvednek (Andorka, 2006).

A család nélkül maradt gyermekek számára kétféle gondozási lehetőség létezik: az intézeti jellegű nevelés (csecsemőotthonok, gyermekotthonok, lakásotthonok, speciális gyermekotthonok, különleges gyermekotthonok és utógondozó otthonok), illetve a helyettes szülő (nevelőszülő, pótszülő, hivatásos szülő) (Zsubrits, 2011).

A helyettesítő nevelésre létrehozott intézmények négyféle funkciót töltenek be a gyermekek életében (Gilligan, 1999):

- gondoskodás: az alapvető testi, érzelmi és társas szükségletek kielégítése a gyerek életkori jellegzetességeihez igazodva
- védelem: a gyermek testi vagy lelki fejlődését veszélyeztető tényezők kiiktatása, és biztonságos közeg teremtése
- kompenzáció: az egyén életében jelen lévő hiányosságok pótlása (egészségügyi szolgáltatások, oktatás, pszichológiai támogatás)
- előkészítés: a családba való visszatérés, illetve a társadalomba való beilleszkedés elősegítése

Az állami gondozott gyerekek gyakran olyan szociokulturális háttérrel rendelkező családokból érkeznek, melyek traumatizáló hatása önmagában rossz irányba viheti a szocializációt. Gyakori az elhanyagoltság, az erőszakos vagy széthullott családi közeg, a deviancia, alkoholproblémák, egészségügyi gondok vagy a szegénység. Így eleve sérült gyerekek kerülnek be olyan közösségbe, amely tovább mélyítheti a problémákat, és kevésbé segít feldolgozni az egyéni tapasztalatokból származó nehézségeket (Vidra- Szabó, 2001; Herczog, 2007).

4.6.2. Család vs. nevelőotthon

Az intézeti nevelkedés körülményei az elmúlt években jelentősen megváltoztak, ezekről részletesen „Az állami gondozott gyerekek szocializációjának optimalizálása” alfejezetben szólunk. A vonatkozó intézkedések elsősorban azt célozták, hogy a következőkben felsorolt szocializációs nehézségeket enyhítsék.

A családban zajló szocializációval szembeállítva az intézeti nevelkedés számos olyan jellemzővel írható le, amelyek súlyos zavarokhoz vezethetnek (Kontra, 1970):

- a család informális, érzelmi kötelékeken alapuló közeg, amely alkalmazkodik a gyermek sajátosságaihoz, ezzel szemben az intézeti nevelkedés az esetek többségében kevésbé veszi figyelembe az egyéni jellemzőket, helyette uniformizált nevelési körülményeket teremt
- a személyiség- és énefejlődés bázisa a gyermek és a szülő közötti kötődés, amely befolyást gyakorol a szocializáció minden területére. A szociális kapcsolatok fejlődésében a családot helyettesítő szocializációs közeg jelentős módosulást eredményez. A gyerekek érzelmi kapcsolatai, a környezetükben lévő személyekhez való kötődéseik bizonytalanabbak és szegényesebbek, mint a családban nevelkedett gyerekéké. A kötődés minősége számos területre hatással van, például a gyerek akkor képes elmélyülni a játékban vagy más tevékenységben, akkor tud bizalommal közeledni másokhoz, vagy felderíteni a körülötte lévő világot, ha gondozója ehhez megfelelő háttérrel nyújt (Somlai, 1997).
- a családban a különböző családtagokhoz más és más a gyermek érzelmi viszonyulása, megtanulja az eltérő státuszú személyekhez való kapcsolódási lehetőségeket, az intézeti körülmények viszont sok esetben nem biztosítják a megfelelő szeretetkapcsolatok kialakítását
- a családi kötelékek –optimális esetben- életünk végéig szólnak, biztosítják a kontinuitás, a változatlanság érzését, ami biztonságot ad

- az intézeti körülmények –kényszerű okokból- kötött rendet követelnek meg, amely minden ott élő számára azonos, ezzel szemben a család elfogadja az egyéni igényeket, szokásokat. A gyermekotthonokban kialakuló közösségek sajátos szabályokkal jellemezhető társas mikrovilágot jelentenek a gondozottak számára.
- a családban élő gyerekek külső személyekkel is gyakran kapcsolatba kerülnek, ami segíti a személyközi interakciók fejlődését: a másokkal töltött idő megtanítja a gyereket arra, hogy hogyan kell reagálnia újfajta személyekre és helyzetekre, és a külső kapcsolatokról történő beszélgetések a társas világról való tudását bővítik. Ilyen viszonyrendszerek intézeti nevelkedés esetén sokszor egyáltalán nem alakulnak ki.
- családi nevelkedés esetén az idő előrehaladtával a gyermek sok időt tölt a „külvilágban” (óvodában, iskolában, barátoknál, különórákon, stb.), amely rengeteg új információt biztosít számára, és amely fejleszti az emlékezetét, érzelmeit, társas viszonyulásait. Az intézetben nevelkedő gyerekek esetében a külvilágban töltött idő minimális, és legtöbbször akkor is a társaikkal vannak, akiktől nem származnak újfajta tapasztalatok. Ez az ún. kettős zártság (Hazai és Volentics, 1986). Az állami gondozott gyerekek szocializációjában így a kortársak még nagyobb szereppel bírnak, mint a családban nevelkedetteknél, mivel az iskolai tevékenységek mellett a fennmaradó idő jelentős részét is velük töltik (Rákó, 2010b).

Mindezen hiányosságok vezethetnek ahhoz, hogy az intézeti környezetet elhagyó fiatalok gyakran érzik úgy, hogy számukra ismeretlen világgal kell megküzdeniük, amelynek szabályait nem értik, és amiben idegenül mozognak.

4.6.3. Az állami gondozás szocializációs hatása életkoronként

Az egyes korosztályba tartozó gyerekek más és más szempontból veszélyeztetettek az intézeti nevelkedés miatt. A következőkben azokat a tényezőket soroljuk fel, amelyek főként a hagyományos nevelőotthonok negatív hatásait írják le, és amelyeket (ahogy lentebb látni fogjuk) a későbbi intézkedések nagy mértékben enyhítették, vagy enyhíteni szándékozták (Blumfeldné és Volentics, 1992):

- csecsemőkorban: az állami gondozásba vétel annál negatívabb hatással van a személyiségfejlődésre, minél korábbi életszakaszban történik. A csecsemőkorban nélkülözött anya-gyermek kapcsolat súlyos következményekkel járhat. Ezt nevezte Spitz (1945) hospitalizációnak, amely olyan tünetekkel jellemezhető, mint a mozgásfejlődés elmaradása, érdektelenség a társas és fizikai környezettel szemben, abnormális társas viselkedés és egyéb retardációk. Szélsőséges esetben későbbi következmény lehet a pszichopátiás

személyiségzavar, amely teljesen meggátolhatja a társadalomba való beilleszkedést. A modern fejlődéslélektani ismeretek a gyerekek igényeiről természetesen abba az irányba hatottak, hogy ezeket a komoly károsodásokat minél inkább enyhítsék, ezért a Spitz által leírtak ma már elvétve alakulhatnak ki a fejlett országok csecsemőotthonaiban.

Emellett a tartós állami gondozásban nevelkedett gyerekeknél szinte törvényszerű a kötődési zavar megjelenése (Zilberstein, 2006). A gyerekek az esetek többségében nem tudnak kielégítő személyes kapcsolatot kialakítani a gondozókkal, ennek kétféle következménye lehet: vagy a „kollektív anyakép” lesz jellemző rájuk, és válogatás nélkül törekednek másokhoz kötődni (ez egészséges fejlődés esetén a három hónapos szintnek felel meg), vagy hiányzik belőlük az érzelmi elköteleződés igénye. Utóbbi esetben a gyerekek képtelenek másokkal bizalom alapuló kapcsolatokat kialakítani, ami nemcsak a felnőttekre, hanem kortársaikra is vonatkozik.

- óvodáskorban: az ilyen korú gyerekeknek is intenzív érzelmi kapcsolatokra van szükségük képességeik megfelelő színvonalú kibontakoztatásához, amit azonban nevelőotthoni körülmények között gyakran nem képesek kialakítani. Jellemző lehet az óvodáskorúak csoportjaira a „testvérféltékenység”, amikor 20-25 gyerek rivalizál a gondozó figyelméért. Gyakori ebben a korban a mozgásfejlődési elmaradás, a gyerekeknek bizonytalanabbak a motoros képességeik, labilis az egyensúlyuk, lemaradást mutatnak a finommotorika fejlődésében. Ennek hátterében az indítékszegénység áll, hiszen a gyerekeket kicsi koruktól kezdve a könnyebb kezelhetőség érdekében leszoktatták a mozgásról, gyakran kell egymásra várniuk, sorban állniuk, ami mind a mozgásos tevékenységek sorvadásához vezet. Az intézetben nevelkedő óvodáskorúak is játszanak szerepjátékokat, de mivel kevés tapasztalatuk van a hétköznapi történésekről, a játék egyhangú és szegényes. Emellett a játéktevékenységet gyakran abbahagyják, jellemző az agresszív és regresszív elemek megjelenése. Normál fejlődésmentes esetén az óvodáskorú gyermekek intenzív érdeklődést mutatnak saját múltjuk iránt, állami gondozottak esetén azonban az autobiografikus emlékezet sérül: gyakran kevés információ áll rendelkezésre a gyerekek múltjáról, vagy a gondozóknak egyáltalán nincs róla ismerete, így nem tudnak beszélni róla a gondozottakkal. A gyerekeknek kevés lehetőségük van a tudatos választásra (pl. melyik ruhát vegyék fel, mit szeretnének enni), így nem alakul ki az egyéni ízlés. Az éntudat fejlődéséhez a személyes tulajdon fogalma, az azzal kapcsolatos tapasztalatok is hozzájárulnak, intézeti nevelkedés esetén viszont gyakran minimális a saját tulajdon. Kevés lehetőségük van a saját akaratuk érvényesítésére is, mintegy beleolvadnak a

csoportha, ennek következtében viszont önállótlanná és passzívvá válhatnak (Hermann, 1970).

- a gyerekek iskoláskorba lépve ugyanúgy megváltozott követelményekkel szembesülnek, mint a családban nevelkedett gyerekek. Az állami gondozásban élő gyerekek a tanulás szempontjából is különleges helyzetben vannak. Az intézeti nevelkedés olyan jellegzetességekkel írható le, amelyek eleve jelentős hátrányt okozva növelik a tanulási problémák megjelenésének valószínűségét. Az intézetben nevelkedett gyerekek alkalmazkodási jellemzői (amelyek az iskolaérettség mutatói) nem megfelelőek: feladattudatuk hiányos, önállótlanak, alacsony az önbizalmuk, így az iskolai követelmények jórészt kudarcokat hoznak számukra. A tanulás folyamatában az egyik legjelentősebb hátráltató tényező a gondozottak családi háttere, amely az esetek többségében nem, vagy csak kis mértékben tud olyan kulturális tőkét átadni a gyerekeknek, amely az iskolában történő boldoguláshoz szükséges. A megfelelő minőségű kulturális tőke a társadalom többsége által elfogadott és elvárt viselkedésmódokat, értékeket foglalja magában, és hatással van az egyén készségeire, nyelvhasználatára, attitűdjeire. Az iskola nem tolerálja a kulturális tőke hiányát, miközben nem is ad lehetőséget annak pótlására (Rákó, 2010b). A gyermekvédelmi intézményekben nevelkedő személyek kulturális tőkéjük alapján a társadalom alsó 10%-ában helyezkednek el, így marginalizálódásuknak nagy az esélye (Varga, 2008). Amennyiben a gyerekek intézeten kívüli iskolában tanulnak, fokozottan szembesülnek saját speciális helyzetükkel, nevezetesen, hogy szüleik nem kívánták őket, és hogy mások, mint a családban nevelkedett gyerekek.

- serdülőkorban a fiatalok életkori sajátosságaikból fakadóan egyre kevésbé tolerálják, hogy alkalmazkodniuk kell egymáshoz, illetve hogy uniformizált életet kell élniük. Gyakoribbá válnak a nevelési problémák, a rossz iskolai teljesítmény, a szökés, a nevelőkkel való szembeszegülés. A pubertással együtt járó nyugtalanság miatt csökken a teljesítőképesség, a tanulásra való motivációjuk általában nagyon alacsony. Egyre szembeötlőbb lesz az érzelmi élet zavara, gyakoriak a kiszámíthatatlan indulatok, az ösztönkésztetések kordában tartásának deficitje. Az intézetben nevelkedett gyerekeknél gyakoribb a deviáns csoportokhoz való csatlakozás, aminek hátterében általában a szülőkkal szembeni bosszú, a valódi szeretetkapcsolatok hiánya, illetve a körülményekkel való elégedetlenség áll.

- az állami gondozott gyerekek életútja az intézményi keretek közül való kilépés után mindig nagyon nehéz volt. Ezt ellensúlyozandó, az intézetek egy részénél létezik egy ún. utógondozó részleg, ahol a fiatalok 24 éves korukig élhetnek. Sajnos sok esetben ezzel az önálló élet elkezdésének problémája nem oldódik meg, csak kitolódik.

A családi közeg és az onnan érkező orientációs tanácsok hiánya miatt nem biztos, hogy a fiatalok olyan szakmát választanak maguknak, amellyel a későbbiekben el tudnak helyezkedni. Még ha ebben sikeres döntést is hoznak, a való élet kihívásai a zárt közegben való nevelkedés után mindenképpen óriási változást hoznak, az azokkal való megküzdés módjáról viszont szintén hiányos elképzelésekkel rendelkeznek (Torgyik és Karlovitz, 2006). Az állami gondozás intézményeit elhagyó fiatalok beilleszkedési problémái között vannak a lakáshoz jutás nehézsége (a hitelfelvétel nehezítettsége miatt), a munkavállalás buktatói (az állami gondozottakkal szembeni előítéletek miatt) és a pénzkezelés hibái (Szikulai, 2004).

Összegezve a fentieket azt mondhatjuk, hogy az intézetben nevelkedett gyerekek lemaradása főként a szociális kapcsolatokban mutatkozik meg: sokszor elmaradnak az életkoruk alapján elvárható társas viselkedési színvonalától, a felnőttekhez és a kortársakhoz fűződő kapcsolataikat az érzelmi tapadás, az infantilizmus, ambivalencia jellemzi.

Mindezen negatív tényezők hosszú távú hatást gyakorolnak a szociális kapcsolatokra: intézetben nevelkedett nők esetében gyakran tapasztalható, hogy saját gyermekükhöz sem képesek megfelelő minőségben kötődni, hiszen nem tanulták meg az egészséges érzelmi viszonyuláshoz szükséges feltételeket (Zilberstein, 2006).

Az állami gondozott lét –hasonlóan a szegénységhez- újratermelődéssel jellemezhető. Az intézetben nevelkedett gyerekek szocializációja –minden erőfeszítés ellenére- sérül, így családot alapítva gyakran kerülnek olyan helyzetbe, hogy gyermekeiket ők maguk is állami gondozásba adják, vagy a gyerek veszélyeztetett helyzete miatt a hatóságok kényszerítik őket erre. Az állami gondozottság újratermelődése mögött a generációkon keresztül fennmaradó objektív és szubjektív hátrányok állnak (Hanák, 1978).

4.6.4. Az állami gondozott gyerekek szocializációjának optimalizálása

A gyerekek képességeiről, igényeiről és szükségleteiről való ismeretek gazdagodása hozta magával azt a XX. századra már jellemző elképzelést, ami a helyettesítő nevelés átalakulásához vezetett. A megfogalmazott cél az lett, hogy az intézetekben folyó nevelés, illetve a gyerekeket körülvevő közeg minél inkább hasonlítson a családi szocializációhoz

(Veczkó, 2007). Ez viszont nem azt jelenti, hogy a gyermekotthonokban egy az egyben olyan nevelés zajlik, ami bármilyen létező családmódelhez hasonlítana.

A családjukból kiemelt gyerekek elhelyezésénél a '97. évi XXXI. Gyermek- és ifjúságvédelmi törvény a következő sorrendet preferálja:

- családba való visszahelyezés
- nevelőszülőknél való elhelyezés/ örökbefogadás
- gyermekotthoni elhelyezés

A sorrend tükrözi azt az elgondolást, hogy a gyerekek érdekeit elsősorban a családi körülmények között történő nevelkedés szolgálja. Ennek megfelelően az intézményben elhelyezett gyerekek száma folyamatosan csökken, a nevelőszülőknél elhelyezetteké nő. 1990-ben a helyettesítő nevelést igénylő gyerekek 34%-a, 2005-ben 53%-a került nevelőszülőkhöz (Rákó, 2010b).

Az 1997 előtt létező csecsemőotthonok átalakultak, helyettük különleges gyermekotthonokban helyezik el a 0-3 éves korosztályt. 3 és 18 éves kor között gyermekotthonokban vagy lakásotthonokban, vegyes életkorú, koedukált csoportokban nevelkednek a gyerekek, ami a korábbi működéshez képest inkább biztosítja a nevelés folyamatosságát, és ami jobban hasonlít a való életben, családban jellemző körülményekhez.

A gyermekotthonok működésének szabályairól és követelményeiről szóló módszertani levél leírása szerint a lehetőségekhez mérten igyekezni kell elkerülni a szociális kirekesztést – például a gyermekotthon épülete ne az adott település valamely elzárt részén helyezkedjen el. Emellett a nevelőotthonokban élő gyerekek egyéni sajátosságainak figyelembe vételét célozza az a törekvés, hogy minél kisebb létszámú közösségeket alakítsanak ki (Blumenfeldné-Volentics, 1992). A korábban jellemző nagy intézmények deperszonalizációs hatásúak voltak, ma viszont az áttekinthetőbb, ezáltal nagyobb személyes biztonságot nyújtó közeg kialakítása a cél (Domszky, 1999).

A helyettesítő nevelés egyik fő rizikótényezője tehát, hogy a gyerekek nem tudnak személyes kötődést, megfelelő érzelmi kapcsolatokat kialakítani nevelőikkel. Ezt orvosolandó, a mai törekvések arra irányulnak, hogy minél kisebb létszámú csoportban, állandó gondozókkal körülvéve nevelkedjenek a gyerekek. Ennek megfelelően előnyösebb

körülményeket biztosítanak a fejlődéshez a gyermekotthonoknál kisebb létszámú lakásotthonok (Rákó, 2010a), ahol a fiatalok egyéni jellegzetességei és igényei jobban felszínre kerülhetnek, illetve gazdagabb szociális hálót tudnak kialakítani. Lakásotthonok 1997 előtt kis számban működtek Magyarországon, és inkább csak kísérleti jelleggel.

A lakásotthonokban –amelyek maximum 12 fő elhelyezését biztosítják- nagy jelentőséggel bír az életmód-minták átadása (Domszky, 1999). A lakásotthonok működésének alapelve, hogy olyan életmódot modelláljon, ami a lehető legközelebb áll a családok életformájához (Lighthart, 1986). A gondozottak a lakásotthonokban részt vesznek a háztartási munkákban, így készülve az önálló családi életre (Rákó, 2010b).

A nevelőotthonokban dolgozó más szakemberek (pl. pedagógus, orvos) is modellként jelenhetnek meg a gondozottak életében, így jelentős szocializációs szerephez juthatnak. Az intézményekben kialakuló kapcsolati háló a fiatalok életében később is támogató funkcióként lehet jelen, főként amikor elhagyják az otthonokat. Ilyenkor a társadalmi beilleszkedés elősegítésében, a személyiségfejlődés pozitív irányba történő támogatásában nagy szerepet kapnak az otthonban megismert felnőttek (Domszky, 1999).

4.6.5. Az örökbefogadás pszichológiai vonatkozásai

Ahogy fentebb írtuk, az állami gondozott gyerekek esetében (amennyiben a saját családba való visszahelyezés nem lehetséges) a gyermekotthoni elhelyezéssel szemben preferálják a nevelőszülők vagy örökbefogadó szülők általi gondozást. A gyerekek számára a valódi családi közeg megtapasztalása mindenképpen pozitív hozadékkal bír, szocializációjukat számos ponton korrigálni képes.

Mindemellett a „helyettes szülő” helyzete sokszor nem egyszerű. A következőkben az örökbefogadás pszichológiai vonatkozásairól írunk, amikor tehát a felnőtt nem ideiglenesen, hanem végleg a gyerek gondozójává válik.

Az örökbefogadás olyan érzelmi megterhelést jelenthet az örökbefogadó szülő számára, amelyről gyakran nincs elegendő információja. A nevelési problémák gyakoribbak a normál családokhoz képest, melynek hátterében több tényező áll (Brodzinszky, Lang és Smith, 1995):

- az örökbefogadás motivációja sokféle lehet, és eltérő hatást gyakorolhat a későbbi szülő-gyerek kapcsolatra. Ha az megalapozott döntés eredménye, és elköteleződésen alapul, az örökbefogadó szülő nagy valószínűséggel megfelelően tudja majd kezelni a gyermekvállalással természetesen együtt járó áldozatokat. Ha viszont a döntés felület

motiváción alapul (pl. a felnőtt magánya vagy a környezet nyomásának való engedelmesség), akkor a felmerülő nehézségekkel való megküzdés is problematikus lehet.

- az örökbefogadó szülő számára megnehezíti a szülői szerephez való alkalmazkodást, hogy a gyerek érkezését nem előzte meg a terhesség időszaka, az azzal együtt járó várákozás pozitív és negatív érzelmei. A saját gyerek születése körülbelül pontosan meghatározható időpontban történik, míg az örökbefogadó szülők akár hosszú évek várákozás után, hirtelen értesülhetnek arról, hogy hazavihetnek egy gyereket. Mindez nehezítheti (de természetesen nem lehetetleníti el) a szülővé válás folyamatát (Hajduska, 2012).

- az örökbefogadó szülők gyakran elfelejtkeznek arról, hogy az örökbefogadás sikerét nem kizárólag saját erőfeszítéseik, hanem a gyerek tulajdonságai is befolyásolják. Egy korábban állami gondozásban élő gyerek korai kötődése nagy valószínűséggel sérült, így viselkedése, érzelmei eltérhetnek a családban nevelkedett gyerekekétől. Életének első hónapjait intézetben töltött csecsemő a szeretetteljes közeledésre is elutasítóan válaszolhat, melynek következtében a gondozó válaszkészsége sérülhet. Minél több időt töltött intézeti körülmények között, annál nagyobb az esélye, hogy ellenséges, dacos, agresszív lesz, próbára téve az örökbefogadó szülőt, hogy „így is kell-e neki”. Ha a gyerek azt érzi, hogy a szülő nem tudja elfogadni őt hibáival és „múltjával” együtt, akkor a kapcsolatuk alapjaiban sérülhet (Vajda, 2005d).

Sikertelennek tekintjük az örökbefogadást, ha sem a felnőtt, sem a gyerek nem jut el az összetartozás érzelmi biztonságának megtapasztalásához. Ennek leggyakoribb oka, hogy túl hosszú idő telik el, amíg egy állami gondozott gyerek örökbefogadhatóvá válik: titkos örökbefogadás esetén (amikor a szülőanya és az örökbefogadó nem ismerik egymást) ha a szülőanya le is mond a gyermekéről, hat hét múlva újra meg kell erősítenie ezt a döntését. Ez idő alatt a gyermek állami gondozásban van. Sokszor azonban a vér szerinti szülők nem elérhetőek a hatóságok számára, vagy hosszú időn keresztül kell kutatni utánuk, így általában 2 éves koruk körül tudják a gyerekeket örökbe fogadni. Addigra viszont számottevő ártalmas hatás érhette őket, nem alakul ki megfelelő kapcsolat az örökbefogadó szülővel, aki úgy érezheti, az elképzelt ideálnak nem felel meg a gyerek.

Az örökbefogadott gyerek –tudatosan vagy nem tudatosan- veszteségélményként éli meg, hogy nem a vér szerinti szülei nevelik fel. Ha a későbbiekben ehhez hasonló élethelyzetbe kerül (pl. partnerkapcsolat megszakadása), akkor ez a veszteség krízisét újra életre keltheti (Hajduska, 2012).

Mindezen kockázati tényezők mellett az örökbefogadás általában pozitív végkimenetellel zárul, a gyerek képes beilleszkedni az „új” családjába, a testvérek (ha vannak) és a tágabb család tagjai is elfogadják őt, és ő is megtalálja a helyét közöttük.

Az örökbefogadás fontos kérdése még, hogy megmondják-e a gyerekeknek, hogy nevelői nem a vér szerinti szülei. Az örökbefogadó szülők általában azért kísérik meg elhallgatni a gyerek előtt az örökbefogadás tényét, mert vágnak arra, hogy a gyerek őket tekintse valódi szüleinek. Az örökbefogadás eltitkolása viszont szinte sohasem sikeres, és a gyerek számára nagy traumát jelent, ha csak véletlenül, vagy túl későn szerez tudomást a tényről. Ezért a szakemberek javaslata az, hogy mindig a gyerek aktuális kognitív szintjéhez igazodva beszéljenek neki az örökbefogadásról, a tény külön hangsúlyozása vagy súlykolása nélkül (Gáti, 1980).

Ajánlott irodalom

Családterápiás olvasókönyv sorozat. Animula, Budapest

Figdor, H. (1996) *A reménység peremén (elvált szülők gyerekei)*. Fekete Sas Kiadó, Budapest

Péley, B. (szerk) (2004) *D.W. Winnicott A kapcsolatban bontakozó lélek*. Válogatott tanulmányok. Budapest, Ú.M.K.

Spéder, Zs. (2002). *A szegénység változó arcai. Tények és értelmezések*. Századvég Kiadó, Budapest

Stern, D. (é.n.) *Anyá születik*. Budapest, Animula

Stern, D. (1995) *Az anyaság állapota*. Budapest, Animula

Stern, D. (1985) *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula

Veczkó, J. (2007). *Gyermekvédelem pszichológiai és pedagógiai nézőpontból*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

5. Az iskolai szocializáció diszfunkciói

A következőkben azzal foglalkozunk, hogy az iskolai tevékenységek során milyen tényezők okozhatnak átmeneti vagy tartós zavart a szocializáció folyamatában. Áttekintjük, hogy a pedagógus személyisége, a kortársak viselkedése, illetve az iskola szervezeti jellemzői milyen módon képesek negatív irányba befolyásolni a felnevelkedés folyamatát.

5.1. A tanár személyisége és nevelési stílusa

Az iskolai szocializációval foglalkozó fejezetben kiemeltük, hogy a pedagógus teljes személyiséggel vesz részt az oktatás folyamatában. Éppen ezért a személyiségjellemzők és a tanári szerep összetevői közül bármelyik lehetne részletesebb elemzés tárgya. Mi a következőkben (a korábban tárgyalt nevelési stílus két leggyakrabban elemzett faktorát) az érzelmi- és kontrolldimenzió jellemzőit járjuk körbe, azaz azt tekintjük át, hogy a pedagógusi munkában milyen szerep jut az érzelmi támasznak és a hatalomnak, illetve ezek problémás mivolta hogyan vezethet az iskolai szocializáció diszfunkciójához.

Gordon (1997) szerint a tanár pedagógiai magatartása és stílusa két véglet, az elutasító és az elfogadó között helyezkedik el, ami meghatározó abból a szempontból, hogy milyen viszonyt alakít ki a diákokkal. Az elutasító pedagógus elmarasztaló, tiltó, fenyegető és elégedetlenkedő szerepben van, az elfogadó viszont érzelmileg támogató, bátorító, megengedő és segítő.

Szintén Gordon (1997) állít fel egy kategóriarendszert a nevelő és a nevelt közötti viszonyról annak fényében, hogy a tanár elsősorban a teljesítményre, vagy a diákok szükségleteire fókuszál:

- instrumentális vezető: az iskolai eredményeket tartja fontosnak, azok elérésében támogatja a diákokat
- expresszív vezető: a diákokra és az ő igényeikre koncentrál, ami akár felül is írhatja a tanulmányi elvárásoknak való megfelelést
- instrumentális-expresszív vezető: a fentiek kombinációja, ami a legideálisabb tanári hozzáállást jelöli ki, amelyben a pedagógus a hatékonyságot a diákok szükségleteinek fényében képes mérlegelni

5.1.1. Érzelmi támogatás

A szülők elvárásai alapján elsősorban az alsó tagozatban fontos szempont a tanár érzelmi involváltsága és a támogató légkör, azonban a későbbi időszakokra is igaz, hogy a diákok által kedvelt tanár érzelmi bázisként is jelen lehet.

A gyerek születésétől kezdve interperszonális kapcsolatokat épít, majd a szocializációs terek bővülésével kapcsolatai egyre gazdagabbá válnak. A társas viszonyulások személyiségfejlődése és tevékenységeinek sikeressége szempontjából is meghatározóak. A fejlesztő hatás különösképpen fontos az iskolában, amikor az egyén még képlékeny, kialakulatlan személyiséggel rendelkezik, és az itt jelen lévő benyomások döntő módon formálhatják jellemét. Ennek ismeretében kell alakítani a nevelési viszonyokat, amelyek erkölcsi és érzelmi jelleggel egyaránt bírnak.

A tanár-diák kapcsolatot optimális esetben a kölcsönös bizalom jellemzi. A pedagógus részéről szocializációs szándék érvényesül, azaz támasz és segítség nyújtásával, gondoskodással és más proszociális viselkedésformákkal serkenti az általa elvártak belsővé tételét (Zsolnai, 2001). Rogers (1983) három jellemzőt tart lényegesnek a tanári viselkedésben: a kongruens, hiteles magatartást, a diákok elfogadását és az empátiát.

A pedagógus nemcsak a tananyagot adja át, hanem érzelmi és társas viszonyulásokat, a konfliktuskezelés lehetőségeit és gondolkodásmódot is. Ha mindezek nem töltődnek fel pozitív érzelmekkel a diákok, az iskola és a tanítás iránt, akkor azzal inadekvát szocializációs mintákat fog közvetíteni (Jennings és Greenberg, 2009). A pedagógus érzelmi stabilitása és támogató attitűdje a konfliktushelyzetek megfelelő értelmezésében és megoldásában is fontos tényező, főként, hogy a diákok számára a konfliktusok és az azok megoldására hozott döntések a legemlékezetesebb események az iskolai élet során (Buda, 2001a).

Hamachek (1969) vizsgálata alapján a diákok jó tanárként tartják számon a segítőkész, empátikus és kooperatív pedagógusokat, akik emellett emberséges kapcsolatot képesek kialakítani a tanulókkal.

Clark (1990) szintén azt találta, hogy az emberi kapcsolatok megfelelő kezelése volt a legfontosabb szempont a diákok számára a kedvelt pedagógus megítélésükor. Szerintük a jó tanár képes együttérezni a gyerekekkel, kapcsolatuk szoros, és a kölcsönös elfogadás jellemzi. Emellett a jó pedagógus lelkes, derűs, és ki tudja mutatni bizalmát a tanítványaival szemben.

Mivel a diákok szemében a tanárok képviselik az iskolát és a tanulást, ha azt tapasztalják, hogy a pedagógus fásult, zárkózott, nem segítőkész és nem érdeklődik a tanulók iránt, akkor ezt a fajta attitűdöt hajlamosak lesznek átvenni és kivetíteni az egész tanulási folyamatra (Suplicz, 2012).

A diákok félelmei között szerepel az elhagyatottság érzése az osztályban, az elvárások miatt érzett kétségbeesés, és a nevetségessé válás mások előtt. Részben a pedagógustól várják, hogy ezeket a félelmeket megfelelő irányítással, a diákok ismeretével és bátorítással kezelni tudja (Clark, 1990).

Lubinszki (2008) a szorongások feloldásában látja a tanárok érzelmi odafordulásának szerepét. Ha a pedagógust érdekli a diák, ismeri őt, akkor azt is tudni fogja, hogy pontosan mi az az adott helyzetben, ami a szorongást kiváltja. Ellenkező esetben a tanuló magára marad, az iskolai közegben felnőtt részéről nem kap támogatást, szorongása fokozódik vagy egyéb tünetekkel társul.

Jennings és Greenberg (2009) kutatásai szerint a társas és érzelmi kompetenciák, a támogató pedagógus-diák kapcsolatok nemcsak a tanulók pozitívabb attitűdjéhez vezetnek az iskolával szemben, hanem a tanári kiégés elkerülése szempontjából is lényegesek.

5.1.2. Hatalom

A pedagógus tekintélye a hatékony iskolai munka egyik fontos összetevője, amennyiben az nem önmagáért való, hanem a hierarchiából fakad és támogatja a diákok fejlődését. A vezetés iránti igény az emberek csoportjainak alapvető jellemzője, a spontán csoportformálódásoknál is megfigyelhető a vezető szereppel rendelkező személy kiemelkedése.

A pedagógus hatalmi pozíciója sosem választható külön a társadalmi folyamatoktól, a tanári szakma megítélésétől. Emellett a szülő-gyerek viszonylat elmúlt évtizedekben megfigyelhető változásai is befolyással vannak a tanár hatalmának alakulására. A szülők és a gyerekek közötti kapcsolat sokkal szimmetrikusabb, mint korábban, a gyerekeket gyakran nevelik arra, hogy minél korábban önálló véleményt formáljanak. A családi szocializáció során megtapasztalt szabadság az iskolai életben is megnyilvánul, és ennek folyományaként a pedagógusoknak is alkalmazkodniuk kell hatalmuk gyakorlásában a megváltozott körülményekhez (Szabó, Vörös és N. Kollár, 2004).

A pedagógus tekintélye kétféle értelemben jelenik meg a mindennapi tevékenységekben (Farell, 1995):

- személyes tekintély (being **an** authority): a tanár nagyobb tudásából fakadó fölény
- kapcsolatban jelentkező tekintély (being **in** authority): a tanár vezető szerepe, ami aszimmetrikus viszonyt jelent a gyerekekkel

A pedagógus hatalma a fentiek értelmében lehetőséget teremt arra, hogy az iskolai tevékenységekben ő legyen az irányító pozícióban. A hatalommegoszlás szempontjából a tanulók és a diákok között mindig van aszimmetria, anélkül nem is működhetne az oktatási folyamat. A pedagógus nagyobb hatalma azonban gyakran a tekintéllyel való visszaélésként jelenik meg az iskolai életben, illetve a diákok értelmezésében (Kron, 2003).

Az óvodás- és kisiskoláskorú gyerekek számára a felnőttek a hatalom és a döntés elfogadott, sőt keresett ágensei. Az ilyen korú gyerekek számára a felnőttek mindentudóak, majdhogynem felsőbbrendű lények, akik meghatározzák a mindennapi élet kereteit és lehetőségeit. Utasításaik megkérdőjelezhetetlenek (akkor is, ha a gyerek sokszor megpróbál alkukkal módosítani rajtuk), a tekintélyt a felnőtteknek nem kell kivívniuk, hanem az magától értetődő, és nem lehet elveszíteni (Dornai, 2001).

Mindez azonban 10-12 éves kor körül megváltozik. A gyerekek kezdenek saját véleményt formálni a világról, kezdik felismerni a felnőttek hibáit, módosul a felnőtt világról szóló elképzelésük. Az eddig szófogadó és kötelességtudó gyermek elkezd megkérdőjelezni a felnőttek véleményét, és ez viselkedésében is megnyilvánul. Ha valaki nincsen tisztában ennek normális mivoltával, könnyen gondolja úgy, hogy az eddigi könnyen irányíthatóság megváltozása rosszat jelent (Járó, 2002). Amennyiben az említett életkor fölött a pedagógus ugyanazt az engedelmességet és odaadást várja el a diákoktól, mint korábban, akkor egy olyan gyermeki világvélemény fenntartásáért küzd, ami természetes módon eltűnik.

A tekintélyelvű pedagógus engedelmességet vár el a diákjaitól, éppen ezért nem veszi figyelembe azokat a verbális és nonverbális jelzéseket, amelyekkel a tanulók nemtetszésüket fejezik ki. Mivel így a gyerekeknek nincs lehetőségük visszajelzésre a tanári viselkedésről, a tanórák menetéről, a számonkérésről, ún. általános visszajelentési zár alakul ki. Ennek következménye, hogy a pedagógus nem fogja ismerni a tanulók közösségének valódi jellemzőit és igényeit, és csak azokhoz a szűkös információkhoz jut hozzá, amelyek igazodnak az engedelmesség szabályán alapuló viselkedéshez (Dornai, 2001).

Schmidt és Hermann (id.: Ungárné, 1981) leírása szerint a diákok által sikertelennek tartott pedagógusok hajlamosak autoriter módon viselkedni a diákokkal, emellett bizalmatlanok velük szemben. Nem gondolják úgy, hogy a tanulók érdemben jelen tudnának lenni a döntési folyamatokban, ezért minél kevesebb olyan helyzetet teremtenek, ahol a diákok választási pozícióba kerülhetnének.

A pedagógus akkor érzi magát biztonságban a szerepében, ha rendelkezik azokkal a készségekkel, amelyek segítenek megoldani a munkája során felmerülő probléma- és konfliktushelyzeteket. Ha bizonytalan saját magában és képességeiben, akkor szorongani fog, és ez legtöbbször a diákok túlzott szabályozásában, azaz autoriter magatartásban nyilvánul meg (Sallai, 1996).

5.2. A rejtett tanterv

5.2.1. Az iskola szervezeti kultúrája

Minden iskolának saját szervezeti kultúrája van, ami „a tagok által elfogadott, közösen értelmezett, mélyen beágyazódó értékek, attitűdök, meggyőződések és normák rendszere, az intézményre jellemző viselkedésminták együttese” (Serfőző és Somogyi, 2004, 455. o.).

Minden iskolában létezik egy ideálisnak tartott, normatív jellegű, ún. vallott szervezeti kultúra, ami explicit módon is kifejezhető értékeket, célokat foglal magában. Ez a vízió gyakran írásos formában is megjelenik, például az iskoláról szóló tájékoztató kiadványban vagy az intézmény honlapján. Emellett párhuzamosan jelen van az ún. működő szervezeti kultúra, ami a ténylegesen megvalósuló normák és viselkedésmódok összessége. Explicit módon gyakran nem is lehet róla beszámolni, mégis befolyásolja az iskolában jelen lévő személyek gondolkodását, érzelmeit és cselekedeteit. A vallott és a működő szervezeti kultúra gyakran nem esik egybe, közöttük akár lényeges különbségek is lehetnek (Bíró és Serfőző, 2003).

A működő szervezeti kultúra vizsgálata többnyire lényegesebb információkat szolgáltat az iskolai életről, mint a normatív jellegű előírások. Az intézményes szocializációt „black box” (fekete doboz) jelenségnek is szokták nevezni (ld. pl. Palareti és Berti, 2009), arra utalva, hogy sok tényezőjéről a külső szemlélőnek nincs vagy nem teljes az ismerete. Elemzésének fő területe az ún. rejtett tanterv témaköre.

5.2.2. A rejtett tanterv fogalma

A rejtett tanterv (hidden curriculum) kifejezés arra vonatkozik, hogy a tananyagon kívül mi az, amit még megtanulnak a gyerekek az iskolában: olyan köznapi tudást, hogy mi különbözteti meg a gazdag és szegény embereket, mi számít értékesnek és értéktelennek, milyen érzés egy csoport tagja lenni vagy átélni a kudarcokat. Ezek a benyomások egy kumulatív folyamat eredményeként hozzák létre azt az élményanyagot, amelyre akár egész életükön keresztül emlékeznek az egyének, vagy viselkedésükkel nem tudatosan igazodnak hozzá. Ennek a megfigyelésekből kialakuló tudásnak az elraktározását az iskola vezetősége vagy a pedagógusok még ha akarnák, se tudnák megakadályozni, ugyanis ezek mélyen a hétköznapi történésekbe ágyazódva, legtöbbször tudatosítás nélkül rögzülnek (Szabó, 1988).

Az iskolai oktatás alapját explicit módon kifejezett pedagógiai elképzelés jelenti, megvalósulását általánosan érvényes tanterv irányítja. Ez utóbbi megszabja az oktatás céljait, illetve kijelöli annak szakaszait és a felhasználandó eszközök körét, mindvégig figyelembe véve az adott életkor jellegzetességeit.

Mindemellett nagy súllyal van jelen a rejtett tanterv, amely implicit módon fejt ki hatását a személyiségfejlődésre, és amelyről a gyerekek (és a tanárok) nem képesek tudatos módon beszámolni. Az oktatás folyamatával összefonódva, attól szétválaszthatatlanul vannak jelen az olyan társas jelenségek, mint az együttműködés, versengés, a gyerekek közötti hierarchia alakulása, a konfliktusok kezelése. Az ezekkel kapcsolatos tanulás az iskolai jelenlét közben folyamatosan zajlik, és tapasztalatokat ad a hatalomgyakorlás, a sikeres személyközi kapcsolatokat megalapozó stratégiák, mások viselkedését irányító elvek témakörében (Somlai, 1997).

A rejtett tanterv vizsgálata az iskolai lét rutinjainak, ismétlődéseinek elemzésével kezdődött. Ezek a jellegzetes történések a következők:

- megszakítások: az iskolában folyó tevékenységet félbeszakító események
- késleltetések: az egyéni vágyak kielégítésére képesnek kell lenni várakozni, szólni vagy kérdezni is csak meghatározott keretek között lehet
- a tevékenységek időbeli meghatározottsága: az iskolákban minden aktivitásnak szabott ideje van (tanórák, azon belül például a dolgozatírás hossza)

Az iskolai élet bármelyik összetevője lehet a rejtett tanterv része is, de vannak olyanok, amelyek jellegükből fakadóan legtöbbször az alkotóelemévé válnak, ezek pedig az

értékrendszer és az értékelés folyamata, az iskolai osztály, mint társas közeg, az iskolai kötelességek számonkérése és az ismeretek megszerzésének módja (Szabó, 1988).

Az explicit és implicit szabályok összefonódása tetten érhető pl. abban, hogy mindenki számára egyértelmű előírás vonatkozik arra, hogy hogyan kell köszönteni a pedagógust, viszont az már rejtett szabály, hogy az egyik tanár távolságot tart a gyerekektől, így megközelíthetlensége miatt nem keresik meg a tanulás kérdésein túlmutató ügyekben, míg a másik tanár a gyerekek bizalmasa.

A rejtett tanterv a központilag meghatározott tervezetekhez képest tekinthető rejtettnek, ugyanis annak megvalósulását serkenti vagy akadályozza, de mindenképpen módosítja azt. Ebből a szempontból az oktatás deklarált céljai, a pedagógus nevelési tervei kevésbé hangsúlyosak, sokkal fontosabbnak tűnik a gyerekekhez fűződő viszonya, a velük történő kommunikációja. Ha szavaival azt hirdeti, hogy a tanulás mennyire fontos, de a tanórákon kívül elérhetetlen a segítségért folyamodó diákok számára, akkor ez utóbbi lesz hangsúlyos a gyerekek számára, azt fogják hitelesnek érezni (Somlai, 1997).

A gyerekek egymástól és a felnőttektől számtalan, személyközi viszonylatokkal kapcsolatos dolgot tanulnak meg spontán módon: öltözködési szokások, politikai vélemények, egymással szembeni bánásmód, a hatalomhoz való viszonyulás, az előrejutás lehetőségei. Miről beszélgetnek egymással a felnőttek (mi a fontos), egyesek megnyilvánulásai különböznek más emberek véleményétől, stb. A tanulmányi eredményességet befolyásolják olyan tényezők, amelyek adott intézmény rejtett tantervének a részei: az együttműködés formái, a konfliktusok kezelésének módja, a gyerekek közötti hierarchia, az önérvényesítés lehetőségei. Mindezek a gyerekek számára az iskolai közeg hangsúlyos elemei, és éppen ezért kell az intézmények esetén a felszíni struktúra vizsgálatától eljutni a látens szerkezet feltárásához (Somlai, 2008).

A rejtett tanterv tartalma iskolánként jelentősen eltér: mást tapasztalnak a gyerekek az alsó- és felső tagozatban és a középiskolában, de különböznek az átélhető tudáselemek attól függően is, hogy vidéki vagy városi, állami vagy egyházi fenntartású iskoláról van szó.

Emellett a rejtett tantervnek mindig vannak pozitív és negatív elemei. Az iskolai szocializáció zavarát az okozza, ha a negatív elemek vannak túlsúlyban. Ha a gyerek például azt tapasztalja, hogy nem az egyéni erőfeszítés az előrejutás záloga, hanem a személyközi

viszonyok, vagy ha a pedagógusok és a diákok közötti nagy hatalmi távolság azt tanítja meg neki, hogy a siker kizárólag az engedelmesség függvénye, az a későbbi életszakaszokban (például a munkahelyi szervezetben) nem megfelelő viselkedésmódokhoz vezethet. Ahogy korábban említettük, az iskola az első és domináns tapasztalat arról, hogy hogyan kell előrejutni egy bonyolult szervezetben. Ha a diák attitűdjét e kérdésekben az iskola nem megfelelő irányban formálja, akkor az ott kialakult és rögzült beállítódások problémát okozhatnak a felnőtt élet során.

5.3. A társas kapcsolatok zavarai

5.3.1. Családi szocializáció és kortárskapcsolatok

Korábban már említettük, hogy az iskolai és a családi nevelés különbségei problémát okozhatnak az iskolába lépéskor. Ugyanez igaz arra is, ha a családi szocializáció diszfunkcionális mivolta miatt sérült gyerekek a kortársak között keresik a helyüket. Azt, hogy a családban tapasztalt érzelmi viszonyulások, kommunikációs formák, érvényesülési lehetőségek alapvetően meghatározzák a későbbi társas kapcsolatok (köztük a kortársakkal való viszonyrendszerek) minőségét, zuhatageffektusnak nevezzük (Sroufe, Eagland és Carlson, 1999).

Ha a diák elhanyagoló, agresszív közegeből érkezik, akkor az ott megtanult magatartásformákat átviszi az új környezetbe is. Gyakran erőszakosak, nyugtalanok, szorongóak vagy éppen közömbösek, amely jellemzők gátolhatják a kortárskapcsolatok kialakítását. Általában a hozzájuk hasonló gyerekekkel kötnek szövetséget, ami veszélyeztetetté teszi őket a tanulási zavarok kialakulása és a bűnözői karrierúton való elindulás szempontjából (Murányi-Kovács E.-né és Kabainé, 1998).

5.3.2. A referenciacsoportok negatív hatása

A kortárs csoport negatív hatása leginkább a serdülőkorban érvényesül: ebben az időszakban egyre több időt töltenek egymás társaságában a fiatalok, legtöbbször felnőtt felügyelete nélkül. A nevelők részéről gyakran hangoztatott félelem, hogy ha a serdülők „túl sok” időt vannak felnőtt irányítása nélkül, inkább hajlamosak a nem megfelelő viselkedésre.

A kortárs csoportok szocializációs hatásai témakörnél kifejtettük, hogy az ún. referenciacsoportnak milyen szerepe van az egyén életében: a közösségeket irányító értékek

és normák irányadóvá válnak a személy számára, aki –félve a kirekesztéstől- hajlamos követni a csoport által előírtakat. Amennyiben a csoportszellem deviáns, akkor a fiatal azzal fog azonosulni, magáévá teszi a nemkívánatos normákat, és azoknak megfelelően fog viselkedni (Buda, 2002).

Természetesen nem csak a bűnözés határát súroló viselkedésmódok lehetnek konformizáló hatással a serdülőkre, ide tartoznak a túlzott kockázatvállalás hatására megnyilvánuló tevékenységek is. Egészséges fejlődés esetén is beszélhetünk kockázatkereső viselkedésről a serdülőkor folyamán. Megmutatkozhat a különböző élvezeti szerek fogyasztásában, a sportban, a közlekedésben, a szexuális aktivitásokban és egyéb területeken. A kockázatvállalás támogatja az önértékelést, a felnőtt szerepekre való felkészülést. Azonban a fiatalok hajlamosak bagatellizálni adott viselkedés kockázatát, ezáltal veszélyes szituációkba keveredhetnek. A kockázatkereső tevékenységek szintén válhatnak normává adott csoporton belül, és előfordulhat, hogy a fiatal magától nem próbálta volna ki az adott viselkedést, de a közösség nyomására megteszi azt.

A technikai fejlődés még inkább súlyosbítja a helyzetet, hiszen a serdülő olyan szituációkba kerülhet, amiről még keveset tudunk, illetve amivel kapcsolatban a szülő (mivel nincs adekvát információja) nem tud segítséget nyújtani (pl. cyberbullying) (Gádoros, 2005).

A csoporthoz tartozás másik oldala, amikor a gyerek magányosként van jelen a kortársai között. Általában azok a gyerekek válnak elutasítottá, akik zavarják társaikat (és a pedagógusokat is): agresszív kitöréseik vannak, parancsolgatóak, túl sokat bohóckodnak, feltűnősködnék. Az iskolai osztályból való spontán kirekesztés szempontjából leginkább azok a gyerekek veszélyeztetettek,

- akiknek nincs szerepük a tevékenységrendszerekben
- akik a kortárskapcsolataik alapján kedvezőtlen pozícióban vannak
- akiknél sérült a családi közeg, így nem megfelelő normákkal érkeznek az iskolába
- akik tanulmányi szempontból gyengén teljesítenek (Kósáné, 1999).

Ahogy korábban említettük, iskoláskorban a társak általi elfogadottság az önértékelés egyik legfontosabb összetevője. Amennyiben a gyermek elutasításban részesül, az szorongáshoz, depresszióhoz vagy az önbecsülés drasztikus csökkenéséhez vezethet (Crick és Ladd, 1993).

5.3.3. Az iskolai erőszak

Az iskolában jelentkező agresszió (bullying) vizsgálatát nagyjából 30 éve kezdték meg, legelőször a skandináv országokban (Olweus, 1993). Az iskolai agresszió felléphet a diák és a tanárok illetve a pedagógus és a szülő között is, jelen fejezet viszont csak a kortársak közötti bántalmazással foglalkozik.

Az egyént akkor tekintjük iskolai erőszak áldozatának, amikor folyamatosan és ismétlődően negatív cselekedetek érik egy vagy több diák részéről (Olweus, 1993). Emellett a definíció mellett számos másik született, melyek közös pontja, hogy a negatív viselkedés ismétlődik, az áldozat nem provokálja a bántalmazót, és általában egyenlőtlenek közöttük az erőviszonyok (Olweus, 1991).

Az iskolai agresszióknak direkt és indirekt formái is léteznek. A direkt forma nyílt támadást jelent, az indirekt agresszió pedig olyan viselkedésmódokat takar, mint például a másik lejáratása vagy kiközösítése (Boulton, Trueman és Flemington 2002).

A kortársak közötti zaklatás leggyakrabban csoportokon belül keletkezik; minél zártabb egy közösség, minél több időt töltenek együtt, minél több közöttük az érintkezési- és így a súrlódási felület, annál gyakoribb a bántalmazás. Ezen tényezők miatt is tekintjük a bullying kitüntetett időszakának az iskoláskort (Figula, Margitics és Pauwlik, 2010)

Magyarországon az általános- és középiskolás diákok szinte mindegyike találkozott már az iskolai agresszióval, vagy úgy, hogy bántalmazóként, vagy áldozatként, esetleg szemlélődőként vett részt benne (Figula, 2004b)

Lee (2004) az iskolai agresszió három típusát különböztette meg egymástól, amelyek mindegyike direkt és indirekt formával egyaránt jellemezhető:

1. Fizikai bullying: direkt formái közé tartozik a testi értelemben vett bántalmazás (a másik fél megütése, lökdösése, megrúgása, stb.), indirekt formái nem okoznak fizikai fájdalmat, hanem a másik tárgyainak tönkretételére vagy eltulajdonítására irányulnak.
2. Verbális bullying: kevésbé látványos, mint a fizikai agresszió, de az áldozatban azonos, vagy még erősebb negatív hatást válthat ki. Direkt formája a másik fél fenyegetése, csúfolása, kritizálása, ingerlése. Indirekt módon mindezen negatív viselkedések az interneten vagy a mobiltelefonon keresztül jelennek meg, és gyakran azonosíthatatlan az elkövető. A cyberbullying jelenségéről a későbbiekben részletesen lesz szó.

3. Társas (kapcsolati) bullying: a kortárs csoportból való kirekesztést vagy a közösségen belüli megfélemlítést jelenti, amely Coloroso (2003) szerint állandó támadás az áldozat önértékelésével szemben. Direkt formái az egyén figyelmen kívül hagyása, a csoportból való kizárása vagy elkerülése, indirekt formája pedig mindezek véghezvitele az áldozat tudta nélkül. Mivel az iskoláskorú gyerekek számára a kortárs csoport általi elfogadottság, a közösséghez tartozás rendkívüli fontossággal bír, ezért ez a bullying leghatékonyabb, és az áldozat számára legfájdalmasabb módja (Coloroso, 2003).

Egy másik felosztás szerint a bullying lehet proaktív és retroaktív. A proaktív (vagy más néven instrumentális) agresszió során a bántalmazó szeretne valamit megszerezni az áldozattól: a tulajdonát, a hatalmát vagy a társas előnyét. A retroaktív bullying viszont a támadóban felgyülemlett frusztráció és düh levezetése az áldozaton (Dodge, 1991; id.: Margitics, Figula és Pauwlik, 2010).

A bántalmazás hátterében álló okok többfélék lehetnek, ebből kiemelünk néhányat:

- a bántalmazó a családi közegből ezt a fajta problémamegoldási módot hozta magával, azt tanulta meg, hogy az interperszonális konfliktusok feloldásának lehetőségei között a másikkal szembeni agresszió elfogadottnak számít (Espelage és Swearer, 2003).
- az iskolai erőszakot elkövető gyerekek jól fejlett társas információfeldolgozással jellemezhetőek: tisztában vannak saját szociális kompetenciáikkal, de ezeket a képességeiket nemkívánatos célok érdekében használják (Sutton, Smith és Swettenham, 1999)
- a bántalmazás az elkövető számára instrumentális értékű: olyan eszköz, amivel másokat irányítani tud, megszerezhet olyasmit, ami kívánatos számára (Crick és Dodge, 1999).
- a bántalmazók általában a legdominánsabb személyek a kortárs csoportban, és a hatalom vonzó mások szemében. Az elkövetők így gyakran a legnépszerűbb tagjai a közösségnek (Rodkin, Farmer, Pearl és Van Acker, 2000).
- a támadó viselkedés kialakulásának háttereként említik még, hogy az agresszor szülei gyakran elérhetetlenek érzelmileg, és gyermekeik erőszakos viselkedését nem vagy következtlenül szabályozzák (Bonds és Stoker, 2000).

Egyes szerzők a kortársak közötti agresszió fokozódásának hátterében az anyagi lehetőségek és a birtokolt tárgyak különbségeit látják. A jobb anyagi körülmények között élő gyerekek tulajdonságai, ruházata irigykedést és ezáltal feszültséget válthat ki a többiekben,

ami nem kizárólag fizikai agresszióba torkolthat, hanem a másik tulajdonának elsajátításába is.

Az egyre népszerűbb 6 és 8 osztályos gimnáziumok adottságai szintén fokozhatják a kortársak közötti ellenségeskedés mennyiségét. A korábbi iskolatípusokban az egymástól fizikai, mentális és érzelmi területen is különböző gyerekek elkülönülten folytatták tanulmányaikat. Az újabbnak számító képzési típusú iskolákban az egymás mellett lévő közösségek mind közel állnak az egyébként is kritikus serdülőkorhoz, de képességeiket és igényeiket tekintve nagyon különböznek egymástól. Ilyen közegben könnyebben sor kerülhet a fiatalabbak kihasználására, a „beavatási szertartások” során megmutatkozó kegyetlenkedésekre. Emellett a prepubertás-korú gyerekek –a felnőtté válást jelképező serdülőkhöz hasonlítani vágyásuk okán- hajlandóak az idősebbek kéréseit végrehajtani, akár megalázó helyzeteket eltűrni, azonban az így létrejövő feszültség legtöbbször a saját korosztályukkal szembeni agresszióval vezetődik le (Vajda, 2005b).

Az iskolai agresszió olyan esemény, amely társas funkciót is betölt (például a kortársak közötti hierarchiaviszonyok rendezése miatt), ezért az esetek többségében a bántalmazás során nemcsak a bántalmazó és az áldozat van jelen, hanem más szereplők is. Általában a jelen lévő fiatalok 20-30%-a a bántalmazót támogatja, 25-53% csak passzívan szemlélődik, és 17-25% próbál segíteni az áldozatnak (Buda, Kőszeghy és Szirmai, 2008).

Az ún. „bullying triád” (Coloroso, 2003) tagjai a következők: a támadó, az áldozat és a szemlélő:

1. Támadó: agresszív viselkedésük szintje az átlagosnál magasabb, és nemcsak kortársaikkal, hanem a pedagógusokkal vagy más felnőttekkel szemben is ellenséges viselkedést mutatnak (Olweus, 1993). Az agresszivitással szemben pozitívabb az attitűdjük, mint a kortársaiké, általában szegényes énképpel rendelkeznek (Hazler, 1996), és saját bizonytalanságukból fakadó frusztrációjukat vezetik le az áldozaton (Coloroso, 2003). Gyakran impulzívak, ingerlékenyek, kevésbé empátikusak vagy hajlamosak büntudatot érezni, és nagyobb valószínűséggel lesznek antiszociálisak további életük során is (Figula, Margitics és Pauwlik, 2010).

2. Áldozat: a bullyingot elszenvedő fiatal általában a kortárs csoport periferiáján helyezkedik el, és gyakran jellemzi olyan testi vagy viselkedésbeli jegy, ami megkülönbözteti őt a kortársaktól. A bántalmazásnak súlyos rövid- és hosszú távú következményei lehetnek, az

áldozatnak csökken az önértékelése, szorongóvá válhat, kialakulhat depresszió, szélsőséges esetekben akár az öngyilkosságig fajulhat a helyzet (Sullivan, 2000). A bullying-vizsgálatok szerint a felvett szerepek nem állandóak, az áldozat maga is válhat támadóvá; ennek háttérében az áll, hogy úgy érzi, másképpen nem tud védekezni az agresszióval szemben, mint hogy ő is bántalmaz másokat, illetve a felgyülemlett frusztrációját ilyen módon tudja levezetni (McCann, 2002).

3. Szemlélő: a bullying-események további résztvevőit négy csoportba sorolhatjuk: támogató, segítő, elkerülő és ambivalens (Parsons, 2005).

- támogató: az agresszor mellett állnak, az agresszióval kapcsolatban pozitív az attitűdjük, gyakran nyújtanak segítséget a támadónak, vagy bujtják fel a másik fél bántalmazására. A viselkedés háttérében az állhat, hogy ők maguk kevésbé magabiztosak, ezért támogatnak egy domináns személyt, akinek társas sikerei így rájuk is kivetülnek (Figula, 2004a).

- segítő: az áldozat mellett állnak, az agresszióval és a támadóval szemben negatív az attitűdjük. Segítenek az áldozatnak a bántalmazás elkerülésében, illetve megvédik őt, és esetükben a legkisebb a valószínűsége, hogy valaha bántalmazó váljon belőlük (Sullivan, 2000).

- elkerülő: gyakran félelemből nem foglalkoznak a közösségben jelen lévő bántalmazással, az erőszak iránt pozitív vagy negatív is lehet az attitűdjük, mégsem avatkoznak be semmilyen módon

- ambivalens: nem állnak sem a támadó, sem az áldozat oldalára, általában csak megfigyelőként vannak jelen.

A szemlélő-szerepek háttérében több tényező is állhat. A diák érezheti úgy, hogy ő maga is kerülhet az áldozat szerepébe, ezért –egyéb személyiségjellemzőitől függően– választhatja az agresszor támogatását, ezzel megelőzve a vele szemben irányuló agressziót, de kerülhet a segítő szerepébe is, amennyiben átérezve az áldozat helyzetét, segíteni szándékozik neki. A bullying-események során a szemlélők gyakran igyekeznek saját disszonáns érzéseiket csökkenteni, ezért elkezdik hibáztatni az áldozatot, felmentik saját magukat, így kerülve például az ambivalens szerepbe (Buda, Kőszeghy és Szirmai, 2008; Margitics, Figula és Pauwlik, 2010).

Az iskolai erőszak kezelése a felnőttek feladata. A gyerekek sem érzelmileg, sem mentálisan nem felkészültek arra, hogy önerőből megoldják ezeket a helyzeteket, emellett a

társas hierarchiában elfoglalt helyük alapján sem mindig képesek erre. Olweus (1993) felhívja a figyelmet arra, hogy mind a bántalmazók, mind az áldozatok értékrendje válságba kerülhet, ha azt tapasztalják, hogy az iskola és a felnőttek nem lépnek fel nyomatékosan az erőszakkal szemben.

A pedagógus a bullying enyhítésében vagy megszüntetésében általában a fiatalabb gyerekek esetében jár sikerrel. A kisebb gyerekek hajlamosabbak a fizikai agresszióra, ami a pedagógusok részéről hamar észrevehető és kontrollálható. A későbbi, inkább a verbalitásra vagy a kapcsolati viszonyok rombolására építő bullying kevésbé látványos, emellett a digitális eszközöknek köszönhetően az iskolai agresszió olyan területekre is kiterjed, amire a tanárnak rálátása sincs.

Ami segíthet a bántalmazás észrevételében és kezelésében, az a tanárok és diákok közötti megfelelő viszony. Ha a tanár-diák kapcsolatban kizárólag a tudásátadás a fontos, hiányoznak az érzelmi alapok és az odafordulás a diákok felé, akkor a tanárnak tudomása sem lesz a zaklatás tényéről, a diákok nem fognak segítséget kérni tőle, illetve a közöttük lévő, hatalmon alapuló viszony miatt még ha tudomást is szerez róla, érdemben nem fog tudni segíteni (Figula, Margitics és Pauwlik, 2010).

5.4. Teljesítmény- és viselkedésproblémák az iskolában

Az iskoláskori problémák főként a nem megfelelő viselkedés és teljesítmény területén jelentkeznek. A legjellegzetesebb tünetek a következők:

- viselkedéses tünetek: beilleszkedési zavar, viselkedészavar (pl. fegyelmezetlenség), magatartászavar (pl. verekedés), deviáns viselkedés (a társadalmi normák és szabályok megsértése)
- az iskolai teljesítmény zavara: részképesség-zavar, az iskolai elvárásokhoz való alkalmazkodás problémája, a motiváció gyengülése vagy visszaesése, rossz tanulási stratégia

A vonatkozó vizsgálatok szerint a tanulási és viselkedéses problémák a legtöbbször együtt járnak (Felleginé, 2004).

5.4.1. A tanulási zavar definíciója

A gyermekek egy részénél tapasztalható, hogy a megfelelő tanári munka és erőfeszítés ellenére sem tanulnak meg jól írni, olvasni vagy számolni, és iskolai teljesítményük jelentősen különbözik kortársaikétól. Lényeges, hogy mindeközben átlagos vagy akár átlag feletti

értelmi képességekkel rendelkeznek, és szervi problémára nem vezethető vissza az alulteljesítésük (Bolla, 2012).

A gyerekek kognitív fejlődése egy összetett hálóként is felfogható (Flavell, Miller és Miller, 1993), amelyben adott időpontban a különböző funkciók eltérő fejlettségi szinten lehetnek, de a közöttük lévő kapcsolódások összetettsége miatt együttesen egy jól működő, összerendezett rendszert alkotnak. Emellett az értelmi fejlődés során mindig van egy optimális időszak, amikor a legkedvezőbbek a feltételek az egyes funkciók kialakulásához (ez az ún. szenzitív periódus).

Az iskolai teljesítmény tekintetében a következő funkciók fejlődése és fejlettsége a legfontosabb:

- téri tájékozódás
- kis- és nagymozgások koordinációja
- a bejövő információk szervezése, szelektálása, az emlékezetben történő elraktározása
- megfelelő testséma
- formálódó énkép
- társas kapcsolatok kialakítása

Ha a fent említett szenzitív periódusban nem alakul ki vagy nem szilárdul meg az éppen aktuális kognitív funkció, akkor az egyes területek közötti érési különbség hangsúlyossá válik. Az esetek többségében a „háló” összetevőinek fejlettsége közötti eltérések okozzák a tanulási problémák kialakulását (Kalamár, 2005).

A tanulással kapcsolatos problémák esetében megkülönböztetünk primer és szekunder teljesítményzavarokat. A primer zavarok közé az általános gyenge képesség vagy valamilyen specifikus képességzavar (pl. diszgráfia) sorolható. A szekunder teljesítményzavarral küzdők szintén gyenge képességűek, de esetükben ez valamilyen pszichés probléma vagy környezeti tényező eredménye (Vajda, 2005b).

Egy másik felosztás szerint a tanulási zavarok három csoportba sorolhatóak (Gerebenné, 1995):

1. neurogén tanulási zavar: a részképességzavarokra épül rá
2. pszichogén tanulási zavar: a szocializációs folyamat zavara áll a háttérben
3. poszttraumás tanulási zavar: gyermekkorban szerzett agykárosodás következménye

Jelen fejezetben mi csak a zavarok második csoportjával foglalkozunk.

A tanulási zavar egy rendkívül összetett, kognitív és viselkedéses szinten is megnyilvánuló tünetegyüttes (Tárnok és Gulyás, 2002), melynek rövid- és hosszútávú hatásai egyaránt negatív befolyással vannak az egyén életére. Az iskolai teljesítményzavarok megnyilvánulásai közé tartozik a kognitív teljesítmény deficitje, az intelligenciazavarok, a tanulási képességekkel kapcsolatos zavarok, illetve azok az általános teljesítményproblémák, amikor az egyén egy vagy több területen képességei alatt teljesít (Eigner, 2012).

A specifikus tanulási zavar nem egyenlő az oktatási esélyegyenlőtlenséggel (Mohai, 2004), vagy a nem adekvát tanítási módszerek miatt felmerülő problémákkal. Fő jellegzetessége, hogy egyes tárgyakat érint a teljesítményzavar, másokat nem, viszont a sikertelenség nem visszafordítható, azaz a tünetek csak csökkenthetőek, de nem lehet azokat megszüntetni.

A tanulási zavarokkal jellemezhető gyerekek jó részénél a képesség és a teljesítmény között nagy eltérés van, azaz úgy tűnik, mintha mentális képességeikkel nem lenne probléma, mégis rosszul teljesítenek. Iskolai munkájuk nem kiegyensúlyozott színvonalú, az egyes tantárgyak követelményeinek eltérő szinten tesznek eleget. Gyakran kiemelkedőek a problémamegoldásban és a fogalmi gondolkodásban, miközben az írás, olvasás, számolás területén problémákkal küzdenek (Gyarmathy, 2000).

Előfordulhat tehát, hogy a tanulási zavarokkal küzdő gyermek átlagos képességű, vagy akár tehetséges is, de az iskolai előmenetelhez szükséges képességek deficitje miatt ez nem kerül napvilágra. Sokszor akkor derül ki, hogy ezek között a gyerekek között tehetséges is van, amikor tanulási problémái miatt vizsgálatra küldik (Schiff, Kaufman és Kaufman, 1981). A tehetségre gyakran azért nem derül fény, mert a deficitek javítására tett erőfeszítések elfedik a gyerek képességeit, lehetetlenné válik az átlagos szintet meghaladó teljesítmény. „Paradox tanulóknak” is szokták nevezni ezeket a gyerekeket, tanulmányi színvonaluk ellentmondásos jellege miatt (Tannenbaum és Baldwin, 1983). Esetükben a tanulási zavarok gyakran párosulnak magatartási problémákkal, általában az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos sorozatos kudarcok, vagy az előmenetelükkel összefüggő szorongás miatt.

5.4.2. Tanulási zavar és szocializáció

A fejlődést alakító tényezők közül a gyereket körülvevő deviáns szubkultúra, az alacsony szocioökonómiai státusz és a rendezetlen családi körülmények egyaránt tanulási zavarok kialakulásához vezethetnek (Földi, 2004).

Az iskoláskorban megjelenő tanulási zavar általában már óvodáskorban előrejelezhető. A különböző részképességekben már ekkor lemaradást mutathatnak a gyerekek: ilyen a rossz ritmusérzék, a szűk szókincs, az általánosan jellemző figyelemzavar, a bizonytalan vonalvezetés, az összefüggő beszéd zavara, a gyenge szövegemlékezet, szegényes mondataalkotás, a rossz téri tájékozódás, a megkésett beszédfejlődés (Huber, 1996, id.: Bolla, 2012). A kommunikáció és a mozgás zavarai tehát gyakran megelőzik, illetve akár előre is jelzik az iskolai képességekkel kapcsolatos diszfunkciókat (Gádoros, 2005).

Mi lehet az oka, hogy az átlagos képességű, de hátrányos helyzetből érkező gyerekek iskolai teljesítménye rosszabb, mint társaiké?

- nyelvi hátrány: az iskolai előmenetelt befolyásolja a diák nyelvhasználata is. A nyelvi szocializáció elmélete (Bernstein, 1996) szerint a társadalmi beilleszkedés folyamatának alapvető része, hogy az egyén nyelvileg is kompetens tagjává válik a közösségnek, megtanulja az adekvát nyelvhasználati módokat, és az azzal összekapcsolódó nonverbális jelzéseket is. A társadalmi réteghelyzet meghatározza, hogy milyen minőségben használja valaki az anyanyelvét. Bernstein elképzelése szerint az iskolai sikeresség összefüggésben áll a nyelvhasználattal. Az alacsonyabb társadalmi rétegek az ún. korlátozott nyelvi kódot használják, ami rövid, egyszerű nyelvtani szerkezetű mondatokkal, konkrét jelentésű szavak alkalmazásával jellemezhető. Az iskolázottabb rétegek ún. kidolgozott nyelvi kódjára pedig a gazdag szókincs, absztrakt kifejezések használata és nyelvtanilag komplex mondatok használata jellemző. Az iskolai oktatás során a kidolgozott kód alkalmazása történik, így az iskolázatlanabb rétegek gyermekei eleve lemaradással indulnak a többiekhez képest. A pedagógusok gyakran az értelmi képességek hiányának tekintik, ha a gyerek nem megfelelő módon fejezi ki magát, és ez már az iskolai karrier kezdetén hátrányos helyzetbe hozza őket. A nyelvi hátrány a tananyag nehezebb megértését, a feladatok megoldásának nehézségeit hozza magával, ami majdhogynem predesztinálja a tanulókat a tanulási problémák kialakulására.

- az alacsony iskolázottságú szülők gyakran negatív attitűddel viseltetnek az iskola iránt, ahol ők maguk is gyakran szenvedtek kudarcot, így gyerekeiket kevésbé motiválják az iskolai feladatok elvégzésére. Ez nem azt jelenti, hogy az iskolát ne tartanák a felemelkedés lehetőségének (Buda, 1999), csak a nehézségek megjelenésekor általában nem tudják, milyen módon tudnának segíteni a gyerekeknek. Szeretnék, hogy a gyerekeik többre vigyék, mint ők,

de nincsen olyan hatékony tanulási módszer, kudarcűrő stratégia, amit adekvát módon át tudnának adni nekik

- az iskolázatlan szülők jövőperspektívája általában rövidebb távú és kidolgozatlan; ennek háttérében az áll, hogy minél magasabb az iskolai végzettség, annál több lehetőség áll az egyén rendelkezésére a munkahelye kiválasztásában vagy munkaváltásban, így a jövőképe differenciáltabb és hosszabb távra szól. Az iskolai tevékenységek gyakran monotonok, az általuk elérhető célok távoliak, így a motiváció fenntartásához hosszú távú jövőképre van szükség (N. Kollár, 2004b). A kitartás és elkötelezettség kialakításához az is hozzátartozik, hogy a szülők egy viselkedésmód jutalmazása vagy büntetése esetén mit vesznek figyelembe: a viselkedés közvetlen következményeit, vagy a távolabbi célokat. Az alacsonyabb társadalmi rétegbe tartozókra az jellemző, hogy inkább büntetik a viselkedés azonnali következményeit, és kevésé veszik figyelembe, hogy ezzel hosszú távon mit erősítenek meg a gyerekekben. Így gyakran előfordul, hogy olyan helyzetek teremődnek meg, ahol a gyerek nem tapasztalja meg a várakozással elérhető jutalmak megerősítő erejét, vagy csak az azonnali viselkedésgátlás kötődik számára a büntetéshez, nem pedig annak megértése és az indoklás beépítése (Somlai, 2008).

Az olvasás képességének fejlődésében a szocioökonómiai státusz jelentős háttértényező (Raizada és munkatársai, 2008). Az iskolázatlan réteg gyermekeinek téri-vizuális és nyelvi feladatokban mutatott teljesítménye rosszabb, mint az iskolázott szülők gyermekeinél (Reis és munkatársai, 2001, id.: Tóth és Csépe, 2008). Az írással és olvasással kapcsolatos tanulási zavarok gyakran családi halmozódást mutatnak.

A tanulási zavarok körülbelül háromszor gyakoribbak a fiúknál, mint a lányoknál (Meixner, 2000). A specifikus tanulási zavarok hosszú távú hatását mutatja, hogy a tanulás, a társas és pszichés fejlődés esetében az első osztályban alulteljesítő gyerekek negyedik osztályban nemcsak pl. az olvasás területén maradtak el a többiektől, hanem a magatartászavarok is gyakoribbak voltak náluk (Bolla, 2012).

A tanulási zavarral küzdő gyerekeket mind az iskola, mind a család részéről frusztráló hatások érik. A pedagógusok általában tanulmányi eredményeik mellett a figyelmi és végrehajtó funkciók mentén ítélik meg a tanulókat, míg a szülők elsősorban a társas kapcsolatok és sikeres viselkedésmódok alapján (Takács, Kóbor és Csépe, 2010). A felsorolt

funkciók pedig általában mind sérültek tanulási zavar esetén, így a gyerekek mindkét oldalról elégedetlenséget tapasztalhatnak.

A család és a pedagógusok támogatása a tanulási zavarok esetén jelentősen csökkentheti azokat a járulékos hatásokat, amelyek a speciális igények miatt a környezet elégedetlenségét, a gyerek kudarcait elmélyíthetik, újabb érzelmi vagy viselkedési zavarok kialakulásához vezetve (Gádoros, 2005).

5.4.3. A tanulási zavar összefüggése más zavarokkal

A tanulási zavarral küzdő gyerekeknél gyakran fordul elő valamilyen magatartászavar is, amelyek között megkülönböztetünk elsődleges és másodlagos magatartási problémát. Elsődleges az, ami a gyerekek személyiségjegyeiből, temperamentumából következik, másodlagos pedig a tanulással kapcsolatos sorozatos kudarcok hatására létrejövő magatartászavarok.

A pedagógia szempontjából problémásnak nevezzük az olyan viselkedést, ami különbözik az átlagtól, azaz amikor a gyerek adott társas közegben az életkorának megfelelő magatartástól eltér (Zsidi, 1997). Mivel az elvárások a közegtől függően változhatnak, ezért nem létezik egységes kritériumrendszer arra nézve, hogy mely viselkedésmód tekinthető problematikusnak. Általános megfogalmazásban „azt a gyereket nevezhetjük problémásnak, akivel szemben az élethelyzet nem támaszt fokozottabb követelményeket az adott életkorban elvárhatóhoz képest, és mégis tartósan hiányos az alkalmazkodása, vagy nem tud megfelelni a szabályoknak és elvárásoknak” (483. o.).

A viselkedés- és az érzelmi zavarokra jellemző, hogy olyan pszichés jelenségek túlzott mértékű megjelenését foglalják magukban, amelyek egyébként is jelentkeznek az egészséges fejlődés menet során, csak ebben az esetben elhúzódóan, a normál életkori határokat túllépve vannak jelen (Gádoros, 2005).

A magatartászavar kifejezés a tartósan jellemző, nem adaptív viselkedésmódok együttesét jelöli. A nem-szocializált magatartászavar a társas kapcsolatok kiépítésére képtelen személyre jellemző, míg ha a gyermek kialakít kapcsolatokat, de társas helyzetben viselkedési problémái vannak, a szocializált magatartászavar kifejezést használjuk. Ha a viselkedészavar elsősorban a hozzátartozókkal (főként a felnőttekkel) szemben nyilvánul meg, oppozíciós magatartászavarról beszélünk. Ez utóbbinak háttérében főként a családon belül jellemző érzelmi- és dependenciaproblémák állnak (Gádoros, 2005).

A tanulási zavarral jellemezhető gyereket gyakran vádolják lustasággal, mert nem érdeklődő, nem motivált és dekoncentrált. Miközben mindezek háttérben az áll, hogy úgy érzi, nem tud megfelelni az elvárásoknak, sorozatos kudarcokban van része, ezért a saját magáról alkotott képe egyre negatívabbá válik (Elbaum és Vaughn, 2006).

5.4.4. Tanulási zavar életkoronként

A pszichés fejlődés zavarait iskolás- és serdülőkorban a mozgás, a kommunikáció, illetve az iskolai feladatok elvégzéséhez szükséges képességek területén azonosíthatjuk, melyek vagy önmagukban állva, vagy egymással összefüggésben jelennek meg.

A gyerekek zöme pozitív attitűddel, motiváltan kezdi meg az iskolát, azonban a többiektől való lemaradás, a negatív visszajelzések alapjaiban változtatják meg viszonyulásukat, a kudarcok akár teljesen demotiválttá tehetik őket. Az ekkor jelentkező magatartászavarok körébe tartoznak a hazugság, az iskolakerülés, az agresszivitás, a figyelem felkeltésére irányuló próbálkozások (pl. bohóckodás, túlzott merészség). Szintén figyelmeztető jel a társaktól való visszahúzódás, szorongás, depresszió vagy a szomatikus tünetek.

A későbbi tanulási- és viselkedészavarok egyik legjelentősebb rizikófaktora a figyelemhiányos hiperaktivitási zavar. A más néven hiperkinetikus zavar kora gyermekkortól diagnosztizálható, fő tünetei a motoros nyugtalanság (hiperkenezis), a dekoncentrálttság és az impulzivitás. A zavar a különféle elképzelések szerint többféle tényezőre vezethető vissza, köztük a temperamentumbeli jellegzetességekre is (Meixner, 2000).

A serdülőkor kritikus lehet abból a szempontból, hogy a fiatal viselkedése egészséges fejlődés esetén is gyakran a normalitás és a deviancia határán egyensúlyoz, ezért a problémás viselkedés diagnosztizálása nehézségekbe ütközhet. A pubertás folyamata, a testi és mentális változások összessége a fiatal és az iskola kapcsolatára egyértelműen befolyással bír. Egyre nagyobb szerephez jutnak a kortárskapcsolatok, ezzel egyidőben az iskolai előmenetel, a pedagógus elismerése pedig egyre kisebb súllyal esik latba. A tanulás és ismeretszerzés motiváló hatása csökken, helyette a felnőtt szerepek próbálgatása, saját testének elfogadása és az ellenkező neműekhez való közeledés kerül a serdülő érdeklődésének középpontjába. Ha korábban a szülők és a pedagógus támogatása miatt a tanulási zavart jól kordában lehetett tartani, most a fenti változások következtében szinte kezelhetetlenné válhat (Gádoros, 2005).

5.4.5. Egyéb tanulással kapcsolatos problémák

A diákok ismerete a saját tanulási módszereikkel és magával a tanulással kapcsolatban jelentős hatással bír eredményességükre (Csíkos, 2004). Ezért kiemelt fontosságú a tanárok megfelelő visszajelzése a tanulók teljesítményéről: erősségeikről, gyengeségeikről és azokról a lehetőségekről, amelyekkel fejleszthetik magukat. Ennek az ismeretanyagnak lényegi összetevője a metakogníció, azaz a saját gondolkodási folyamatokról való tudás. Amennyiben a tanuló képes tudatosítani, hogy pontosan mi okoz számára nehézséget a tanulás folyamatában, akkor sokkal könnyebbé válik annak korrigálása is.

A nem megfelelő tanulási stratégiák hátterében a következő okok állhatnak (Balogh, 2006):

- hiányos monitorozó folyamat: a tanár nem fordít elegendő figyelmet arra, hogy a tanulók hatékony tanulási módszereket alkalmaznak-e
- primitív rutinok: amennyiben túl sok az olyan feladat, ami kevés figyelmet és tudatosságot igényel, az gátolhatja az összetettebb és hatékonyabb stratégiák begyakorlását
- a transzfer hiánya: nem megfelelő magyarázat esetén a diákok nem képesek az újonnan elsajátított problémamegoldó módszereket ismeretlen helyzetben használni

Az iskolai tanulást meghatározó affektív tényezők jelentős befolyással bírnak a tanulók teljesítményére. Ide tartoznak a diák iskolával kapcsolatos attitűdjei, sikereit és kudarcait magyarázó attribúciói, az énképét alakító külső és belső tényezők, a diák szorongása és érdeklődése (Golnhoffer, 1998). Az iskola által szabott követelmények teljesítése csak akkor lehet teljes, ha ezeket az affektív tényezőket figyelembe véve alakítják ki a tanulási folyamatot. A tanulással kapcsolatos stratégiák, a problémamegoldási módszerek fejlesztésében akkor lehet megfelelő eredményeket elérni, ha a tanuló érdeklődését sikerül felkelteni, ha pozitív az iskolával kapcsolatos attitűdje, ha megfelelő mértékű a kitartása, és motiválni is lehet a további erőfeszítések megtételére.

Mindezen tényezők alakulását természetesen az otthoni körülmények is nagyban alakítják, de a tanári magatartás néhány összetevője egyértelmű kapcsolatot mutat az affektív tényezők pozitív irányban történő befolyásolásával:

- ha a pedagógus inkább demokratikus, és kevesebb kontrollal él, a diákok inkább lesznek motiváltak, kíváncsiak, és pozitívabb az iskolai munkával kapcsolatos önértékelésük

- amennyiben a gyerekek teljesítményét erősen szabályozott és kívülről jövő célok szerint ítélik meg, kevésbé tudják megfelelően elsajátítani és új körülmények között alkalmazni a tanultakat

- a pedagógus involvált viselkedése, a diákok felé tanúsított támogató attitűdje csökkenti a teljesítménnyel kapcsolatos szorongást, és növeli a tananyag iránti érdeklődést (McCombs, 1999).

A szorongás két fő fajtáját különítjük el: a facilitáló szorongás serkenti a teljesítményt, aktivizálja az egyént, így hatása inkább pozitív. A debilizáló szorongás viszont gátolja a megfelelő feladatvégzést, így ennek csökkentésével vagy megszüntetésével foglalkozni kell. A szorongásnak testi, pszichés és viselkedéses tünetei egyaránt vannak, felismerése viszont nem mindig egyszerű. A viselkedésben megnyilvánuló tüneteket (pl. agresszió, fáradékonyság) a pedagógusok gyakran magatartászavarként címkézik, illetve vannak olyan lehetséges következményei (pl. figyelemzavar), melynek esetében egyáltalán nem jut eszébe a nevelőknek, hogy az iskolai követelményektől való szorongás állhat a háttérben (Urbán, 2004).

A pedagógus és a tananyag által előírt célok szem előtt tartása mellett azt is fontos ismerni, hogy a diák minek tulajdonítja saját sikereit és kudarcait: külső vagy belső okoknak. A külső okok közé tartozik az, hogy a tanár kedveli-e őt vagy sem, a szerencse vagy más kontextuális tényezők. Belső ok például a tanulásra szánt idő és erőfeszítés, vagy a saját képességek leértékelése. Azok a diákok, akik belső okokkal magyarázzák teljesítményüket, kudarc esetén is saját magukban fogják keresni a hibát és a megoldási lehetőséget. Hajlamosabbak az önreflexióra, a saját képességeik kritikusabb megítélésére, ezért nagyobb az esély, hogy hajlandóak lesznek a változtatásra is (Taskó, 2009). Mindennek a szocializáció szempontjából azért van jelentősége, mert azt a beállítódást, hogy sikereinket és kudarcainkat mivel magyarázzuk, elsősorban a családi közegben tanuljuk meg. A szülők visszajelzései a gyerek viselkedéséről, a szabályok betartatásának módja befolyással bír az események befolyásolhatóságának megítélésére. Ahogy a nevelési stílus tárgyalásánál láthattuk, az érvelő, magyarázó szülői attitűd lesz az, ami segíti a „belső kontrollos” személyiség alakulását.

Az alulteljesítés fogalma arra a jelenségre utal, amikor a diák intellektuális képességei és iskolai teljesítménye tartósan nincs összhangban (Mező és Miléné, 2004). Ha hosszú időn

keresztül elmarad a tanuló teljesítménye az értelmi képességei alapján elvártaktól, akkor beszélhetünk alulteljesítésről, és válik szükségessé a háttérben álló okok keresése. Gyarmathy (2003) a következő csoportok esetében tartja valószínűbbnek az iskolai alulteljesítés kialakulását:

- viselkedészavarral jellemezhető tanulók
- tanulási problémákkal küzdő diákok
- fiúk
- hátrányos helyzetű tanulók
- érzelmileg elhanyagolt gyerekek
- etnikai vagy nyelvi kisebbséghez tartozó diákok
- tehetséges tanulók

Az alulteljesítést az különbözteti meg a tanulási zavartól, hogy utóbbi már az első osztályba lépéskor jelentkezik (sőt az azt előrejelző tényezők már akár óvodáskorban is), míg az alulteljesítés később alakul ki. Az alulteljesítő diákok általában iskolakezdéskor átlagosan vagy jól teljesítenek, majd fokozatosan vagy hirtelen teljesítményromlás következik be náluk. Tanulási módszereik nem megfelelőek, iskolai feladataikat félvállról veszik, az iskolai tevékenységeket fölöslegesnek és unalmasnak találják (Rimm, 1984; id.: Gefferth, 1993).

Az alulteljesítés okait Gefferth (1993) a következőkben látja:

- alacsony szocioökonómiai státusz
- a családi szocializáció zavarai
- a szülők negatív attitűdje az iskola és a tanulás iránt
- olyan iskolai szubkultúra, ahol a jó teljesítmény nem előnyös
- fenyegetettség érzése a negatív tanári attitűdök miatt
- nem megfelelő tanítási módszerek

Az iskolai alulteljesítés kialakulásának hátterében, kezelésének sikerességében egyaránt szerepet kap a diák, a család és az iskola (Taskó, 2007). Az iskolai teljesítmény akár évtizedeken keresztül az egyik legmeghatározóbb tényező a gyerekek életében, és amennyiben nem sikerül megfelelni az elvárásoknak, az negatív hatással lehet önértékelésükre, énképükre, a sikerhez való viszonyukra és érzelmi kiegyensúlyozottságukra (Dávid, Estefán és Taskó, 2000). A teljesítménnyel kapcsolatos pozitív iskolai élmények azt a benyomást alakítják ki a gyerekekben, hogy kompetens, és képes a hatékony

problémamegoldásra. Az iskolában tapasztalt kudarcok viszont állandósult alulteljesítést okozhatnak, melynek következtében a gyerek sosem bontakoztathatja ki azt, amit képességei alapján véghez tudna vinni (Mező és Miléné, 2004).

Ajánlott irodalom

Knausz, I. (2008) (szerk.) *Gyermek, pedagógus, pedagógusképzés.* Új Helikon Bt., Budapest.

Mészáros, A. (2002) (szerk.) *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

6. A médiahasználat összefüggései a szocializációs diszfunkciókkal

6.1. A médiakörnyezet megváltozása

A hozzánk hasonló fejlettségű országokban ma már az ún. késő-modern médiakörnyezet veszi körül az egyéneket (a médiakörnyezet fogalma az adott időszakban jelen lévő és meghatározó médiumok összességére utal), ami a következő jellegzetességekkel bír:

- egymással összekapcsolódó, komplex médiumok hálózata (ún. hibrid médiumok)
- a médiumokra és az azokon keresztül elérhető tartalmakra a folyamatos változás jellemző
- megváltoztak a médiumok fogyasztói is, akik aktívan válogatnak az őket érdeklő tartalmakból (Myat, 2010).

Mindezen jellegzetességek következtében a médiumok hatását az egyénre nagyon nehéz pontosan meghatározni. Napjainkban a tömegkommunikációs eszközök és az azokon keresztül elérhető tartalmak szinte követhetetlen sebességgel formálódnak, amely magával hozza a hagyományos kulturális értékek átalakulását, illetve bizonyos értelemben válságát (Almási, 2000; Faragó-Szabó, 2005).

6.2. A média negatív hatásairól általában

A média ártalmas hatásairól sokkal több szó esik, amikor az elméletalkotók a szocializációra való befolyását tárgyalják. Ennek főleg az az oka, hogy a fiatalok nem rendelkeznek ahhoz elegendő élettapasztalattal, hogy a médiumokban megjelenő tartalmakat elkülönítsék a valóságtól, és megfelelően súlyozzák azokat. Amikor éppen kialakulóban van a fiatalok értékrendje, a világról és a társas folyamatokról való elképzelése, veszélyessé válhat a médiumokban megjelenő torzított valóságkép túlzott fogyasztása (Bryant és Thompson, 2002).

A fiatalok azért reagálnak érzékenyebben a médiumokban megjelenített tartalmakra, mert kevesebb tapasztalattal rendelkeznek a felnőtteknél, és kognitív képességeik – akár pozitív tartalom fogyasztásakor is – még nem teszik lehetővé a megfelelő feldolgozást. Mindezek miatt a médiatartalmak a torzított információk révén negatív hatással lehetnek a gyerekek értelmi és érzelmi fejlődésére, társas életére.

Más vélemények szerint azonban a tömegkommunikációs eszközök és a gyerekek kapcsolatának negatív, esetenként vészjósló felfogása szükségtelen és eltúlzott, emellett ugyanolyan, mint régebbi korokban az új médiumok megjelenésére való reakció. A XVI-XVIII. században is zajlottak viták arról, milyen káros befolyással bírnak a színdarabok a fiatal közönségre, például az érzelmekre való intenzív hatásuk révén, és természetesen a televízió és az internet elterjedése is hasonló aggodalmakat váltott ki. Tehát ilyen értelemben nincs új a nap alatt, az újfajta médiumok felbukkanása – azok ismeretlensége miatt – mindig kivált hasonló reakciót az idősebb korosztályból (Briggs és Burke, 2004).

A következőkben két médium, a televízió és az internet lehetséges negatív hatásaival foglalkozunk, lévén hogy ezek az eszközök a legelterjedtebbek és legkedveltebbek a nyugati társadalmakban, így hazánkban is.

6.3. A televíziózás lehetséges negatív hatásai

A televízió fogadtatása ambivalens volt, és ez a kettősség még ma is jellemző: egyrészt azt gondolták róla, hogy – mivel a család közösen használja – erősíti a családtagok közötti kapcsolatokat, másrészt viszont a túlzott fogyasztás épp hogy azok gyengülését okozza. A televíziózás sokszor magányos tevékenység, ami viszont képes a társaság illúzióját keltetni (Kopp, 1994). Eközben a fiatalok csak áttételesen érik társas fejlesztő hatásokat (pl. egyes konfliktusok megoldásának megfigyelésével).

A gyerekek fejlődésével kapcsolatban újfajta vélemény szerint az érzelmi és a kognitív fejlődést pozitívan befolyásolja a televízió, mások pedig azt gondolják, elvonja az energiát más, hasznosabb aktivitásokról (Buckingham, 2002).

A negatív előjelű megközelítéshez tartozik az az elgondolás is, hogy a televízió által biztosított képi ingerek romboló hatással bírnak a belső reprezentációk, a képzeleti tevékenység kialakulására. Az olvasott vagy fejből mondott mese hallgatása, illetve később az olvasás aktív tevékenységet igényel, szemben a televízióban látottak passzív befogadásával (Vekerdy, 1999). A kevés erőfeszítést igénylő szórakozás viszont vonzóbb a gyerekek számára szabadidejük eltöltése során, és ha lehetőségük van rá, azt választják az elmélyültséget igénylő tevékenységekkel szemben.

6.3.1. Agresszív tartalmak

Régóta vizsgált terület a médiumok hatása az erőszakos viselkedésre, amely témakörben a kutatások többsége a televízió befolyásoló szerepét elemezte.

A médiumokban megjelenő erőszakkal kapcsolatos több évtizedes kutatási tapasztalat szerint nem lehet egyértelműen megállapítani, hogy a médiában látott erőszak fokozza-e a néző agresszióját. Számptalan ötletes vizsgálatot végeztek a médiaerőszak témakörében (ld. pl. Frydman, 1999), de az eredmények a kutatásban alkalmazott módszertől függően eltérnek egymástól.

Létezik olyan elképzelés, mely szerint a médiában látott erőszak nemhogy fokozza, hanem csökkenti az egyén agresszióját azáltal, hogy segít levezetni a felgyülemlett frusztrációt. Ez az ún. katarzis elmélet (Feshbach, 1976), amely szerint az agresszív televíziós tartalom fogyasztása, vagy az erőszakos számítógépes játékok használata a való életben kisebb mértékű agresszióhoz vezet, mivel az egyén a benne lévő feszültséget ezekkel a tartalmakkal levezeti.

Többségben vannak viszont azok a megközelítések, melyek szerint a médiában látott erőszak fokozza az egyén agresszivitását. A szociális tanuláselmélet szerint a televízióban vagy számítógépes játékokban látott agressziót az egyén éppúgy megfigyeli és leutánozza, mint az összes többi környezetében lévő viselkedésformát (Bandura, 1969). A műsorokban látott erőszak a legtöbb esetben hasznosnak tűnik, segítségével az elkövető szert tesz valamilyen áhított dologra, vagy megold valamilyen problémát. A megfigyelő szemében így az agresszió célravezetőnek tűnik, amit érdemes alkalmazni. A túlzott agresszív tartalom-fogyasztás csökkenti az egyén ellenérzéseit az erőszakkal szemben, illetve gyengülhetnek saját belső korlátai (Bandura, Ross, és Ross 1963).

A stimulációs elmélet (ld. pl. Liebert és Baron, 1972) szerint az erőszakos jelenetek felfokozott érzelmet indukálnak, és ebben a lelkiállapotban nagyobb az agresszió kialakulásának esélye. A megközelítés állításai szerint ez csak azokra az egyénekre igaz, akik egyébként is hajlamosak agresszív módon megoldani a konfliktushelyzeteket.

A hozzászokás (deszenzitizáció) jelenségét kiemelő megközelítés (Thomas, Horton, Lippincott és Drabman, 1977) szerint a médiumokban látott erőszak a való életben tapasztalt agresszióval szembeni toleranciát változtatja meg, azaz az egyén érzéketlenné válik az erőszakkal szemben, az ellenérzések közömbösségbe váltanak át.

A médiumokban bemutatott erőszakkal kapcsolatban megfogalmazott ellenérzések a következő tényezőkből állnak össze: az agresszió a konfliktusok megoldásának csak egyféle

módját mutatja meg, így megfosztja a nézőket a választási lehetőségektől. A kultivációs elmélet szerint (Gerbner, 2000) a médiában bemutatásra kerülő túlzott erőszak az általános fenyegetettség érzését növeli azáltal, hogy azt a benyomást kelti, hogy ellenséges és fenyegető környezet vesz minket körül.

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a médiumokban bemutatott erőszak hatása a nézőkre nem egyszerű és direkt, azaz nem egyértelmű az összefüggés a túlzott erőszakos tartalom fogyasztása és az egyén agresszivitása között. A kapcsolatot több tényező is befolyásolja: függ a néző életkorától, személyiségjellemzőitől, a televíziózás körülményeitől, az agresszió mértékétől és megjelenésének módjától (Szilády, 1999).

Néhány jellegzetesség fokozza a valószínűségét, hogy a nézőben a látott agresszivitás pozitív attitűdöket keltsen, illetve hogy ő maga is erőszakosabb legyen (Comstock, 1978):

- jutalom adása, vagy a büntetés elmaradása az elkövetett erőszakért
- az erőszaknak, mint jogosnak a beállítása
- az áldozatnak, mint a való élet áldozatának ábrázolása
- a tettesnek, mint a nézőhöz hasonlító személynek ábrázolása
- az erőszaknak, mint kifejezetten rosszakaratúnak és szándékos sérülést okozónak az ábrázolása
- az erőszaknak, mint valósnak és nem kitaláltnak ábrázolása
- a néző számára tetszetős erőszak
- izgalmas tartalom, akár erőszakkal, akár anélkül
- kritika nélkül bemutatott erőszak

Másik lényeges szempont a látottak feldolgozásának kérdése, hiszen –ahogy korábban kifejtettük- a gyermekek iskoláskoruk előtt nem képesek a filmet egész történetként átlátni, nem látják az események és következményeik közötti összefüggést. A kicsikre így az agresszív jelenetek direkt módon hatnak, mintha különálló részek lennének. Mivel a gyerekek nem látják egyben a cselekménysort, emellett emlékezetük terjedelme korlátozott, ezért a filmek zömében alkalmazott fordulat, mely szerint a történet végén győz a jó, és a gonosz megbűnhődik, a gyerekek számára nem hordoz erkölcsi megerősítést (Szilády, 1999). Ők nem fognak emlékezni arra, hogy a film elején mi történt, annak mi volt a motivációja, és nem kapcsolják össze a büntetést az erőszak elkövetésével. Az agresszív jelenet önmagában hat rájuk, annak érzelmi és indulati túlfűtöttségével együtt, és ez gyakran feldolgozhatatlan

élményeket okoz számukra: fokozza szorongásukat és agressziójukat, gyakran vegetatív vagy viselkedéses tünetek jelentkeznek, emellett torzított képet formálhatnak a felnőtt világ működéséről (Kósa, 2005b).

6.1.1. Példakép-választás

A korábbiakban kifejtettük, hogy a szocializáció egyik alapfolyamata a modellálás, illetve a modellek által képviselt értékek interiorizálása. A tömegmédiá a mai korban különösen alkalmas arra, hogy olyan személyiségeket mutasson be, akik a fiatalok számára követendő példának bizonyulhatnak (Berta, 2010).

A társas kapcsolatok széles skálája az élet különböző területein számtalan modellt kínál fel, de ezek nem mindegyike facilitálja a modellkövetést. A modell tulajdonságai, sajátosságai erősen befolyásolják azt, hogy viselkedése mennyire lesz vonzó és követésre készítő a megfigyelő számára. Ahogy már korábban említettük, a modellkövetés valószínűségét fokozza, ha a modell hatalommal és presztízzsel rendelkezik, ha fogyasztója bizonyos vonzó javaknak, ha gondoskodó, ha ügyesebb, illetve sikeresebb készségekkel rendelkezik, mint a megfigyelő, illetve ha a szocializált félt a modellhez erős érzelmi vagy dependenciamotívumok kötik (Bandura, 1969).

A fenti sajátosságokat tekintve nem meglepő, hogy a fejlődés során a gyerek számára elsősorban a szülők, majd később az életében jelentős szerepet játszó egyéb felnőttek a vonzó modellek. A szocializációs környezet megváltozásából kifolyólag azonban a család felnőtt tagjai egyre kevésbé jelentenek orientációs pontot a gyerekek számára, befolyásuk csökkenőben van. A bonyolult szociális viszonyok között nehezen tájékozódó fiatalok igényét a releváns modellekre egyre inkább a média szereplői elégítik ki.

A média által nyújtott modellek preferenciáját, emellett egyre növekvő népszerűségét számos vizsgálat igazolja (pl. Bryant és Zillman, 1986; Gerbner, 2000; Signorelli, 2001; Arnett, 2002), és ezt hazai mintán végzett kutatások is alátámasztják (László, 1999; Kósa, 2003, Berta, 2008). Ezen vizsgálatok eredményei szerint a családtagok vagy az iskola képviselői már egyre kevésbé válnak példaképpé a gyerekek életében, akik egyre inkább a tömegmédiá szereplői közül választanak maguknak modellt.

A modellpreferenciák ilyen irányú változása nem jelentene problémát, amennyiben a média szereplői a hagyományos értékeket képviselnék. Ezzel szemben azt láthatjuk, hogy a médiumok által előtérbe állított és sikeresnek bemutatott ember képe mögül eltűnt a valódi tartalom: korábban a nagy tettek eredményeként vált valaki híressé és elismertté, ma viszont

azokat emelik ki a többiek közül, akik saját magukról vonzó képet tudnak kialakítani (Lasch, 1996).

A serdülőkor időszakában az egyik fő feladat, hogy a fiatal olyan identitást alakítson ki, amely illeszkedik a valós társas-társadalmi környezethez. Ezzel szemben a serdülők jelentős része szerepmmodelljeit, példaképeit a televízió uniformizált világában találja meg, amely nem a valóságot ábrázolja (Kósa, 2005b).

A tömegkommunikáció képes arra, hogy felnagyítsa, ezáltal vonzóvá tegye a megjelenített karaktereket, arra serkentve az egyéneket, hogy azonosítsák magukat a sztárokkal, túllépve az ahhoz képest unalmasnak és üresnek ható életükön (Lasch, 1996). A hagyományos közösségi értékeket elhagyó emberek mintegy feladják a belső karakterüket, és így alakulnak át külsőleg alakítható „árucikk-személyiséggé” (Susman, 1984). A televízióban látott karakterek definiálják, mi a siker, mit kell elérni valakinek ahhoz, hogy értékeljék és nagyra tartásák (Riesman, 1996). Azonban a televízió világában az értéket nem a műveltség, az iskolázottság, a kemény munka vagy az évekig tartó tanulás jelenti, hanem az azonnal megszerezhető javak, a könnyen elérhető siker, aminek háttérében esetleg semmilyen erőfeszítés sem áll.

Mindemellett meg kell jegyeznünk, hogy a vonatkozó kutatások eredményei azt mutatták, hogy a média példakép-nyújtó szerepe mellett évről évre növekvő mértékben nyilatkoznak úgy a fiatalok, hogy nincs példaképük, és nem is szeretnék, hogy legyen nekik. Nyitrai (2003) szavaival élve „hősfogyatkozást” figyelhetünk meg az utóbbi években, ami azt jelenti, hogy a példaképek egyre kisebb szerephez jutnak a fiatalok életében. Ennek okaként a modern társadalmakra jellemző relativizálódást és a függőségi rendszerek eltűnését jelöli meg. A relativizálódás arra utal, hogy a felgyorsult élet a példaképek tulajdonságainak relatív mivoltát hozza magával- ami egyik nap követendő, az másnap már elavultnak számít. A hierarchia-rendszerek átalakulása azt jelenti, hogy az egyén egyre kevésbé fogadja el a vezetőket, egyre kevésbé engedi át magát mások irányításának, ami alapjaiban teszi semmissé a példaképek funkcióját.

A televízió nemcsak modelleket kínál, de azáltal, hogy a fogyasztói társadalom jellegzetességeit tükrözi, jelentősen manipulálja a fogyasztói tudatot és az értéktudatot is. A fogyasztói kultúra hatására az önmeghatározás és az értékválasztás egyéni formái háttérbe szorultak, a fiatalok számára az egyetlen sikeresen választható identitás a fogyasztói

értékekkel hozható összefüggésbe (László, 1999). A fogyasztás világa immáron társadalmi problémává nőtte ki magát: már nemcsak egyszerűen befolyásolásról vagy vásárlásról van szó, hanem ennek következtében egy igen jelentős, szinte világméretű identitás-váltásról és értékváltságról.

6.1.2. Fogyasztói társadalom és a tulajdon

A II. világháború után kezdődő gazdasági fejlődés következtében jelentős időbeli eltéréssel ugyan, de valamennyi nyugati országban létrejött az ún. fogyasztói vagy jóléti társadalom (vagy más néven konzumerizmus), amelyben a fogyasztó vált a legfontosabb tényezővé, akire egyre inkább elkezdtek fókuszálni a termelők, és akinek igényei és elvárásai lettek a piac legfőbb meghatározói (Becker és Kaucsek, 1996).

A jóléti társadalom új karaktereket hozott létre, akinek jellemzőit hasonlóképpen írják le a szerzők, bár más elnevezéssel illetik őket: kívülről irányított (Riesman, 1996), narcisztikus (Lasch, 1996), hedonista (Bell, 1974) társadalmi karakter. Az ilyen típusú személyiség legfontosabb jellemzője, hogy életútja során énjének megkonstruálása, az önmegvalósítás, a külsőségek, és az „eladható én” kialakítása kapja a legnagyobb hangsúlyt (László, 1999, 34. o.).

A fogyasztói társadalomra jellemző az önkifejezésnek, a személyiség egyediségének és a szubjektív jóllétnek a felértékelődése, és egyre inkább háttérbe szorulnak a vallásos normák és a tekintélyvel alapuló értékek. A társadalmi modernizáció így leginkább az énnel kapcsolatos, önkiteljesítő értékek előtérbe kerülését hozta magával, de ennek mértékét befolyásolják azon kultúrák hagyományai, amelyekben a változás zajlik (Inglehart, 1997; Inglehart és Baker, 2000).

A fogyasztói társadalom tagjait az individualizmus jellemzi, melynek dominánssá válását segítette a hagyományos családmodell átalakulása és a nyugati társadalmak szerkezeti változásai (például az egyes társadalmi csoportokat jellemző értékekben való elbizonytalanodás). Ezek együttesen tették fogékonyá az embereket a fogyasztói értékekre és szerepmodellekre (Hankiss, 2000).

A fogyasztói civilizáció hatására kérdésessé vált a korábban domináns értékek létjogosultsága, amellet, hogy egyre nehezebben definiálható, milyen értékek irányítanak egy adott csoportot vagy egy társadalmat.

A médiumokból érkező impulzusok manipulálják az értéktudatot, melynek hatására az ott megjelenített populáris tartalmak vezérelvvé válhatnak, még inkább gyengítve az értéktudatosságot (Váriné, 1987). A profitorientált média hajlamos összerosni a valódi és az ál-értékeket, és e kettő megkülönböztetése leginkább a gyerekek és a fiatalok számára nehéz (Lappints, 2002). Emellett a médiumok által bemutatott értékek szimplifikáltak, a befogadókat uniformizálják, és nagyon kora életkortól a fogyasztásra nevelik (Antalóczy, 2009).

A fogyasztói társadalom új értékei megjelentek a hétköznapi diskurzusokban, közvetítő ágensei közül pedig azok a médiaszemélyiségek váltak a legjelentősebbé, akik a fogyasztói kultúra jellegzetességeit leginkább magukon és magukban hordozzák (László, 1999).

A fogyasztói értékek népszerűvé válásában tehát nagy szerepe volt a médiumoknak, amelyeket ebből a megközelítésből gyakran vádolnak „médiainperializmussal” (Bajomi-Lázár, 2006, 116. o.), melynek értelmében a tömegmédiumok bemutatják és facilitálják a fogyasztói értékek elterjedését. A fogyasztói értékrend dominánssá válása a globális piac kialakulását serkenti, ahol a konvencionális értékek helyett a fogyasztás jelenti a biztonságot és a megelégedést (Bajomi-Lázár, 2006). A „státuszfogyasztás” mára alapvető igénnyé vált, mert képes kielégíteni társas szükségleteink jó részét: az identitás, a valahová tartozás, az elfogadottság és a csoporthoz tartozás érzését (Székely, 2003, 256. o.).

Általában a társadalmi integráció jelenti az emberek életében a viselkedésre, szerepekre, stratégiákra vonatkozó azonosulási háttérrel, segít meghatározni az egyéni lét alapvető kérdéseire való válaszokat, az ember lehetőségeinek azonosítását. A fogyasztói kultúra társadalmi integrációval kapcsolatos funkciója hagyományos értelemben nem működik, hiszen nem arra serkenti az egyént, hogy a többiek körébe tagozódjon, nem mint a társadalom tagját szólítja meg, hanem mint egy olyan narcisztikus figurát, akinek az önkonstruálás a legfontosabb feladata.

A szerepminták tekintetében azonban a fogyasztói civilizáció egyértelműbb képet kínál, hiszen folyamatosan felmutat olyan modelleket, akik példaként állnak a bizonytalan egyén előtt, prezentálva a boldoguláshoz szükséges viselkedésformákat, és választ adva az emberi lét néhány alapvető kérdésére (Hankiss, 2000).

Egyes szerzők szerint a fogyasztói civilizáció azért is olyan vonzó az emberek számára, mert elveszítették a transzcendens kapcsolatokat: sem Istenhez, sem pedig a közös múlthoz (természethez, történelemhez, hagyományokhoz) nem tudnak visszanyúlni, így az emberi lét

önmaga körül forog. Ha az egyén úgy érzi, a fizikai léte véges, ő maga semmilyen módon nem él tovább, akkor hajlamos csak a jelenre és csak a saját igényeire koncentrálni (Hankiss, 2000). Az embereket tehát az motiválja, hogy saját maguknak éljenek, a lehető legnagyobb intenzitással; nem érzik, hogy részesei lennének a történelem folyamának, ezért válnak éncentrikussá, és foglalkoznak kizárólag saját igényeikkel, személyes jól-létükkel (Lasch, 1996).

A korábban már említett gyermek- és felnőttkor közötti linearitás kialakulását a médiumok által is sugallt fogyasztói magatartás is elősegíti. A fogyasztói civilizáció működésének egyik jellemzője, hogy egyre kisebb gyerekeknek áll módjában fogyasztói döntéseket hozni, ezáltal „álfelnőtti” státuszba kerülni (Kósa és Vajda, 1998, 19. o.).

A mai gyerekek fogyasztókként nevelkednek fel, születésüktől kezdve olyan kultúra tagjai, amely a fogyasztásra koncentrálni. Úgy nőnek fel, hogy többségük élvezzi a fogyasztói társadalom előnyeit, és másról tulajdonképpen nem is szerezhet tapasztalatot. Számukra a fogyasztás nem jelent semmilyen problémát, sőt – mivel ismerős számukra – igénylik azt az élet kérdéseiben való eligazodáshoz (Müller, 2001).

A fogyasztói kultúra egyik fő jellemzőjeként több szerző is megállapítja, hogy az anyagi javak, a tárgyak birtoklása elsöprő jelentőségűvé vált (ld. pl. Lakaschus, 1969; Cadet és Cathelat, 1968; Dittmar, 1992; Kilbourne, 1999; Silverstone, 2008), a boldogság fogalma az anyagi javakkal kapcsolódik össze (ld. pl. Sheldon és McGregor, 2000, Van Boven és Gilovich, 2003; Spencer-Rodgers, Peng, Wang és Hou, 2004). Ezt Kahneman a fókuszálás illúziójának nevezi, mely szerint a fogyasztói társadalom az anyagi javakra koncentrálni, és ebből kifolyólag az egyének hajlamosak túlhangsúlyozni a pénz boldogságra gyakorolt hatását, és azt hinni, hogy a megelégedettség a minél több fogyasztásból fakad (Kahneman, Krueger, Schkade, Schwartz és Stone, 2006).

Identitásunk fejlődésének egyik fontos összetevője, hogy énhatárainkat kiterjesztjük a sajátunkként definiált tárgyra. Anyagi környezetünk fontos szerepet játszik a világról szóló elképzelésünk alakításában.

Már William James is írt arról, hogy néhány törzs tagjainak elképzelése szerint a tárgyak át vannak itatva tulajdonosuk szellemével, ebben az értelemben az én azzal tehető egyenlővé, amit saját tulajdonának tart (James, 1981/1890).

A későbbi kutatások is felfedezték ezt az összefüggést, például egy vizsgálat eredményei szerint a felnőtt személyek az éniükhez negyedik legközelebb álló dolognak tartják a birtokolt

tárgyakat, tehát az anyagi dolgok az én-kiterjesztés fontos részei (Prelinger, 1959). A „Ki vagy te?” nyílt végű kérdésre a vizsgálati személyek spontán módon nevezik meg tulajdontárgyaikat (Gordon, 1968).

A szociálkonstruktivista megközelítés szerint a tárgyak az identitás társadalmilag elfogadott szimbólumaiként funkcionálnak. A közös elfogadás nagy jelentőséggel bír a világban való tájékozódás szempontjából, például úgy, hogy a szocializáció során megtanuljuk, milyen anyagi javak milyen szociális kategóriát jelölnek. A tárgyak szimbolikus funkciójává vált az egyének által vallott értékek kommunikálása, ehhez viszont az szükséges, hogy a tárgyak szimbolikus jelentése mindenki számára közös legyen, tehát mindenki tisztában legyen azzal, hogy adott dolog birtoklása milyen érték vagy ideológia vallását jelenti. A tulajdon alapján történő megítélés alapját már nem a közvetlen interakciók, hanem az internalizált kulturális jelentések adják, melynek egyik fő közvetítője a média. A tárgyak már nem elkülönülten hordoznak jelentést, hanem a „kiterjesztett én” részeivé váltak (Dittmar, 1992, 43. o.).

A fogyasztás aktusa a fent említett okokból kifolyólag kommunikációvá vált, melynek révén az egyén képes jelezni a külvilág számára, hogy mely csoportokhoz tartozik, vagy milyen értékeket vall magáénak (Lakaschus, 1969). A vásárlás és birtoklás az egyén csoporttagsága szempontjából konform vagy deviáns viselkedés lehet, hiszen a referenciacsoport támogatása el is vesztethet, ha birtokolt tárgyai nagyban eltérnek a többi csoporttagétól (Cadet és Cathelat, 1968).

Kompenzatorikus kapcsolat fedezhető fel a materiális szimbólumok használata és a tapasztalatok hiánya között, azaz inkább jellemző azokra, akik a gyakorlat híján hajlamosak ezekre támaszkodni saját maguk és mások definiálásában- így pl. a serdülők csoportjaira (F. Lassú és Lisznyai, 2003). „A gyermekek felfogása az eladásról és vásárlásról fejlettebb lehet, mint a munkavégzés természetének megértése, miután az előbbiben hamarabb és több gyakorlatot szereznek” (Danzinger, 1958, 234. o.)

A tárgyak tulajdonlásának egyik fontos meghatározója az éppen uralkodó márkakultusz. A gyártók és a reklámozók a márkához kapcsolódó információkkal többletjelentést adnak egy terméknek, így egy márka olyanná válik, mint egy „személyiséggel felruházott entitás”, amely kifejezi a világról való gondolkodásunkat (Kilbourne, 1999, 23. o.).

A marketingszakemberek célja, hogy olyan – akár mesterséges – célcsoportokat hozzanak létre, amelyek bizonyos értékek mentén kategorizálhatók, majd a kommunikáció

során hivatkoznak ezen csoportok jellemzőire egy termék eladásának reményében (Peter és Olson, 1987). Ezek a sugallt csoportértékek egy idő után az egyén saját értékei között fognak szerepelni, így a fogyasztó „beleolvad” azokba a sémákba, amiket a reklámozók mutatnak fel számára (Babocsay, 2003, 313. o.).

A márkás termékekhez kapcsolt jellemzők azonban az idővel jelentősen változnak: a fiatalok mindig újabb és újabb márkát emelnek fel, így a birtokolt tárgyak értékközvetítő hatása is időről időre átalakul. Ez azzal jár együtt, hogy a csoporthoz tartozás kifejezése érdekében mindig új fogyasztásra kerül sor, amit a fiatalok egy része sokszor kényszernek él meg (Opaschowski, 1993; id.: Müller, 2001).

Mindezek mellett a fogyasztás mégis biztonságot nyújt a fiatalok számára: sokszor a felnőttek világa nem ad számukra hiteles képet arról, hogyan kell boldogulni a mindennapi életben, és előfordulhat, hogy a fogyasztói értékek mentén ismerik meg a körülöttük lévő világot. A médiumokból érkező ismétlődő (és ezáltal kiszámítható), fogyasztói értékeken alapuló üzenetek biztosítják számukra a folytonosság érzését (Bonneman-Böhner, 1999; id.: Müller, 2001).

A fogyasztói értékek terjedéséért a fent citált szerzők szerint évtizedeken keresztül elsősorban a televízió volt felelős. Legkézenfekvőbb módon a reklámok révén, de emellett az összes olyan műsortartalom vonatkozásában, amely az anyagi világot értéként mutatta be. A fogyasztás, a birtoklás, a materiális javak fontossága az internet terjedése óta egy újabb médium tartalmaiban vált pozitívvá és követésre méltóvá.

6.2. Az internetezés lehetséges negatív hatásai

A közvéleményben uralkodó nézet szerint az internet inkább negatív, mint pozitív változást hozott az emberek életébe, és ez leginkább a tapasztalatlan gyerekek esetében van így. Buckingham szerint az internet kettős funkcióval bír: egyben szórakoztat és tudásanyagot biztosít. Mivel a hétköznapi gondolkodás főként az előbbire koncentrál, ezért emelkedik ki inkább az internetezés veszélyes mivolta. Emellett létezik egy másik elgondolás is, mely szerint a számítógép és az internet újfajta tanulási formákat hoz létre, ami meghaladja az eddigi lineáris módszerek hatékonyságát (Buckingham, 2002).

Ami biztosan állítható, hogy az internet olyan általános jellemzőkkel bír, amelyek önmagukban potenciális veszélyt hordoznak. Mivel ma már könnyen elérhető, emellett anonim használatot biztosít, a viselkedést gátlástalaníthatja, a felhasználók olyan cselekedeteket is véghezvihetnek rajta keresztül, amit szemtől-szembeni kommunikáció során nem tennének meg.

Emellett számos olyan tartalom érhető el az interneten, ami a gyerekekre és fiatalokra negatív hatással lehet: az agresszív és pornográf tartalmak, a reklámok, a téves vagy szélsőséges nézőpontot képviselő információk fogyasztása mind-mind a felhasználók védtelenségét fokozzák. Mindezek formálják az egyének gondolatait, érzelmeit, attitűdjeit, és nem utolsósorban viselkedését (Wallace, 2002). Ezek közül kiemelendő a cyberbullying, amellyel a későbbiekben részletesen fogunk foglalkozni.

A mai kor gyermekeinek és fiataljainak egyik alapélménye a digitális tapasztalat, ami nagymértékben eltér az évezredekken keresztül dominánsan jelen lévő érzékszervi-mozgásos élményektől (Csepeli, 2006). A korábbi szabad manipuláción alapuló tevékenységek csökkenése azt eredményezi, hogy a gyerekek egyre kevesebb saját benyomással rendelkeznek a körülöttük lévő világról, ismereteik jó részéhez közvetett úton jutnak hozzá.

A digitális eszközök használata egészen kicsi kortól jellemző, az írás-olvasás készségének elsajátítása előtt főként a számítógépes játékok használatában. Ez a játéktevékenység amellelt, hogy időt vesz el a hagyományos játékoktól, a program meghatározott keretei miatt az irányítottság helyzetébe kényszeríti a gyermeket, csökkentve a kreativitás lehetőségét (Kapitány és Kapitány, 2000).

A tervezés és kivitelezés folyamata jórészt kimarad a gyerekek játékaiból, ami a fantáziatvékenység, illetve az analitikus gondolkodás (pl. egy tárgy részeinek megismerésekor) kisebb mértékű jelenlétével jár együtt (Rolff, 1990; id.: Majzikné, 2008).

Az eddig tárgyalt tényezők negatív hatása néhány csoport esetében még nagyobb erővel jelentkezhet. A veszélyeztetettség mértéke nagyobb a fiúk esetében, akik általában többet, és több helyen használják az internetet, és inkább érdeklődnek az erőszakos és pornográf tartalmak iránt. A lányoktól viszont gyakrabban szoktak más felhasználók személyes adatokat kérni, és szeretnének velük találkozni. A szocioökonómiai státusz is összefüggést mutat az internet veszélyeztető hatásával: a magasabb szocioökonómiai státuszú egyének általában

többet használják az internetet, de az alacsony szocioökonómiai státuszúak veszélyeztetettebbnek számítanak (EU Kids Online).

6.2.1. Függőség

A digitális médiumok megjelenésével a tér és az idő reprezentációja megváltozott. A telefon már nem helyhez, hanem személyhez kötött, nem az egyén az, aki keresi az információkat, hanem azok követik őt, és sem téri sem idői korlátokkal nem bírnak többé. Az emberek állandó elérhetőséggel jellemezhetőek (mobiltelefon esetében az SMS-írás, interneten az e-mail küldésének lehetősége megszünteti a társadalmi normák által előírt idői korlátokat), a kapcsolatteremtés bármikor lehetséges (Buda, 2001b).

Mindezen jellegzetességek -az egyén eredeti személyiségjellemzőitől függően- eszközfüggőséget eredményezhetnek (Csépe, 2001). Az ezzel kapcsolatos aggályok a következő területekre vonatkoznak:

- a digitális eszközök „pótcselekvésre” ösztönöznek, azaz akkor is nagy figyelmet fordít rájuk az egyén, amikor nem lenne szükséges (e-mail, sms, közösségi oldalak folyamatos monitorozása)
- mivel általában pozitív élményhez juttatnak, ezért nagy a hozzászokás veszélye
- sokszor használják az eszközöket a belső feszültség levezetéséhez (ezt már a televízióval kapcsolatban is megállapították, miszerint az „a szem és az elme rágógumijaként” (Frank Lloyd Wright) segít a való életben felgyülemlett frusztrációkból adódó érzelmi felfokozottság enyhítésében)
- amennyiben nem lehetséges használni őket (hiba történik az internetes kapcsolatban, lemerül a mobiltelefon), az elvonási tünetekhez hasonló érzelmeket él át az egyén (Buda, 2001b).

Az eszközfüggőség fent felsorolt tüneteivel átfedést mutat az ún. internet-függőségi zavar (Goldberg, 1995), amely szinte ugyanolyan jellegzetességekkel írható le, mint a kábítószer-alkohol- vagy szerencsejáték-függőség. Az internet-függőségi zavarnak nincsen egységes definíciója, olyan jellegzetességeket foglal magában, mint:

- az egyén túl hosszú időt fordít az internetezésre, úgy, hogy ezt a munkája vagy aktuális feladata nem indokolja, illetve ezt az időt más, valóban fontos területről vonja el
- a személy azért internetezik, hogy elmeneküljön a való élet problémái elől
- az egyén kellemetlenül érzi magát, szorong, ha nem tud internetezni
- a személy akkor is azon gondolkozik, hogy mi történhet a kedvelt internetes oldalon, ha ő éppen off-line

- az internet-használat ismétlődő konfliktusokat okoz a családtagokkal, partnerrel, munkahellyel
- ha az egyén tisztában van azzal, hogy internetezési szokásai problémásak, és többször is sikertelen próbálkozásokat tett azok megváltoztatására.

Mivel egyelőre nincs közös álláspont a függőségi zavar meghatározásával kapcsolatban (a 2013. májusában publikált DSM V. sem kezeli külön zavarként), ezért nehéz megmondani, hogy pontosan hány embert érint, ami viszont ismétlődően megjelenő eredmény a vonatkozó kutatásokban, hogy inkább érinti a felnőtteket, mint a gyerekeket vagy a serdülőket (Tarpley, 2001).

Emellett az internet-függőségi zavarral jellemezhető személyek 86%-a más DSM-IV. diagnózist is kap, leggyakoribb a depresszió, az ADHD, az impulzuskontroll hiánya, a társas fóbia, az ellenségesség, az érzelmi problémák és a proszociális viselkedés hiánya (Cao és Su, 2007).

6.2.2. Cyberbullying

A digitális médiumok elterjedésével egyre gyakoribbá, mára már szinte hétköznapivá vált a cyberbullying jelensége, ami olyan ismétlődő, szándékosan elkövetett, ártalmas cselekedet, amelyet elektronikus kommunikációs eszközök közvetítenek. Az EU Kids Online (2009-2011) felmérése szerint a 9 és 16 év közötti magyar fiatalok 19%-át érte zaklatás az előző évben, és ennek 30%-a történt digitális felületeken, legtöbbször közösségi oldalakon.

Az elektronikus zaklatásnak számos felülete és formája van (Kowalski, Limber és Agatston, 2012):

- történhet mobiltelefonon, e-mailben, honlapokon, blogokon, internetes játékokon vagy közösségi oldalakon keresztül
- az agresszió megnyilvánulási formái szintén nagyon változatosak: fenyegető e-mail, sms vagy komment, rosszindulatú pletyka terjesztése valakiről, kiközösítés egy internetes csoportból, olyan információ közzététele, amit az áldozat nem szeretne elárulni magáról, a másik fél identitásával való visszaélés (pl. a nevében történő kommentelés, a honlapjának feltörése), az áldozatot előnytelenül ábrázoló fénykép közzététele, anonim telefonhívások.

A cyberbullying az általános- és középiskolások körében a legjellemzőbb. Ennek hátterében több tényező áll, köztük a magánélet védelmének kérdése is. Sok fiatal szinte saját magát teszi ki a zaklatásnak, ugyanis olyan információkat oszt meg magáról (pl. a közösségi

oldalakon), ami rossz kezekbe kerülve akár társas ellehetetlenülésünket okozza (Mishna, Khoury-Kassabri, Gadalla és Daciuk, 2012).

Jelentős átfedés van az iskolai és a cyberbullying között: általában azok válnak elkövetővé és áldozattá a digitális világban, akik a való életben is azok. A kiváltott hatás szempontjából viszont különbség van a kettő között: általánosságban azt mondhatjuk, hogy a cyberbullying érzelmileg megterhelőbb, mint a szemtől szembeni bántalmazás. Ennek hátterében az áll, hogy az elektronikus zaklatástól nehezebb, sőt szinte lehetetlen megszabadulni, ugyanis abban a közegben zajlik, ahol a gyerekek a legtöbb időt töltik. Míg az iskolai agresszió „szünetel”, amíg az áldozat otthon van, addig az internetes zaklatás bármikor megtörténhet. Emellett fontos különbség, hogy a cyberbullying a legtöbbször anonim módon történik, az esetek többségében még azt sem lehet tudni, hogy kitől érkezik a támadás. Ez viszont bátorítólag hat az olyan fiatalokra is, akik hétköznapi, szemtől szembe helyzetekben nem keverednének konfliktusba másokkal, így sokkal több zaklató tevékenykedik a digitális térben, mint a való életben. A nonverbális jelek hiánya (pl. hogy nem látja az áldozat arckifejezését, sírását) gátlástalanítja a zaklatót, hiszen a másik fél reakciója ebben a helyzetben nem szerepelhet visszatartó erőként.

A cyberbullying nagyobb szintéren zajlik, mint az iskolai zaklatás. Az iskolában esetleg csak néhány osztálytárs szemtanúja a bántalmazásnak, ellenben az online nyilvánosság óriási, így az áldozat még inkább megaláztattnak érezheti magát. Emellett ha az internetes felületen senki nem áll mellé, akkor úgy érezheti, hogy a szemlélők is ellene vannak, pedig lehet, hogy csak közömbösek a zaklatással szemben (Schneider, O'Donnell, Stueve és Coulter, 2012).

A cyberbullying hatására önértékelési zavarok, agresszió, tanulási zavarok, depresszió alakulhat ki, és szélsőséges esetben öngyilkossághoz vezet. Megelőzése és kezelése azért is nehezebb, mert az áldozatok gyakran nem szólnak a szüleiknek, félve az internettől való eltiltástól. Így a szülők beavatkozásánál általában sikeresebb a prevenció, a segélyvonalak működtetése, illetve kortárs támogatók képzése (Olweus, 2012).

6.2.3. A „Facebook-jelenség”

A tizenévesek számára az egyik legkedveltebb internetes felület a Facebook. 2013. augusztus 25-én 4.600.000 aktív Facebook-felhasználó volt Magyarországon, melyből 780.000 fő a 13 és 18 év közötti (<http://socialtimes.hu/stat/HU>).

A közösségi oldalak használatával kapcsolatban a közvélemény többféle ellenérzést fogalmaz meg, közöttük a túlzott használatból fakadó függőséget, a virtuális kapcsolatok túlsúlyát a személyes találkozásokkal szemben, illetve az adatokkal való visszaélés lehetőségét.

Felmerül a kérdés, hogy milyen hosszú távú változás várható a Facebooknak, és a hozzá hasonló közösségi oldalaknak köszönhetően, illetve hogy a fiatalok hogyan ítélik meg a benne rejlő lehetőségeket és veszélyeket.

A „Facebook-jelenség” Fehér (2011) felfogásában „hype”-ként azonosítható, ami egy olyan jelenség, amit kiemelt, gyakran túlzó érdeklődés kísér. A rá irányuló figyelem magából az elterjedtségből fakad, azaz minél többen használják, annál többet foglalkoznak vele. A hype-hoz hozzátartozik még, hogy érvényesül vele kapcsolatban az „aki kimarad, az lemarad” elv, tehát a lehetséges felhasználók úgy érezhetik, hogy elszalasztanak valami jelentőset, ha nem csatlakoznak ők is. Emellett a nagy figyelemmel kísért jelenség lényegi összetevője, hogy az egyénre vagy a társadalomra nézve veszélyforrásként azonosítják, ami a Facebook esetében is megvalósul.

McLuhan (1964) négy nagy korszakot azonosított, amelyek mindegyikének egy-egy médium a meghatározó eleme:

- a törzsek kora: a csoportot összetartó kommunikációs „eszköz” a beszéd volt
- az írásbeliség kora: az írás megjelenésével megvalósult a lineáris logika, amire a tudományok épülnek
- a nyomtatás kora: az írott szöveg tömeges méretekben történő elterjedése
- az elektronika kora: a törzsek korát éleszti újra, de már globális méretekben. McLuhan itt elsősorban a televízióra gondolt, de az internetre még inkább jellemző ez a tendencia: a közösségi oldalak átformálták hagyományos tereinket, viselkedési szokásainkat, és a kommunikáció a „globális törzsek” között zajlik (Szűts, 2012).

A Facebook lehetséges hosszú távú hatásai között a következő főbb területek átalakulása várható:

- a média változása: a közösségi oldalakon mindenkinek saját „szerkesztősége” van, azaz az ismerősei olyan információkat osztanak meg velük, amelyek valóban érdeklik őket. Így a hagyományos médiatartalmak egyre inkább háttérbe szorulnak, és bizonyos értelemben egyes

internetes oldalak is elavultak lesznek (a hírportálok nem képesek személyre szabott információkat bemutatni)

- a társadalmi hatalom gyakorlása: az egyének gyorsan és egyszerűen képesek kommunikálni egymással, véleményt tudnak egyeztetni másokkal, így lehetetlenné válik, hogy adott esemény és annak interpretációja egységesen jusson el a befogadókhöz (míg utóbbira lehetőség volt a televízió korában).

- oktatás: a közösségi oldalak többféle lehetőséget rejtenek magukban a tanár-diák kapcsolat átalakítására. Ha a Facebook online tanulási felületté válik, ahol a pedagógusok és a tanulók egymás ismerősei, az a hagyományos autoriter viszonyulás megváltozását fogja magával hozni (Szűts, 2012).

A fiatalok számára a közösségi oldalak használata szórakozást, a társas kapcsolatok építését és információhoz jutást jelent. Emellett ők maguk is megfogalmazznak negatív tapasztalatokat, amelyek a hasonló oldalak használatával járnak:

- minél több időt tölt valaki a Facebookon, és minél több ismerőse van, annál stresszesebbnek éli meg az ottani tevékenységeit. Kényszert érez arra, hogy jelen legyen, hogy reagáljon ismerősei bejegyzéseire, lehetőleg minél szellemesebben. Ha nincsen fenn az oldalon, úgy érzi, pont akkor fog történni valami jelentős esemény (Joinson, 2008).

- egy hazai vizsgálatban azt kérték a 14 és 23 év közötti diákoktól, hogy mondjanak egy metaforát, ami jól leírja a Facebook-ot. A válaszadók 15%-a negatív színben tüntette fel a közösségi oldalt, olyan metaforákat használva, mint „fogság, betegség, börtön, függőség” (Tóth-Mózer és Lévai, 2011).

6.2.4. Az internet veszélyei szkeptikus szemmel

Léteznek olyan elképzelések is, melyek szerint az internetnek tulajdonított veszélyek nem újak, mindig is léteztek, csak más formában. A legtöbb probléma, amit az internetezésnek tulajdonítunk, tanulható technikákkal kezelhető, így a fiatalokat fel lehet készíteni azok megoldására (Z. Karvalics, 1999; Krajcsi, 2001):

- a megbízhatóság kérdése: az internettel kapcsolatban problémaként szokták említeni, hogy a személy nem lehet biztos abban, hogy „ki van a másik oldalon”, azaz a beszélgetőpartnerünk valóban az-e, akinek kiadja magát. Csalások valóban léteznek az interneten, és ezekre fel is kell készülnünk, de az esetek többségében még mindig az a személy kommunikál velünk, akiről ismereteink vannak (e-mailek, közösségi oldalak). Emellett a visszaélések csak a kezdő

felhasználók esetében járnak sikerrel, a használat révén elsajátítjuk azokat a technikákat, amelyekkel tisztába kerülhetünk adott személy megbízhatóságával.

- a hitelesség problémája: szintén sokszor felmerül az a kérdés, hogy mennyire lehetünk biztosak azokban az információkban, amelyeket az interneten olvasunk. Ez is releváns felvetés, de ugyanúgy felmerül a könyvekben vagy a televízióban tapasztaltak esetében is. Ahogy a hagyományos médiumoknál megtanultuk, hogy miként azonosíthatunk hitelesnek egy forrást (pl. megnézzük, ki a könyv szerzője), az internet esetében is megtaláljuk azokat a mankókat, amelyek tisztázzák, hogy megfelelő-e a forrás (pl. ismereteink vannak adott hírportál/ blog megbízhatóságáról)

- a realitásérzék kérdése: a szülők gyakran tartanak attól, hogy ha a gyerekük túl sok időt tölt az interneten, megszakad a kapcsolata a valósággal. Ennek a félelemnek azért sincs alapja, mert az emberi tevékenységek jó része fikcióra épül. A gyerekek kicsi koruktól kezdve órákat töltenek a fantázijátékokkal, hallgatnak meséket, de közben képesek különbséget tenni aközött, hogy mi a játék és mese, és mi a valóság. Nagyon ritka az az eset, hogy az egyén annyira elszakad a való világtól, hogy a virtuális közeget tekinti elsődlegesnek, és ez ilyenkor általában valamilyen pszichés zavarral jár együtt.

- az identitás elvesztése: ha az interneten bármilyen szerepet felvehetünk, akkor a valódi énünk teljesen megváltozik vagy elveszik. Ez főként azokra a helyzetekre vonatkozik, amikor adott oldalon senki sem használja a valódi nevét. Viszont megfigyelhető, hogy ezekben az esetekben is léteznek a „virtuális ének” olyan összetevői, amelyekre érzékenyek az egyének: ha valaki ugyanazt a felhasználónevet vagy avatart kezdi el használni, mint ők, általában szóvá teszik. Így az identitás kifejezése ebben a helyzetben is fontos számukra (Suler, 1999). Emellett saját vizsgálatunk (Berta és Mohácsi, 2013) alapján elmondható, hogy a serdülők többsége nem azért jelenik meg anonim módon az interneten, mert ezzel másokat szeretne megtéveszteni, esetleg társas szempontból előnyét látja a névtelenségnek, hanem elsősorban a visszaélések elkerülése érdekében.

- agresszió: az egyik leggyakrabban említett félelem, hogy az interneten hozzáférhető agresszív tartalmak, illetve az számítógépes és online játékok erőszakossá teszik a gyerekeket és a fiatalokat. Ez valóban reális veszély, viszont nem olyasmi, amit az internet hozott volna magával. A tömegkommunikációs eszközökön keresztül elérhető erőszakos tartalom (televíziós műsor, film) korábban is növelte az arra fogékony egyének agresszióját.

- függőség: ahogy fentebb is említettük, az internet-függőség kialakulása csak bizonyos tényezők együttjárása esetén valósul meg, emellett leginkább a „függő típusú” emberekre

jellemző. Akik egyébként is hajlamosak a függésre, nagy valószínűséggel az internetről is függővé válhatnak, viszont ezzel nem a függők száma nőtt, hanem a függőség tárgya változott meg.

- elembertelenedő kommunikáció: az interneten megvalósuló kommunikáció sosem lehet olyan gazdag, mint a személyes. Nem támaszkodhatunk a nonverbális jelzésekre, ezért kikerülhetetlenek a félreértések, és nem tudjuk árnyaltan kifejezni a szándékolt mondanivalónkat. Akik úgy gondolják, hogy ezt a digitális technikák megjelenése hozta magával, azok attól tartanak, hogy a túlzott médiahasználat elsorvasztja a nyelvet. Ellenérvként jegyezhető meg, hogy a régebbi kommunikációs csatornák esetében (pl. levél, telefon) sem tudtunk élni a kommunikáció minden eszközével, de mindig sikerült valami áthidaló megoldást találni. Ugyanígy az internetes kommunikációban is megjelenik a kommunikációs zavart okozó tényezők csökkentésének igénye, például az emotikonok használatával (az érzelemkifejezés pótlására), illetve az egyértelműbb fogalmazással.

- a „túl sok információ” problémája: az interneten található adatok messze meghaladják az emberi befogadóképesség határait, még ha csak egy-egy szűk témakörrel beszélünk is. Ez viszont nem azt jelenti, hogy ne lehetne megtanulni olyan technikákat, amelyekkel kezelhetővé válik az információ mennyisége. Ahogy korábban sem nézte végig az egyén az összes csatornán futó híradót, most sem fog minden kapcsolódó oldalt elolvasni: bizonyos keresőoldalakat vagy hírportálokat fog használni, az ott található információkra fog támaszkodni.

Mіндеzen ellenérvekkel a szerzők (Z. Karvalics, 1999; Krajcsi, 2001) nem azt szándékozták sugallni, hogy ne lennének az internetnek veszélyei, vagy ne kellene figyelmet fordítani a gyerekek és fiatalok védelmére. Mindössze arra szerettek volna rávilágítani, hogy a digitális technikákkal szemben megfogalmazott ellenérvek korábbi médiumokra is jellemzőek voltak, emellett kezelésük tanulható technikákkal megoldható.

6.3. A szülők szerepe a médiahasználat szabályozásában

A médiahasználattal együtt járó nemkívánatos hatások enyhítése elsősorban a felnőttek feladata. Ők azok, akik megfelelő odafigyeléssel kiszűrhetik a nemkívánatos tartalmakat, megtaníthatják a gyermekeiknek, hogy mire kell odafigyelniük a tömegkommunikációs

eszközök használata közben. Ahogy a későbbiekben látni fogjuk, a felnőttek sajnálatosan keveset élnek a szabályozás lehetőségével.

6.3.1. A mediáció fogalma és hazai jellegzetességei

A mediáció kifejezést többféle értelemben használja a pszichológia és más tudományok, a médiahasználat szabályozásának témakörében a fogalom alatt a szülők azon erőfeszítéseit értjük, amellyel megkísérlik a médiumokban megjelenő tartalmakat érthetővé tenni gyermekeik számára, illetve megtanítják őket az eszközök megfelelő használatára (Buerkel-Rothfuss és Buerkel, 2001).

Amennyiben a szülők élnek ezzel a lehetőséggel, akkor képesek lesznek a „kapuőr” szerepét betölteni: meghatározhatják, hogy gyermekük mit és mikor nézzen vagy használjon, emellett segítenek a fiatalok értelmi fejlettségének megfelelő módon interpretálni a látottakat és tapasztaltakat.

A szülők erőfeszítése a környezetben zajló események értelmezésére más területeken a gyerekek születésétől kezdve jelen van. Ahogy a „Család funkciói” alfejezetben kifejtettük, a felnőttek a szűkebb és tágabb környezetben zajló eseményeket folyamatosan értékelik és értelmezik, majd levonják azokat a következtetéseket, amelyek az egyén vagy a család szempontjából fontosak. A családban zajló beszélgetések formálják az egyén nézőpontját a különböző eseményekről, illetve a benne játszott saját szerepéről. Ez a tevékenység az esetek többségében tudatos tervezés nélkül zajlik, a szülő nem „határozza el”, hogy mely eseményre hogyan fog, vagy fog-e reagálni, az a kapcsolatból következik és automatikusan megjelenik.

Ennek fényében még meglepőbb, hogy a szülők sokszor alig tesznek próbálkozást arra, hogy például a televízióban látottakat „lefordítsák” a gyerek nyelvére. Ha a való életben a gyerek szemtanúja egy verekedésnek, a szülő nagy valószínűséggel elmagyarázza neki, mi és miért történt. Ha viszont ezt egy televíziós műsorban látja, az esetek többségében a szülő nem fűz hozzá kommentárt. Ez különösen azért meglepő, mert a felnőttek szinte egységesen képviselik azt az álláspontot, hogy a médiumok káros tartalmaitól meg kell védeni a gyerekeket.

Egy hazai vizsgálat szerint (Kósa és László, 2011) a szülők csekély mértékben vesznek részt gyermekeik médiahasználatának szabályozásában. Ritkán jellemző rájuk a televízióban látott tartalmak megbeszélése, a nem életkornak megfelelő műsorokról való lebeszélés vagy tiltás, illetve az értékes tartalmak ajánlása. Keveset tudnak arról, hogy milyen internetes oldalakat látogat gyermekük, és ritkán beszélgetnek vele arról, amit az interneten tapasztalt. Ami

gyakoribb, hogy a felnőttek jutalmazásra és büntetésre használják a médiahasználat korlátozását, azaz például nemkívánatos viselkedés esetén kevesebbet tévézhet vagy internetezhet a gyermek.

A magasabb iskolai végzettségű szülők inkább élnek a mediáció lehetőségével, amely családban viszont alacsony az iskolázottság és a kulturáltság foka, gyakran arról sincs információjuk a felnőtteknek, hogy mit és mennyi ideig használ a gyermek.

6.3.2. A mediáció lehetőségei televíziózás esetén

A televízióval kapcsolatos mediációnak több formája lehetséges (Buerkel-Rothfuss és Buerkel, 2001; Kósa, 2005b):

- az együttnézés azt jelenti, hogy a szülő a televíziózó gyereke mellett ül, és vele együtt figyeli a műsort. Ez önmagában még nem pozitív, függ attól, hogy milyen tartalmat néznek, és elhangzanak-e közben reflexiók a szülő részéről.

Ennek megfelelően az együttnézésnek aktív és passzív formája létezik. Az aktív típus azt jelenti, hogy a közös televíziózás alatt a felnőtt kommentárokat fűz a műsorhoz: megmagyarázza, hogy mi történik, minősíti a szereplők viselkedését, elmondja, hogy adott helyzetben ő mit tenne. A mediáció ezen formája jelentősen segíti a médiaértés fejlődését, a kritikai szemlélet kialakulását, mérsékli a televíziózással együtt járó negatív hatásokat.

Az együttnézés passzív formája azt jelenti, hogy a szülő jelen van a televíziózás közben, de nem kommentálja a látott eseményeket. Ennek a típusnak is van pozitív hatása, hiszen a szülő látja, hogy mit néz a gyerek, és ha nemkívánatosnak találja a tartalmat, elkapcsolhat. Ha viszont olyan műsorokat is együtt néz a gyerekével, ami nem annak a korosztálynak való, akkor azzal, hogy ezt nem akadályozza meg, megerősítést nyújt az aktivitás megfelelő mivoltáról. A gyerek azt tapasztalja, hogy a szülő nem kritizálja a műsort, nem kapcsolja el, akkor ebből számára az következik, hogy amit tesznek és amit néznek, az helyénvaló.

- restriktív (korlátozó) mediáció: a szülő szabályokat hoz arra nézve, hogy a gyermek mennyi időt televíziózhat, milyen műsorokat nézhet, illetve igyekszik más tevékenységek pozitívumait kidomborítani a gyerek előtt, egyéb programokat szervezve „kevés időt hagy” a médiahasználatra. Ide tartozik a korábban már említett szülői eljárás, ami a televíziózás mennyiségét jutalmazásra és büntetésre használja, de ha az nem jár együtt más aktivitások szorgalmazásával, akkor hatásában kevésbé lesz pozitív.

- aktív mediáció: ennek a típusnak további két formája létezik, a stratégiával rendelkező és a stratégiával nem rendelkező aktív mediáció.

A stratégiával rendelkező mediáció az aktív együttműködéshez hasonlít: a szülő a látott műsorokat megbeszéli a gyerekével, közösen gondolkodnak a szereplők szándékairól és viselkedéséről, és a szülő orientációt nyújt abban a tekintetben, hogy ő helyeselné vagy ellenezné hasonló viselkedést a való életben.

A stratégiával nem rendelkező mediáció ugyanezen tevékenységeket jelenti, de nem kizárólag a televíziós műsor fogyasztása közben vagy utána, hanem a napi események során, valami más viselkedésmód minősítése közben utal arra a szülő, hogy ez miben hasonlít a televízióban látottakhoz, célravezető volt-e a viselkedés, hogyan lehetne másképp csinálni, stb.

6.3.3. A mediáció lehetőségei internetezés esetén

Az internet adekvát használata a mai kor elengedhetetlen kompetenciái közé tartozik.

Éppen ezért az internettől való tiltás nem célravezető megoldás:

- a gyerek máshol mindenképpen találkozni fog vele (legkésőbb az iskolában, de ma már az óvodákban is előfordul internetes programok használata)
- emellett a szülők sokszor érzik úgy, ha nem adnák meg a lehetőséget arra, hogy a gyerek internetezzen, lemaradna a kortársaitól egy nagyon fontos területen

A tiltás helyett a szülőket inkább arra bátorítják a szakértők, hogy kicsi kortól kezdve hangsúlyozzák az alternatív programok fontosságát, szervezzenek a gyerekek számára életkoruknak megfelelő, lehetőség szerint a szabadban történő aktivitásokat, ezzel csökkentve annak a veszélyét, hogy a gyerek már idejekorán túl sok időt tölt a számítógép előtt.

Az internetezés bizonyos életkorig ne legyen „privát terület”, azaz a szülő érdeklődjön a gyereke internetezési szokásai iránt, beszélje meg vele, hogy mi az, amit lehet, mi az, amit nem. Emellett érdemes szűrőprogramokat telepíteni a számítógépre, amelyek megakadályozzák, hogy a gyermek nemkívánatos oldalakat keressen fel. Ide tartozik az is, hogy a számítógép ne legyen könnyen hozzáférhető, azaz jelszó megadásával lehessen csak elindítani, legyen „szem előtt”, azaz ne a gyerek saját szobájában, hanem a közös helységeken, így a szülő monitorozni tudja, hogy milyen tartalmakat fogyaszt a gyermek.

Idősebb korban természetesen a gyerek már kevésbé fogja engedni, hogy a szülő bepillantást nyerjen abba, hogy milyen tartalmakat fogyaszt. Az iskolában, barátoknál, vagy a mobiltelefonján már gyakorlatilag bármihez hozzáférhet a szülő tudta nélkül. Emellett a fiatalok ekkorra már olyan jártasságra tesznek szert az eszközök használata területén, ami gyakran túlmutat a szülő kompetenciáin: sokkal jobban értenek a médiumokhoz, éppen ezért könnyen kikerülhetik a szülői kontrollt. Ebben az időszakban így annak lesz jelentősége, hogy a korábban kialakított megfelelő szülő-gyerek kapcsolatra támaszkodva, a biztos érzelmi

alapok talaján a serdülő megossza a szülővel, ha valami olyasmi történik vele az internet használata közben, amit nem ért, ami megijesztette, vagy amit nem tud kezelni (Wallace, 2002; EU Kids Online; <http://cyber.law.harvard.edu>).

Ajánlott irodalom

Buckingham, D. (2002). *A gyermekkor halála után: felnőni az elektronikus média világában.* Helikon Kiadó, Budapest.

Nyíri, K. (2001) (szerk.). *A 21. századi kommunikáció új útjai.* MTA Filozófiai Kutatóintézete, Budapest.

Winn, M. (1990). *Gyerekek gyerekkor nélkül.* Kossuth Kiadó, Budapest.

7. Klinikai figyelmet igénylő állapot

Első fejezetünkben meghatároztuk, milyen tényezők segítségével tudjuk meghatározni, hogy egy viselkedést átlagosnak vagy az átlagostól eltérőnek, kórosnak tekintünk. Láttuk, hogy a normalitás kategóriáját meghatározzák a társadalmi normák, a szülői nevelés stílusa, az adott magatartás gyakorisága. Áttekintettük, hogy fontos szempont a normális-abnormális dimenzió elkülönítésében az egyén szubjektív közérzete, és nem utolsó sorban a kóros magatartásformák kialakulásában részt vesznek a maladaptív megküzdési stratégiák. Ezek alapján levonhatjuk azt következtetést, immár tudásunk alapján is, hogy az abnormális viselkedés és a mentális zavar fogalmi között nem lehet egyenlőségjelet tenni.

Ennek a fejezetnek a mentális zavar és a mentális zavarokat besoroló osztályozási rendszerek rövid összefoglalása a célja, amelyhez szükségünk van néhány fogalom tisztázására. A *mentális betegség* olyan gyakran megfigyelt tünetcsoportok megjelenési formája, amelyben bizonyos abnormális viselkedésmódok vagy vonások meghatározott köre együttesen és jellemzően megnyilvánulnak egy személyben. Definíciószerűen „*klinikailag jelentős viselkedési vagy pszichológiai tünetcsoport, mely egy egyénben megjelenik, szenvedéssel, rokkantsággal (a működés egy vagy két fontos területen mutatkozó hanyatlásával), vagy a szenvedés, halál, fájdalom, rokkantság vagy a szabadság jelentős korlátozásának kockázatával jár*” (Trull és Phares, 2004, 183. o.).

Ennek értelmében válik igazán érthetővé, hogy a személyiségfejlődési zavar nem jelenti minden esetben és minden személynél a klinikai diagnosztikus kategóriákba való besorolhatóságot. Sőt, ha a fejlődés folyamatjellegét, és a korábbi fejezetben ismertetett reziliencia képességét számításba vesszük, akkor azt is mondhatjuk, hogy egy gyermekkorban jellemző személyiségfejlődési zavar nem vételezi előre teljes mértékben a felnőttkori mentális zavar kialakulásának valószínűségét. Ennek megértéséhez gondolkodásunk átstrukturálódására van szükség, mely folyamatokban látja az egyén külső környezeti eseményeinek és feltételeinek, továbbá belső fiziológiás környezetének interakcióit és ennek lehetséges kimeneteleit. Példát könyvünk korábbi fejezeteire alapozva, öngyilkos viselkedés egy adott egyénnél előfordulhat egy kritikus élethelyzetben, és a viselkedés a személyiségfejlődés történetébe ágyazva akár magyarázatot nyer, mégsem mondhatjuk egyértelműen minden esetben, hogy a személy viselkedése a major depresszió diagnosztikus

kategóriájának minden tünetét kimeríti. Így egy egyén tanúsíthat abnormális viselkedést anélkül, hogy mentális zavara lenne.

Ezen túl nem tekinthető mentális zavarnak, ha egy személy egy adott, számára valamilyen okból megterhelő élethelyzetre reagál abnormális viselkedésmódokkal (Trull és Phares, 2004), legyen ez gyermek esetében egy válasra adott regresszív reakció, felnőtt esetében egy közeli hozzátartozó halálát követő gyász, vagy anyai bántalmazás esetén a dezorganizált kötődés. Azonban azt látjuk, hogy ezek az állapotok, tünetek az egészségügyi besorolás szempontjából medikalizálhatók, amely a társadalmi stigmatizációt növeli (Harangozó, 2009). Az tehát a kérdés, hogy egy viselkedés mikor igényel klinikai figyelmet. Trull és Phares (2004) azt a választ adja, hogy klinikai figyelmet azok az állapotok igényelnek, melyek *szindrómaként* - abnormális viselkedések halmazaként -, *egyéneken belüli funkciózavarral* jellemezhetők.

A pszichiátriai nozológia, más szóval betegségtan fejlődését két modell szemlélteti:

1. *Nagy professzor elv*, mely a tudomány kiemelkedő személyeinek önálló megfigyeléseinek rendszerében jelenik meg. Ez az elv sokszor a valóság torzított felismeréséhez vezetett, és túlzottan nagy fogalmi szabadságával, inkább tördelte a tudományos kutatás lehetőségeit.
2. *A szakértői konszenzus elve*, mely vélemények, tapasztalatok, és vizsgálatok adatai alapján kidolgozott rendszert képvisel.

Jelen korunk tudománya és a társadalombiztosítási rendszerek finanszírozása a klinikai tesztelhetőséget, a bizonyítékokat, az egyértelmű kritériumokat részesíti előnyben, melyeket szakmai viták és ezek folyamán kialakuló egyezségek tesznek validdá. Mielőtt további ismereteket nyújtanánk a klasszifikációs rendszerekről, tegyünk néhány fogalmat érthetővé: a *klasszifikáció* jelentése osztályozás, mely a diagnózis által jön létre. A *diagnózis* az egyes betegségektől azonosítását segíti elő, a differenciáldiagnózis a hasonló tünetcsoporttal rendelkező betegségkategóriák egyértelmű elkülönítését teszi lehetővé.

A klasszifikációs rendszerek a diagnózisalkotás folyamatát segítenék elő, azonban ez a mentális zavarok és betegségek körében nagyon nehéz, mivel

- a. a mentális zavarban szenvedőket nem lehet jól elkülöníteni az egészséges emberek körétől,
- b. a mentális betegségeket nem lehet jól elkülöníteni egymástól,
- c. a mentális betegségek kórlefolyása nem egységes,
- d. a mentális eredetű betegségek kimenetele nem előrejelezhető
- e. a mentális betegségek esetében laboratóriumi igazolás mértéke elhanyagolható.

Ezen megállapítások következtében a tudomány képviselői által nagyon gyorsan levonható az a következtetés, hogy a pszichiátriai diagnosztika érvényessége a népi osztályozástól nem különbözik jelentősen (Harangozó, 2009). A kritikákra való reflexió és a betegek kezelési stratégiái így olyan klasszifikációs rendszerek és betegségkategóriák kialakítását tűzhetné ki célul, mely figyelembe veszi a környezeti ártalmakat, a stresszt okozó tényezőket, az adaptációs képességet, a megküzdési stratégiákat, és az interperszonális kapcsolatokat, melyek a kutatási eredmények szerint befolyásoló tényezők a betegség lefolyásának (Harangozó, 2009).

7.1. A mentális betegségek klasszifikációs rendszerei

A tudományos pszichológia megszületését 1879-től számítjuk, amikor Wilhelm Wundt kialakította Lipcsében az első kizárólag pszichológiai mérésekkel foglalkozó laboratóriumot. A pozitívizmus térhódítása és az evolúció elméletének megjelenése úgy biztosított az önálló tudományágnak létjogosultságot, hogy a pszichofiziológiai mérések kiállták a tudományosság kritériumainak próbáját.

Már látjuk, hogy bár szinte minden pszichiátriai zavarral élő személy produkál egyedi, a saját élettörténetében jelentéssel bíró tünetet, mégis a biomedikális modell az egységes diagnosztikus kategóriába való besorolást részesíti előnyben, amely a betegség történetéből kiemeli a „lényegét”, redukálva az információ mennyiséget, esetenként elhanyagolva a terápiás szempontból fontosnak ítélt információkat, a betegség fejlődéstörténete hozzáférhetlenné válik (Harangozó, 2009; Péley, 2013). Ennek négy előnyét sorolják fel:

- A diagnózisnak kommunikatív szerepe van, ami azt jelenti, hogy a diagnózis sűríti az információkat, ezzel gazdaságossá teszi a szakemberek gondolkodását. Ezen túl, a diagnosztikus kategóriák magas megbízhatósággal jellemezhetők, vagyis az anorexia nervosa diagnózisát egymástól függetlenül kiadja két pszichiáter a meghatározott

viselkedés esetén még akkor is, ha egymástól térben távol helyezkednek el, akár nemzetközi viszonylatban.

- Lehetővé teszi a pszichopatológiai állapotok tudományos és empirikus kutatását, miáltal a különböző állapotok és embercsoportok összehasonlíthatóvá válik más csoportokkal, egyes mentális zavarok más zavarokkal való előfordulásának együttjárásainak – komorbiditás - vizsgálatát elősegíti.
- Lehetővé teszi a betegség kialakulására vonatkozó okok, a betegség kialakulásában szerepet játszó tényezők kutatását, vagyis az etiológiai tényezők felkutatását segíti.
- Kijelöli a kezelés módját (Trull és Phares, 2004).

Harangozó szerint az információredukció vezethet hibás diagnózisok alkotásához. Elképzelhető ugyanis, hogy az információredukció már a diagnózis megszületés előtt beindul, figyelmen kívül hagyva az állapotot kialakító környezeti és helyzeti tényezők befolyásoló hatását. Példaként major depresszió diagnózisa kiadható egy hajléktalan embernek, aki nehéz élethelyzetekbe kerülve mindent elveszítve kerül pszichiátriai gondozóba, és egy olyan embernek, aki számára az élet - mivel alapvető szükségletei - kielégülnek, nem tartogat semmi újdonságot, így elveszíti érdeklődését a külvilág dolgai iránt, viselkedése beszűkül.

7.1.1. DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

A DSM-et az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) alakította ki. Az első DSM 1952-ben hatvan betegséget sorolt fel, revíziójára már 1968-ban sor került (DSM-II). Ezekben a rendszerekben a diagnosztikus kategóriák pszichózis-neurózis mentén különültek el, és nem jelent meg éles határ a normális és abnormális viselkedés között, csupán egy kontinuum két végpontjaként definiálódott. 1980-ban jelent meg a DSM-III, ami biokémiai modell alapján osztályozta a mentális betegségeket, igazán nagy különbség az előző változathoz képest, hogy megjelenik egy éles határ a normalitás-abnormalitás jelenségek között, ugyanakkor még mindig nem jelenik meg a dimenzionális szemlélet, nem vizsgálja a betegség etiológiáját, a szociális-társadalmi helyzetét, egyéb betegségeit, kizárólag a diagnózisra és a kezelés lehetőségeire fókuszál. 1987-ben jelent meg a DSM-III-R, majd 1994-ben a DSM-IV, 2000-ben ennek revíziója a DSM-IV-TR, mely multiaxiális rendszerbe foglalja a mentális betegségeket (American Psychiatric Association, APA). A DSM-nek három fő része van:

(1) *diagnosztikus osztályok* tartalmazzák a DSM által leírt mentális zavarok listáját, a diagnózisalkotás a tüneteket legjobban tükröző zavar kiválasztásával történik.

(2) a *diagnosztikus kritériumok* rész tartalmazza minden mentális zavar tüneti listáját, a zavar megállapításához elengedhetetlen kritériumokat és a tünetek fennállására vonatkozó időintervallumot, melyek együtt szükségesek az adott diagnosztikus kategória kiállításához.

(3) *leíró rész* a DSM harmadik komponense, amely a diagnózisok jellemzőit tartalmazza, leíró formában a zavar altípusait, a differenciáldiagnosztikai kategóriákat, a zavarhoz társuló vonásokat, a kulturális, a nemi, az életkorbeli jellegzetességeket, és a családi mintákat.

- I. tengelyen a tünetcsoport meghatározása történik, a diagnosztikus kategóriát ez adja a viselkedés alapján.
- II. tengelyen a személyiségzavarok meghatározása történik.
- III. tengelyen a testi betegségek bejelölése.
- IV. tengelyen a pszichoszociális nehézségek
- V. tengelyen pedig a teljesítőképesség jellemzése.

Ennek alapján a DSM-IV-TR I. tengelyének kategóriái :

- I. Gyermek- vagy serdülőkorban megjelenő zavarok
- II. Delírium, dementia, amnesztikus és egyéb kognitív zavarok
- III. Általános testi betegség által okozott mentális zavarok
- IV. Pszichoaktív szerek használatával összefüggő zavarok
- V. Schizophrenia és egyéb pszichotikus zavarok
- VI. Hangulat- (affektív-) zavarok
- VII. Szorongásos zavarok
- VIII. Szomatoform zavarok
- IX. Facticiózus zavarok
- X. Disszociatív zavarok

- XI. Szexuális- és nemi identitás zavarok
- XII. Táplálkozási zavarok
- XIII. Alvási zavarok
- XIV. Az impulzus kontroll zavarai
- XV. Alkalmazkodási zavarok
- XVI. Személyiségzavarok (a II. tengelyen kódolva)
- XVII. Egyéb, mentális zavart nem jelentő, de figyelmet és kezelést igénylő állapotok

Buda (é.n.) szerint a DSM sajátosan „Janus-arcú”. Egyrészt pontos diagnosztikus kategóriákkal rendelkezik, önreflexív és társadalmi hatásokat figyelembe vesz, a diagnosztikus kategóriák kutatások alapján alakulnak ki. Másrészt azonban a kritériumok nem pontosak, a diagnózisok nem egyértelműek, a zavar és betegség viszonyát nem tisztázza, a diagnózis alapját a viselkedés adja, független az élettörténetétől, és a személyiségfejlődéstől, ami legnagyobb hiánya, hiszen a betegségek keresztmetszeti értelmezésére ad alapot csupán (Buda, é.n.).

A kritikák és az alkalmazhatóság megkérdőjelezésének következtében az APA elkezdte a IV. kiadás revízióját, aminek eredményeképpen 2013. májusában az APA éves közgyűlése San Francisco-ban jóváhagyta a DSM-V-t kiadását, ugyanakkor 2014. október 1-től az USA is átveszi a BNO-10 kódrendszerét az egészségügyi rendszerben, így a BNO-10 és a DSM-V között egy átkódolási rendszert is bevezetnek.

A DSM-V-ben kialakult legfőbb változás, hogy a BNO-hoz közelítve megszűnt a multiaxiális besorolás, vagyis a fent bemutatott öt tengely egybeolvadt. A mentális zavarokat két szintű besorolás jellemzi, melyeket specifikus kérdőívcsomagok tartoznak, melyek kiértékelése segíti a diagnosztikus kategória kialakítását.

A DSM-V három részből áll, az első rész egy általános bevezetőt tartalmaz, a második rész (Section II) a diagnosztikus kategóriákat és kódjaikat, a harmadik rész (Section III) pedig az eddig kialakulatlan diagnosztikus kategóriákat, melyek további vizsgálatokat igényelnek.

A diagnosztikus kategóriák közé tartoznak a következő zavarok főcsoportjai:

- Fejlődésneurológia zavarok: a menális retardáció fogalmát felváltotta az intellektus hiányos működése (Intellectual disability)
 - Kommunikációs zavarok
 - Autizmus spektrum zavar
 - Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar
 - Specifikus tanulási zavarok
 - Motoros zavarok
 - Egyéb fejlődésneurológiai zavarok
- Schizofrénia spektrum zavar és más pszichotikus zavarok
 - Katatónia
- Bipoláris és ehhez kapcsolódó zavarok
- Depressziós zavarok: kikerült a gyász a depressziós tünetcsoportból a gyász és a depresszió eklülönítése érdekében, illetve mivel a DSM-IV 2 hónapnál rövidebb idegig tartó periódusban határozta meg a gyászfolyamatot: Többek között a gyászt, mint súlyos pszichoszociális stresszort határozták meg, mely egyértelműen elkülönül a major depressziós epizódoktól.
- Szorongásos zavarok
- Obszessív-kompluzív és ehhez kapcsolódó zavarok
- Trauma és stressz okozta zavarok
- Disszociatív zavarok
- Szomatizációs és ehhez kapcsolódó zavarok
- Táplálási és evészavarok
- Eliminációs zavarok (Enuresis, Encopresis)
- Az alvás és ébrenlét zavarai
 - Légzéssel kapcsolatos alvászavarok
 - Paraszomniák
- Szexuális viselkedés zavarai
- Gender diszfória
- Diszruptív, impulzuskontroll, és magatartászavarok
- Szerhasználattal kapcsolatos és additív zavarok
 - Szerhasználattal kapcsolatos zavarok

- Alkoholhasználattal kapcsolatos zavarok
- Koffeinhasználattal kapcsolatos zavarok
- Kannabiszhasználattal kapcsolatos zavarok
- Halucinogénekkal kapcsolatos zavarok
- Belélegzett szerekkel kapcsolatos zavarok
- Opioid használattal kapcsolatos zavarok
- Szedatívumokkal és szorongásoldókkal kapcsolatos zavarok
- Stimulánsokkal kapcsolatos zavarok
- Dohányzással kapcsolatos zavarok
- Egyéb vagy ismeretlen eredetű szerhasználattal kapcsolatos zavarok
- Nem szerfüggőséggel kapcsolatos zavarok (Szerencsejátékhoz kapcsolódó zavar)
- Neurokognitív zavarok
 - Major és enyhe neurokognitív zavarok
- Személyiségzavarok
 - A csoport
 - B csoport
 - C csoport
 - Más jellegű személyiségzavarok (Más betegség következtében kialakuló személyiségzavar)
- Parafilák
- Más mentális betegségek
- Gyógyszer által kiváltott mozgászavarok vagy egyéb hatás
- Más, a klinikai fókusz figyelmet igénylő zavarai

A harmadik fejezetbe tartozó zavarok, melyeket besorolni a fenti kategoriális rendszerbe nem lehetett, vagy további kutatásokat igényelnek, a következők:

- Egy betegségcsoportokon átívelő tünettani dimenzionális változó (cross-cutting assessment), ahol a hangulati élet a szorongások, az agressziószint, a pszichotikus tünetek, alvászavar és a szerhasználat súlyosságát pontozzák. Külön kérdőívcsomagokat alakítottak ki a felnőttek, a serdülők (11-17 év), és gyermekek (6-17 év) számára. Ezt követően a mentális zavar iránya alapján további kérdőívcsomagok segítségével határozzák meg a diagnózist.

- Kulturális háttér
- Személyiségzavarok alternatív magyarázata
- További kutatásokat igénylő zavarok: elsősorban a pszichózisokat, depressziós periódusok alatti rövid hipomán állapotok, a gyással kapcsolatos tüneti kép, mely egyértelműen elkülönül a depressziós tünetegyüttestől, túlzott koffeinhasználat, internetfüggőség, magzati alkoholszindróma idegrendszeri hatásai, öngyilkosság, önsértések.

7.1.2. BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása

A BNO kialakításának gyökerei a XVIII. századig nyúlnak vissza, és kezdetben a halálok alapján kategorizálta a betegségeket. 1948-ban, a hatodik revízió munkálatai kerítettek sort arra, hogy az osztályozás körét kiterjesztették a nem halálos kimenetelű betegségekre, majd 1975-ben a kilencedik revíziós konferencián elfogadták az orvosi beavatkozásokra és károsodásokra, fogyatékoságokra, és rokkantságra vonatkozó osztályok bevezetését is. Jelenleg 10. revíziója használatos, melyet 1983-ban Genfben egy, az Egészségügyi Világszervezet által életre hívott munkacsoport kezdett átdolgozni. A végleges verzió több nemzetközi egyeztetés után kialakult, és 1989-ben a Betegségek Nemzetközi Osztályozása Nemzetközi Konferenciája és a 43. Egészségügyi Világközgyűlés jóváhagyta a kiadványt, és 1993. január elsejétől érvénybe helyezte. A tizedik revízió a betegségek 19 főcsoportját alakította ki, melyből az V. főcsoport tartalmazza a Mentális és viselkedészavarok kategóriáit (F kezdőbetűvel) (BNO, 1995).

A BNO-10 V. főtengelyének kategóriái, amely a mentális és viselkedészavarok besorolását teszi lehetővé:

- F00 Organikus és szimptomás mentális zavarok
- F10 Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok
- F20 - F29 Schizophrenia, schizotipias és paranoid zavarok
- F30 - F39 Hangulat- (affektív) zavarok
- F40 Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform zavarok
- F50 - F59 Viselkedészavarok, melyek fiziológiai zavarokkal és testi tényezőkkel társulnak
- F60 - F69 A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai
- F70 - F79 Mentális retardáció

- F80 - F89 A pszichés (lelki) fejlődés zavarai
- F90 - F98 A viselkedés és az érzelmi-hangulati élet rendszerint gyerekkorban vagy adollescenciában (serdülőkorban) jelentkező zavarai
- F99 Nem meghatározott mentális zavar

A BNO-10 klasszifikációs rendszere eltérő kategóriákat alkot a DSM-től, hiszen a betegségek teljes körére kiterjed, aminek egy szeletét képviselik a mentális és viselkedészavarok, továbbá egy tengelyen vizsgálódik, empirikus igazolhatósága alacsony szintű, a kategóriák meghatározásában nagyobb szubjektívizmusra ad lehetőséget.

7.2. Új tudományos paradigma

Az orvoslásban jelen korunkban a pszichológiai kutatások eredményei előidéznek egy paradigmaváltást. Könyvünkben igyekeztünk ezt a paradigmaváltozást több helyen bemutatni és hangsúlyozni, például az egyén jólléte fejezetben, ahol bemutattuk az egészségfejlesztés szempontját a prevencióval szemben. Harangozó (2009) alapján áttekintjük azokat a tudományfilozófiai és társadalomfilozófiai irányzatokat, melyek közvetve, de alakították a tudományos gondolkodást, hatottak a medikális modellek kialakulására, és azzal zárjuk a fejezetet, hogy a tudományos kutatások iránya a jövőben mely irányba fordulhat annak érdekében, hogy a kezelés hatékonysága és a társadalom szubjektív jólléte emelkedhessen.

Hegedűs háromféle tudományfilozófiai irányzatot mutat be, melyek a XIX. századi filozófiai irányzataiból nőtték ki magukat társadalomfilozófiai irányzattá.

1. *Természettudományos megközelítés* alapja, hogy az egyén viselkedése belső törvényei által determinált. Ez egyértelműen az individualista társadalomfilozófiai szemlélettel függ össze, mely az egyéni-re helyezi a hangsúlyt. Ehhez illeszkedik a pozitívizmus eszméje, mely kritériumrendszerével, igazolható és megismételhető tudományos kutatásokat igényel, melyek bizonyító erejűek. Gyógyító szemléletét uralja a biomedikalitás, mely a belső természeti törvényekbe való beavatkozás lehetőségeit kutatja. A pszichiátriai betegség az agyi degeneratív elváltozások következménye, melynek meghatározott genetikai háttere van, melyek tudományosan megalapozott diagnosztikus kategóriákba sorolhatók. A beteg hierarchikus viszonyban van orvosával, és elfogadja a betegségmagyarázatot.

2. *Szellemtudományos megközelítés* tulajdonképpen a „biomedikális szemlélet antitézise”, melyben a személyt döntései és választásai határozzák meg, ezáltal társadalmi interakciók eredményeképp alakul viselkedése, ami a konstruktivizmus eszméjéhez vezet. A pszichoterápiákat a megértés és az értelmezés vezérli. Ezáltal a betegség az egyén „sorsa”, klasszifikációs kategóriák nem létező entitások.

Egzisztencialista megközelítés az egyén tapasztalatainak és kapcsolatainak összhangjaként működik, mely a személyközpontú megközelítést alkalmazza. Eszerint a kiteljesedés adott mindenki számára, és a fejlődésbeli elakadás korrigálható az egyén céljai és szükségletei a kliens önsegítő viselkedése által elérhető, melyben az egyénnek felelőssége és felhatalmazása van elérni mindezt a szükséges jogosultságok, információk és erőforrások birtoklása által. Ennek értelmében a kliens és terapeuta között a hierarchikus viszonyt egyenrangúság váltja fel, a prevenció helyett egészségmegőrzés és egészségfejlesztés kap hangsúlyt.

7.3. Intézményi háttér a személyiségfejlődési zavar gyanúja esetén

A szocializációs folyamat különféle elakadásait, zavarait a megfelelő intézmények megelőzni illetve korrigálni szándékoznak. Ennek többféle színtere van az egészségügyi intézményektől kezdve a nevelési tanácsadón át az iskolapszichológusig.

A pszichés zavarok diagnosztizálásában a szülőknek, az óvónőknek, illetve a pedagógusoknak alapvető szerepük van, akik ezt követően kérhetik a megfelelő intézmények és szakértők segítségét.

7.3.1. Iskolapszichológia

Az iskolai nevelés folyamatát több ponton is segítheti a pszichológusi tevékenység, ennek egyik formája az iskolán kívüli intézményekkel való együttműködés (pályaválasztási- illetve nevelési tanácsadók), másik pedig az iskolán belül dolgozó pszichológus munkája.

Az iskolapszichológus fő feladata a pedagógusok munkájának támogatása. Ennek két formája a következő:

- az iskolai szocializációhoz köthető tevékenységek
- a beilleszkedési problémák, deviáns viselkedésmódok megelőzése, illetve kezelésük elősegítése (Kósáné és Ruskó, 1997)

Az iskolapszichológusok minden esetben az adott iskola tantestületével együttműködve, közös célokat kitűzve végzik tevékenységüket, melyen belül a következő területeket különíthetjük el:

- információ gyűjtése a tanulókról, illetve a diákok csoportjairól (felmérések, vizsgálatok): a tesztek, kérdőívek, interjúk, fókuszcsoportos beszélgetések, megfigyelések segítségével többletinformáció gyűjtése, melyeket az egyéni diagnózis felállításához, vagy fejlesztő programok kidolgozásához használja fel a szakember
- óralátogatások: elsősorban a pedagógusok kezdeményezésére történő megfigyelő részvétel a tanórákon; a tanárok a felmerülő szakmai kérdésekre gyakran azért nem találnak választ, mert a folyamatoknak ők is aktív résztvevői. Ilyen esetekben az óralátogatások tapasztalatainak közös megbeszélése (pl. egy problémás tanuló esete) segíthet a pedagógusnak a nevelési stratégiák kidolgozásában
- foglalkozások vezetése a gyerekekkel: tanácsadás krízishelyzetben, vagy átmeneti viselkedészavarok esetén. Akik hosszabb terápiát igényelnek, azokat a megfelelő szakemberhez irányítja az iskolapszichológus
- preventív tevékenységek: magatartási és beilleszkedési zavarok szűrése, ami általában a tanórákon történő hospitálások során történik
- segítség az oktatómunkában: hatékony tanulási stratégiák tanítása a tanulóknak, illetve a pedagógus támogatása a szaktárgytanítással kapcsolatos problémák leküzdésében
- segítség a nevelőmunkában: szexuális felvilágosítás, az osztályközösségek összetartásának növelése, pályaválasztást segítő tanácsadás
- képzés: a pedagógusokkal végzett konzultációk során valósul meg. A pszichológus olyan ismeretanyagot ad át a tanárnak, ami a pszichológiai képzés egy fajtáját jelenti.
- értékelés: az oktatási és nevelési programok hatásvizsgálata pszichológiai ismereteinek felhasználásával
- tehetséggondozás: az iskolapszichológus közreműködése segítheti a megfelelő fejlesztő közeg megtalálását, illetve támogatja a tehetséges gyerekek közösségi helyzetét (Bugán és Nagy, 2000).

Az iskolapszichológiát a következő szemléletmód jellemzi (Porkolábné és Szitó, 2004):

- nem a gyógyításon, hanem a megelőzésen van a hangsúly, azaz a pszichológus arra törekszik, hogy minél korábban felismerje a tanulási- és magatartásproblémákat. Minél hamarabb sikerül azonosítani a zavart, annál nagyobb a valószínűsége a korrekció sikerességének
- amikor az iskolapszichológus diagnózist állít fel a gyerekről, igyekszik a diák gyengeségei mellett kompetenciáit is belefoglalni, és ezek alapján javasolja az iskolán belül is végrehajtható teendőket. Minél több esetben válik lehetővé a probléma intézményen belüli megoldása, az egyrészt tehermentesíti a többi intézményt, másrészt növeli a pedagógusok önbecsülését, akik ilyenkor azt érezhetik, hogy ők maguk tették a helyzet változtatásáért
- az egyénnel való foglalkozások mellett a gyerekek csoportjainak megismerése, illetve a számukra kidolgozott fejlesztő programok is egyre hangsúlyosabbak. A problémás viselkedés hátterében nemcsak az egyén személyiségvonásai és képességei állnak, hanem a kortárs csoportban elfoglalt helye is. Ha egy gyerek magányos a társai között, az is okozhat tanulási- és magatartászavarokat, így a csoportviszonyok megváltoztatásával az egyéni problémák is oldódhatnak
- rendkívül nagy szerep jut a pedagógusokkal folytatott megbeszéléseknek, amelyeknek a nézőpontok egyeztetése mellett az is célja, hogy bővüljenek a tanár ismeretei, és a későbbiekben akár egyedül is képes legyen a hasonló jellegű problémák megoldására

7.3.2. Nevelési tanácsadó

A nevelési tanácsadóban dolgozó szakemberek segítségét a következő esetekben szokták kérni:

- tartós viselkedési problémák vagy beilleszkedési zavarok (pl. túlzott visszahúzódás)
- az érzelmi élet zavarai (pl. agresszivitás, szorongás)
- az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos problémák (pl. motiváció hiánya)

A fenti zavarok a szülő, a tanár és a környezetben jelen lévő más felnőttek számára is egyértelmű tünetekkel járnak, ami azért lényeges, mert a tanácsadást a ritka kivételektől eltekintve a felnőttek kezdeményezik (Bugán és Nagy, 2000).

A nevelési tanácsadók feladata:

- diagnosztizálás
- tanácsadás: célja az egyén személyiségének fejlesztése, a problémamegoldó képesség növelése, az esetleg rejtett erőforrások aktivizálása annak érdekében, hogy az épp aktuális

zavart kezelni tudja, illetve lélektani értelemben felkészüljön a későbbiekben bekövetkező hasonló eseményekre

- pedagógiai diagnosztizálás
- pedagógiai fejlesztés
- fejlettségi vizsgálatok elvégzése: iskolakezdés előtt az óvoda javasolhatja az érzelmileg, társas szempontból vagy mentálisan nem érett gyermek vizsgálatát, amely nevelési tanácsadóban (értelmi fogyatékoság gyanúja esetén pedig a tanulási képességet vizsgáló bizottság előtt) történik (Horányi és Hofmann, 1999).

Ha a nevelési tanácsadóban dolgozó szakemberekben felmerül a gyanú, hogy a gyermeknél olyan testi-, érzékszervi-, beszéd- vagy egyéb fogyatékoság áll fenn, amely már nem tartozik az ő kompetenciájába, akkor javasolni fogja a szülőnek a megfelelő intézmény felkeresését.

Az iskolapszichológus és a nevelési tanácsadóban dolgozó szakemberek közötti különbségek a következők (Porkolábné és Szitó, 2004):

- az iskolapszichológus tevékenységében a megelőzésre, a nevelési tanácsadóban a gyógyításra helyeződik a hangsúly. Más súlyosságú problémákkal foglalkoznak: az iskolapszichológus krízishelyzetekben ad tanácsot, a nevelési tanácsadó szakemberei hosszabb távú kapcsolatot építenek ki a gyerekekkel
- az iskolapszichológus a pedagógusokkal szorosan együttműködve folytatja tevékenységét, de a szülőkkel csak akkor kerül kapcsolatba, ha azt ők kimondottan igénylik. A nevelési tanácsadóban a szülőkkel több esetben is konzultációra kerül sor, amire azért van szükség, mert a problémák túlnyomó többségében a családi háttér ismerete elengedhetetlen a megoldások megtalálásához.

7.3.3. Klinikai gyermekpszichológia

A gyermekek súlyosabb zavarainak ellátása a gyermekpszichiátrián (gyermekideggondozóban vagy gyermek mentálhigiénés gondozóban) történik.

A klinikai gyermekpszichológus olyan magatartásformákkal foglalkozik, amelyeket a felnőttek (szülők és tanárok) a normálistól eltérőnek tartanak, és amelyeket ők maguk már nem tudnak kezelni. A pszichológus ezekben az esetekben a kérdéses problémát előidéző

okok feltárásán túl a gyermek pszichés folyamataival, azok esetlegesen nem megfelelő működésmódjával foglalkozik.

A kiváltó okok felderítéséhez szükséges ismerni az egyén aktuális érettségi szintjét, eddigi fejlődésmenetét, és ezekből építkezve fel lehet mérni a fejlődési lehetőségeket. Mindehhez ismerni kell még a gyermek környezetének jellegzetességeit, illetve az egyén és a környezet viszonyát (Bugán és Nagy, 2000).

A gyermekek és serdülők terápiáját a következő tényezők nehezítik:

- a fejlettségi szint befolyásolja a munka hatékonyságát, hiszen a gyerekeknek meg kell érteniük, hogy mit kíván tőlük a terapeuta, és együtt kell működniük vele. Ez főként a kisebb gyerekek esetében okoz nehézséget, de az idősebbeknél is gátló tényező lehet a kooperációban például a szülők negatív viszonyulása a kezeléshez
- a családok sokszor tagadják saját felelősségüket a problémahelyzet kialakulásában, márpedig a végeredmény szempontjából lényeges, hogy a szülők is hajlandóak legyenek változtatni saját nevelési módszereiken, attitűdjükön, viselkedésükön
- a közvéleményben uralkodó ellenállás a pszichológusi segítséggel szemben (=aki pszichológushoz jár, az „nem normális”) sok esetben megakadályozza, hogy a gyerekek szakemberhez kerüljenek. A fiatalok nem kérnek maguktól segítséget, ezért a szüleik elfogadó attitűdjén múlik, hogy sor kerül-e terápiás kezelésre (Tuma, 1989).

7.3.4. Gyermek- és ifjúságvédelem

A gyermek- és ifjúságvédelem definíciója: „mindazon jogi, egészségügyi, szociális és nevelési eszközöknek az összessége, amelyek a gyermekek harmonikus személyiségének kibontakoztatását szolgálják, és biztosítják számukra azt a különleges védelmet, amit fizikai és szellemi éretlenségük indokol. Szélesebb értelemben idetartozik minden olyan, a gyermeket nevelő családok felé irányuló pénzbeli vagy természetbeni támogatás és szolgáltatás, ami segíti a szülőket abban, hogy a gyermekeiket felnevelhessék, és ne alakuljon ki a gyermeket veszélyeztető helyzet a családban” (Gulyásné Kovács, 1997, 1. o.).

A gyermeket veszélyeztető faktorok eredhetnek a környezetből (pl. elhanyagoló szülők), egészségügyi vagy anyagi okokból, vagy a gyerek személyiségéből is.

A gyermek- és ifjúságvédelem alapvetései:

- a korai években a gyermek korlátozottan cselekvőképes, ezért védelemre szorul

- az államnak joga van arra, hogy ellenőrizze a családi közeget, és szükség esetén beavatkozzon annak életébe
- mindez nemcsak mint lehetőség, hanem mint kötelesség jelenik meg az állami gondoskodás feladatai között

A Gyermek- és ifjúságvédelmi törvény 1997. évi XXXI. törvény alapján az egészségügyi szakembereknek (orvos, védőnő), a nevelési intézményeknek (óvoda, iskola), a nevelési tanácsadó szakembereinek, a hatóságoknak (rendőrség, bíróság) és az egyházi intézményeknek jelentési kötelezettségük van, azaz amennyiben problémát észlelnek, arról információt kell szolgáltatniuk a gyermekvédelmi intézmények felé (Gulyásné Kovács, 1997).

A gyermekvédelemnek két szempontot kell egyszerre figyelembe vennie:

- a felnevelkedés optimális közege a család
- azonban a családi közeg működhet diszfunkcionálisan is, és ezáltal ártalomkózzóvá válik.

A szülői magatartással kapcsolatban a gyermekvédelemnek nehéz dilemmákat kell átlátnia és megoldania (Vajda, 2005d):

- milyen határok között lehet a gyermeknevelést privát területnek tekinteni (a szülők nevelési módszerei, amelyek saját szocializációjukból és személyiségjellemzőikből fakadnak, mely pontig alkalmazhatóak a szülők saját belátása szerint, és mikor kell közbeavatkozni)
- milyen lehetőség van a nem megfelelő bánásmód megelőzésére vagy megakadályozására
- a megvalósított intézkedés milyen hatással lesz a szülő-gyerek kapcsolat további menetére

A jogszabályok elsősorban azt támogatják, hogy a gyerek a családban maradjon, és onnan csak akkor kerüljön kiemelésre, ha a közeg az egészségét vagy az életét veszélyezteti. Miller és Knudsen (1999) szerint azonban a „család mindenáron való megőrzésére irányuló törekvés” (family preservation model, 706. o.) gyakran gátat vet a megfelelő hatósági beavatkozásnak, és a gyermek családban hagyása helyrehozhatatlan zavarokhoz vezethet.

A gyermek- és ifjúságvédelmi szakember feladata a rizikótényezők feltárása, jól beazonosítható faktorok esetén a megelőzés, illetve a probléma kialakulása után a megoldási módok feltárása. A gyermekvédelmi intézkedések tehát a következők lehetnek (Vajda, 2005d):

- prevenció: amennyiben a családi közeg összetétele és működés módja alapján feltételezhető, hogy problémák fognak fellépni, idejekorán lehetőség nyílik a megelőzésre. Az ártalmat okozó szülői bánásmód előrejelzésében alapvető szerep jut a gyermeket jól ismerő

szakembereknek, az óvónőnek, a pedagógusnak, a gyermekorvosnak. A prevencióban részt vehet a családsegítő szolgálat, amely különböző módokon (anyagi vagy gyakorlati értelemben) enyhítheti a család terheit, ezáltal csökkentve az esetlegesen kialakuló válsághelyzet súlyosságát, és védve a családban élő gyerekeket

- beavatkozás: ha már kialakult a veszélyeztetett helyzet, a hatóságok többféle módon közbeavatkozhatnak. Az intézkedések egyik típusa a védelembe vétel, amikor a gyermeket és családját fokozott mértékben figyelik a gyermekvédelmi szervek. A rendszeres odafigyelés, a szakemberek enyhe vagy erőteljes nyomásgyakorlása általában kedvezően befolyásolja a szülői viselkedésmódokat. Amennyiben a veszélyeztetettség még súlyosabb, lehetőség van a szülő felügyeleti jogának felfüggesztésére, és a gyerek rokonoknál való elhelyezésére vagy állami gondozásba vételére.

Ajánlott irodalom

Horányi, A. - Hofmann, G. (1999). *Pszichológiai és pedagógiai szolgálat a Nevelési Tanácsadóban*. Okker Kiadó, Budapest.

Porkolábné Balogh, K. – Szitó, I. (2004). Az iskolapszichológia néhány alapkérdése. *Iskolapszichológia, 1.* 7-42.

Felhasznált szakirodalom

- Akiskal, K., Akiskal, K., Haykal, R., Manning, J., & Connor, P.** (2005a). TEMPS-A: Progress toward validation of a self-rated clinical version of Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord, Special issue*, 85. 3-16.
- Akiskal H. S., M. M.-L.** (2005b). TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord*, 85. 45-52.
- Albert-Lőrincz, M., & Albert-Lőrincz, Cs.** (2011). Az identitásképződés szorongató kerete, avagy a kultúra mibenléte. *Magiszter, 2011 tavasz*. 54-71.
- Alexander, C. J.** (2004). Toward a Theory of Cultural Trauma. In C. J. Alexander, *Cultural Trauma and Collective Identity* (old.: 1-30). University of California Press: Berkeley-Los Angeles-London.
- Alkaysi, A. A.** (2008). Halál és temetkezés az iszlámban. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 3-4 szám.
- Almási, M.** (2000). *Korszellemvadászat*. Budapest: Helikon.
- Andorka, R.** (2006). *Bevezetés a szociológiába*. Budapest: Osiris.
- Antalóczy, T.** (2009). Kor-kép. In Antalóczy, T., Füstös L., & Hankiss E. (szerk.) (2009). *(Vész)jelzések a kultúráról*. Budapest: L'Harmattan. 10-14.
- Anthony, Z., & Bhana, K.** (1988). *An exploratory study of muslims girls understanding of death*. Baywood Publishing Co.
- Antonovsky, A.** (1987). *Unraveling the Mystery of Helath: How People Manage Stress and Stay Well*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A.** (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot. Int.*, 11 (1): 11-18.
- Argenti-Pillen, A.** (2000). The Discourse on Trauma in Non:Western Cultural Contexts: Contributions of fan Ethnographic Method. In R. Y. A. Y. Shalev, *International Handbook of Human Response to Trauma* (old.: 87-103). Nem York: Kluwer Academic/Plenum.
- Arnett, J.** (1995). Adolescents' Uses of Media for Self-socialization. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 519-534.

- Arnett, J.** (2002). The Sounds of Sex: Sex in Teens' Music and Music Videos. In Brown, J.D., & Steele, J.R. (eds.). *Sexual Teens, Sexual Media*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 253-265.
- Aronson, E.** (2008). *A társas lény*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Ars Moriendi - A meghalás művészete.** (2004). Budapest: Arcticus Kiadó.
- Asher, S.R., & Parker, J.G.** (1989). Significance of peer relationship problems in childhood. In Schneider, B.H., Attili, G., Nadel, J., & Weissberg, R.P. (eds.). *Social competence in developmental perspective*. Blackwell: London.
- Assmann, J.** (1999). *A kulturális emlékezet*. Budapest: Atlantisz Könyvkiadó.
- Atkin, C. K.** (1972). Anticipated Communication and Mass Media Information-Seeking. *Public Opinion Quarterly*, 36. 188 -199.
- Babocsay, Á.** (2003). A gazdasági célú kommunikáció pszichológiai vetületei. In Hunyady, Gy., & Székely, M. (szerk.) *Gazdaságpszichológia*. Budapest: Osiris 304-330.
- Bagdy, E.** (1986). *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Bagdy, E., Mirnics, Z., & Baktay, G.** (2006). *Pár- és családi kapcsolatok vizsgálata*. Budapest: HEFOP Digitális tankönyv.
- Bagdy, E.** (2007). Családi életciklusok és fejlődési sajátosságok. In Popper, P. (szerk). *A család: harcmező és békesziget*. Budapest: Saxum. 13-57.
- Bajomi-Lázár, P.** (2006). *Média és társadalom*. Budapest: Antenna Könyvek.
- Bakó, T.** (1996). *Verem mélyén*. Budapest: Cserépfalvi Kiadó.
- Bakó, T.** (2003). A krízis kezdeti szakasza és a gyász. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1-2.
- Bakos, F.** (1984). *Idegen szavak és kifejezések szótára*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Balázs J., K. A.** (közlésre elfogadva). Online Media Report on a Hungarian Double Suicide Case: Comparison of Consecutively Published Articles. *Psychiatria Danubina*.
- Balázs J., L. Y.** (2003). Prevalence and comorbidity of affective disorders in patients making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episode and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord*, 76. 113-119.
- Balboni, T. A., Balboni, M., Enzinger, A. C., Gallivan, K., Paulk, E., Wright, A., et al.** (2013). Provision of Spiritual Support to Patients With Advanced Cancer by Religious Communities and Associations With Medical Care at the End of Life. *JAMA Intern Med.*, 173(12). 1109-1117.
- Balogh, L.** (2006). *Pedagógiai pszichológia az iskolai gyakorlatban*. Budapest: Urbis Könyvkiadó.

- Bandura, A., Ross, D., & Ross, Sh. A.** (1963). Film által közvetített agresszív modellek utánzása. In Csepeli, Gy. (szerk.) *Csoportlélektan*. Budapest: Gondolat Kiadó. 515-525.
- Bandura, A.** (1969). Social Learning Theory of Identificatory Processes. In Goslin, D. A. (ed.). *Handbook of Socialization Theory and Research*. Chicago: Rand McNally and Company. 213-262.
- Bandura, A.** (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barsy, B.** (2011). *Stresszorok hatásának vizsgálata szorongásos kórképek és morfinfüggőség kialakulására kísérleti állatmodelleken*. Budapest: SE., Szentágotthai János Idegtudományi Doktori Iskola.
- Barta, A.** (1993). Szeparációs szorongás II. Szomorúság és gyász kisgyermekkorban. In Z. Gerő, *A gyermekpszichoterápia elmélete és gyakorlata II*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Bátki, A.** (2013) Intézetből örökbefogadott gyerekek érzelmregulációs fejlődése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2013, 68. 1. 105- 125.
- Baumeister, R. F.** (2003). Hogyan lett probléma az „én”? In V. Komlósi, A., & Nagy, J. (szerk.) *Énelméletek. Személyiség és egészség*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 147 - 175.
- Baumrind, D.** (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Becker, H. S.** (1964). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. Free Press: New York.
- Becker, W.C.** (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. In Hoffman, M.L., & Hoffman, L.W. (eds.). *Review of child development research. Vol. 1*. New York: Russel Sage Foundation.
- Becker, Gy., & Kaucsek, Gy.** (1996). *Termékergonómia és termékpszichológia*. Budapest: Tölgyfa Kiadó.
- Békés, V.** (2004). A félelem megszelídítése - a rettegéskezelés elmélete. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1-2.
- Békés, V.** (2008). *A trauma reprezentációjának változásai holokauszt-narratívákban*. Doktori disszertáció. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Btk, Pszichológiai Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program.
- Buda, B.** (1971). Az orvos szerepe az öngyilkosság megelőzésében. *Orvosi Hetilap*, 112 (22). 1274-1276.
- Bell, D.** (1974). *The Coming of Post-industrial Society*. London: Heinemann.
- Bell, L. G., & Bell, D. C.** (2005). Family dynamics in adolescence affect midlife well-being. *Journal of Family Psychology*, 19:198-207.

- Belsky, J.** (1989) Szülőség meghatározói: egy folyamatmodell. *Pszichológia*, 9 (3) : 383-404
- Bérdi, M., Zacher, G., Bálint, B., Orosz, A., Pálffy, R., Petrik, E., és mtsai.** (2013). Az öngyilkossági kísérlet okai és az öngyilkossági szándék komolysága önmérgezős szuicid kísérleten átesett nők körében. Kézirat.
- Berger, B. & Luckmann, Th.** (1998). *A valóság társadalmi megformálása*. Budapest: József Kézirat.
- Berkowitz, L. & Daniels, R. L.** (1963). Responsibility and dependency. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 429-36.
- Bernhoff, J., Mines, C., Boskirk, V.S., & Cortin, G.** (1998). Lazy Interactive Tv. *The Forrester Report*, 5.
- Bernstein D.P., F. L.** (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiat*, 151: 1132-1136.
- Bernstein, B.** (1996). Nyelvi szocializáció és oktathatóság. In Meleg, Cs. (szerk.). *Iskola és társadalom*. Pécs: JPTE. 207-234.
- Berta, P.** (2001). *Halál és kultúra - Tanulmányok a társadalomtudományok köréből*. Budapest: Osiris.
- Berta, J.** (2008). A szocializációs ágensek hatása a példakép-választásra. *Új Pedagógiai Szemle*, 2008/6-7. 64-78.
- Berta, J.** (2010). *A 12-17 évesek érték- és modellpreferenciái a médiahasználat függvényében*. Doktori (PhD) értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- Berta, J. & Mohácsi, Á.** (2013). Serdülőkori anonim jelenlét az online aktivitásban. In Vargha, A. (szerk.) *Kapcsolataink világa: A Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet*. Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság. 229.
- Biró, B. & Serfőző, M.** (2003). Szervezetek és kultúra. In Hunyady, Gy. & Székely, M. (szerk.) *Gazdaságpszichológia*. Budapest: Osiris 481-541.
- Biscoe, B.** (1999). A closer look at resilience: rebounding from the pain in the past. *College of Continuing Education, University of Oklahoma*.
- Blumfeldné, M.J. & Volentics, A.** (1992). *Nevelőotthoni nevelés*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- BNO-10** (1995). Betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása. Népjóléti Minisztérium, Budapest
- Boga, B.** (2000). Kadmosz szindróma. *Kharón Thatatológiai Szemle*, 4(1-2) 6-22.
- Bognár, G., & Telkes, J.** (1986). *A válás lélektana*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó.

- Bolla, V.** (2012). *A tanulási zavarral küzdő gyermekek megküzdési stratégiái*. Doktori (PhD) értekezés. Pécsi Tudományegyetem.
- Bonds, M. & Stoker, S.** (2000). *Bully proofing your school: A comprehensive approach to middle schools*. Longmont, CO: Sopris West.
- Boulton, M. J., Trueman, M. & Flemington, I.** (2002). Associations between secondary school pupils' definitions of bullying, attitudes towards bullying, and tendencies to engage in bullying: Age and sex differences. *Educational Studies*, 28. 353-370.
- Bowlby, J.** (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Briere J., R. M.** (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl*, 14: 357-364.
- Briggs, A. & Burke, P.** (2004). *A média társadalomtörténete Gutenbergtől az Internetig*. Budapest: Napvilág Kiadó.
- Brim, O. G. Jr. & Wheeler, S.** (1966). *Socialization After Childhood: Two Essays*. New York: John Wiley and Sons.
- Brodsky BS., O. M.** (2001). The Relationship of Childhood Abuse to Impulsivity and Suicidal Behavior in Adults With Major Depression. *Am J Psychiat*, 158: 1871-1877.
- Brodzinszky, D.M., Lang, R. & Smith, D.** (1995). Parenting Adopted Children. In Bornstein, M.H. (ed.). *Handbook of Parenting. Vol. 3*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Bryant, J. & Zillman, D.** (eds.) (1986). *Perspectives on Media Effects*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Bryant, J. & Oliver, M. B.** (1994). *Media Effects. Advances In Theory and Research*. Routledge: New York.
- Bryant, J. & Thompson, S.** (2002). *Fundamentals of Media Effects*. New York: McGraw-Hill.
- Buckingham, D.** (2002). *A gyermekkor halála után: felnőni az elektronikus média világában*. Budapest: Helikon Kiadó.
- Buda, B., & Szilágyi, V.** (1988). *Párválasztás*. Budapest: Párválasztás.
- Buda, B.** (1994). *Mentálhigiéné. A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei*. Budapest: Animula Kiadó.
- Buda, B.** (1997). A halál és haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamata. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1. 5-17.
- Buda, B.** (2001). *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok*. Budapest: Animula.

- Buda, B.** (2001a). Viselkedészavar, konfliktus, problémamegoldás az iskolában. In Fehér, I. (szerk.). *Pedagógia és pszichológia szöveggyűjtemény*. Pécs: Comenius Bt. 188-198.
- Buda, B.** (2001b). Az elektronikus kommunikációs kultúra árnyoldalai? Aggályok és tények az Internet és a mobiltelefon visszaélő illetve túlhasználatával kapcsolatban. In Nyíri, K. (szerk.). *A 21. századi kommunikáció új útjai*. Budapest: MTA Filozófiai Kutatóintézete. 81-91.
- Buda, B.** (2002). Kommunikáció az osztályban. A tanári munka kommunikációs eszközei. In Mészáros, A. (szerk.) *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 17-27.
- Buda, M.** (1999). Minőség és iskola. *Educatio*, 1999. ősz, 517-532.
- Buda, M., Kőszeghy, A. & Szirmai, E.** (2008). Iskolai zaklatás - Az ismeretlen ismerős. *Educatio*, 3. 373 - 386.
- Buerkel-Rothfuss, N.L. & Buerkel, R.A.** (2001). Family mediation. In Bryant, J. & Bryant, J.A. (eds.) *Television and the american family*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bugán, A. & Nagy, B.** (2000). Alkalmazott gyermeklélektan. In Oláh, A. & Bugán, A. (szerk.). *Fejezetek a pszichológia alapterületeiből*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 367-387.
- Bugental, D.B. & Goodnow, J.J.** (1998). Socialization Processes. In Damon, W. & Eisenberg, N. (eds.) *Handbook of Child Psychology. 5th ed.* Vol. 3.
- Bying-Hall, J.** (2006). *Munkám családi szkriptekkel*. Budapest: Animula.
- Cadet, A. & Cathelat, B.** (1968). Szuggesztívó és kulturális modellek. In Földi, K. & Szakács, F. (szerk.) (1974). *Reklámpszichológia*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 93-116.
- Candy-Gibbs, S. E., Sharp, K. C., & Petrun, C. J.** (1985). The effects of age object and cultural religious background of children's conception of death. *Omega Journal of Death and Dying*, Vol. 15(4). 329-345.
- Cao, F. & Su, L.** (2007). Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. *Child Care, Health and Development*, Vol. 33. 275-281.
- Caplan, G.** (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. & Killilea, M.** (1976). *Support systems and mutual help*. New York: Grune and Stratton.
- Castel, R.** (1996). A szociális kérdés alakváltozásai (Előszó). *Esély*, 6. sz. 3-15.
- Cassidy, J.** (1999). The Nature of the Child's Ties. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of attachment* (old.: 3-20).

- Cheung, C. & Chan C.** (1996). Television viewing and mean world value in Hong Kong's adolescents. *Social Behavior and Personality*, 24, 351-364.
- Clark, M.C.** (1990). A jó tanár. *Fizikai Szemle*, 9. szám. 262-267.
- Clinard, M. B.** (1963). *Sociology of Deviant Behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cole, M. & Cole, S. R.** (2003). *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris
- Cole, M., & Cole, S.** (2006). *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris.
- Coloroso, B.** (2003). *The bully, the bullied and the bystander: Breaking the cycle of violence*. New York: Harper Resource.
- Coltrane, S. & Collins, R.** (2001). *Sociology of marriage and the family*. Wadsworth: Thomson Learning.
- Comstock, G.** (1978). The Impact of Television on American Institutions. *Journal of Communication*. Vol. 28, 12-28.
- Constanzo, P.R. & Fraenkel, P.** (1987). Social influence, socialization and the development of social cognition: The heart of the matter. In Eisenberg, N. (ed.). *Contemporary topics in developmental psychology*. A Wiley-Interscience Publication. John Wiley and Sons, 190-217.
- Coolahan, K., McWayne, C., Fantuzzo, J. & Grim, S.** (2002). Validation of a multidimensional assessment of parenting styles for low-income African-American families with preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 356-373.
- Craig, F., Huda Abu-Saad, H., Benini, F., Kuttner, L., Wood, C., Feraris, P. C., et al.** (2007). A gyermekgyógyászati palliatív ellátás Európa standardjai. *European Journal of Palliative Care*, 14(3).109-114.
- Crick, N.R. & Ladd, G.W.** (1993). Children's perceptions of their peer experiences: Attributions, loneliness, social anxiety and social avoidance. *Developmental Psychology*, 29, 244-254.
- Crick, N.R. & Dodge, K.A.** (1999). „Superiority” is in the eye of the beholder: A comment on Sutton, Smith and Swettenham. *Social Development*, 8. 128-131.
- Crockenberg, S. B.** (1981). Infant Irritability, Mother Responsiveness, and Social Support Influences on the Security of Infant-Mother Attachment . *Child Development*, 52 (3) : 857-865.
- Cuisinier, M. J., Kuijpers, J. C., Hoogduin, C. A., de Graauw, C. P., & Janssen, H. J.** (1993). Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *E. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, , 52. 163-168.

- Csányi, V.** (1999). *Kulturális evolúció*. In Csányi, V.: *Az emberi természet. Humánológia*. Budapest: Vincze Kiadó. 247-281.
- Császi L.** (2002). *A média rítusai*. Budapest: Osiris Kiadó- MTA-ELTE Kommunikációelméleti Kutatócsoport.
- Csejtej, D.** (2000). Az egzisztenciálfilozófiák haláltipológiájáról. *Kharón Thanatológiai Szemle*, Tél, tavasz.
- Csepeli, Gy.** (2006). A jövőbe vesztett generáció. In Popper, P. (szerk). *Magára hagyott generációk. Fiatalok és öregek a XXI. században*. Budapest: Saxum. 7-52. o.
- Csepeli, Gy.** (2008). A deviancia változatai. *Jel-Kép*, 29. 3-8.
- Csepeli Gy.** (2008). Az e-minőség forradalma. *Szín. A Magyar Művelődési Intézet és Képzőművészeti Lektorátus folyóirata*. 13/2. 4-10.
- Csepeli Gy.& Prazsák G.** (2009). Új szegénység. A digitális egyenlőtlenség kulturális hatásai. In Antalóczy, T., Füstös L.& Hankiss E. (szerk.) (2009). *(Vész)jelzések a kultúráról*. Budapest: L'Harmattan. 88-113.
- Csépe V.** (2001). Kognitív fejlődés és mobil információs társadalom. In Nyíri K. (szerk.). *Mobil információs társadalom*. Budapest: MTA Filozófiai Kutatóintézete.
- Csíkos, Cs.** (2004). Metakogníció a tanításban és a tanulásban. *Iskolakultúra*, 2004/2. 3-12. o.
- Csorba, J., Papp, M., Simon, L., & Simoni, S.** (1998). Szülői attitűdök vizsgálata öngyilkossági kísérletet elkövetett serdülő lányoknál. *Végeken*, 9. 4–9.
- Csorba, J., Szélesné, F. E., Solymossy, M., Vados, M., Páli, E., & Nagy, E.** (2007). Önsértő serdülő betegek diagnózisai és magatartásuk részletes jellemzése. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8; 97-110.
- Csorba, J., Szélesné, F. E., Steiner, P., & Németh, Á.** (2005). Önsértő magatartású középiskolás serdülők tüneti jellegzetességei. *Psych. Hung.*, 6; 456-462.
- Danzinger, K.** (1958). Children's Earliest Conceptions of Money. *Journal of Social Psychology*, 47, 231-240.
- Darling, N. & Steinberg, L.** (1993). Parenting style as context. An Integrative modell. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Dávid, M., Estefánné Varga, M. & Taskó, T.** (2004). Az alulteljesítés okai és kezelési lehetőségei az iskolában egy nemzetközi kutatás tükrében. *Acta Academiae Paedagogicae Agriensis. Nova series tom. XXXI. Sectio psychologiae*, Eger.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R., & Smith, H.** (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, Vol. 125, No 2. pp. 276-302.

- Dittmar, H.** (1992). *The Social Psychology of Material Possessions: To Have is To Be*. New York: St. Martin's Press.
- Djuroska, K., & Pászthy, B.** (2010). Madárlét - bántalmazó gondoskodás. In E. Hámori, *Kutatás és terápia metszéspontjai. Várandósságtól a felnőttkorig.* (old.: 100-107). Piliscsaba: PPKE BTK.
- Domanski, H.** (2001). A szegénység társadalmi meghatározói a posztkommunista társadalmakban. *Szociológiai Szemle*, 11.4.40-65. o.
- Domszky, A.** (1999). Módszertani levél: A gyermekotthonok működésének szabályairól és követelményeiről. Budapest: Országos Család- és Gyermekvédelmi Intézet.
- Donovan, K.** (1999). A rossz hírek közlése. *Kharón Thanatológiai Szemle*, III. évf.
- Dornai, E.** (2001). A tanári hatalomgyakorlás kommunikációs mintázatai és összefüggésük az elégedettséggel. *Pszichológia*, 1, 63-83.
- Dorr, A.** (1983). No shortcuts to judging reality. In Bryant, J. & Anderson, D.R. (eds.). *Children's understanding of television*. New York: Academic Press.
- Dreeben, R.** (1968). *On what is learned in school*. Reading, Mass, Addison-Wesley.
- DSM 5.** (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5> Letöltés dátuma: 2013. 07. 13.
- Durkheim, É.** (1978). A szociológiai módszertani szabályai. In Durkheim, É. (szerk.) *A társadalmi tények magyarázatához*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 21-160.
- Durkheim, E.** (2003). *Az öngyilkosság*. Budapest: Osiris.
- Easterlin, E. A.** (1974). Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In P. A. David, *Nations and households in economic growth: essays in honour of Moses Abramowitz*. New York: Academic Press. 89–125
- Easterlin, R. A.** (1995). Will raising the income of all increase the happiness of all? *Journal of Economic Behavior and Organization*. Vol. 27. No. 1. 35–47.
- Eerenbeemt, E.-M., & Heusden, A.** (2001). *A változó egyensúly. Böszörményi-Nagy Iván egyéni-és családterápiás elmélete és módszere*. Budapest: Coincendencia.
- Egészségügyi Világszervezet** (2000). *Az öngyilkosság megelőzése. Útmutató pedagógusok és iskolai dolgozók részére*. Genf: Mentális és Viselkedési Zavarok Mentális Egészség Osztály.
- Eigner, B.** (2012) Érzelmi- és viselkedészavarok gyökerei: a korai szülői hatások szerepe. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1.sz., március

Elbaum, B. & Vaughn, S. (2006). Self-Concept and Students with Learning Disabilities. In Swanson, H.L. , Harris, K.R. & Graham, S. (eds.) *Handbook of Learning Disabilities*. Paperback edition, New York, London: The Guilford Press. 229-241.

Elblinger, Cs. (2013). *A családi rituálék szerepe a családi identitás-konstrukcióban*. Doktori (Ph.D.) értekezés. Pécsi Tudományegyetem.

Eliott, F.A. (1992). Violence: the neurologic contribution: an overview. *Arch Neurol*, 49. 595-603.

Elkind, D. (1981). *The Hurried Child: Growing Up Too Fast Too Soon*. Cambridge, MA: Da Capo Lifelong Books.

Encyclopaedia Britannica Web Site:

<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/535079/seppuku> Letöltés dátuma: 2013. 08 05.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, Vol. 196 no. 4286. 129-136 .

Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York.

Erős, F. (2007). Lélekgyógyászat a háború szolgálatában. Freud, Ferenczi és a „háborús neurózisok”. In F. Erős, *Trauma és történelem. Szociológiai és Pszichoanalitikus tanulmányok*. (old.: 104-120.). Jászöveg Műhely Kiadó.

Espelage, D.L. & Swearer, S.M. (2003). Research on school bullying and victimization: what we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, Vol. 32. 365-383.

EU Kids Online: <http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/ParticipatingCountries/NationalWebPages/Hungary%20webpage.pdf>. A letöltés ideje: 2013. július 26.

Fábián, Z. & Rét, Zs. (2004). Az Info-kommunikációs eszközök a háztartásokban. In Szívós, P. & Tóth. I. Gy. (szerk.). *Stabilizálódó társadalomszerkezet*. Budapest: TÁRKI Monitor Jelentések. 139-149.

Falus, I. (1998). A pedagógus. In Falus, I. (szerk.) *Didaktika*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. 97-114.

Faragó-Szabó, I. (2005). *Az újkori szkepticizmus története*. Budapest: Áron Kiadó.

Farell, M., Kerry, T. & Kerry, C. (1995). *Blackwell Handbook of Education*. Wiley&Blackwell.

Fehér, K. (2011). *Közösségi média hype*. <http://www.feherkatalin.hu/KozossegiMediaHype.pdf>

- Fekete, S.** (1991). Segítő foglalkozások kockázatai - helper-szindróma és burnout-jelenség. *Psychiátria Hungarica*, VI. évf. 17-29.
- Felleginé Takács, A.** (2004). Problémás tanuló, okok és megoldási javaslatok. In N. Kollár, K. & Szabó, É. (szerk.). *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest: Osiris 472-495.
- Ferge, Zs.** (2002). Az EU és a kirekesztés. *Esély*. 6. 3-13. o.
- Ferguson, H.** (2009). Performing child protection: home visiting, movement and the struggle to reach the abused child. *Child & Family Social Work*, 14 (4) : 471–480.
- Feshbach, S.** (1976) The role of fantasy in the reponse to television. *Journal of Social Issues*, 32, 71-85.
- F. Földi, R.** (2004). Neuropszichológiai vizsgálatok jelentősége a tanulási és viselkedészavarok diagnosztikájában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59, 1, 19-40.
- Figula E.** (2004a). *Iskolai zaklatás - Iskolai erőszak pszichológusszemmel*. Nyíregyháza: Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Tudományos Közalapítvány Füzetei.
- Figula, E.** (2004b). Bántalmazók és bántalmazottak az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 7-8.
- Figula, E., Margitics, F. & Pauwlik, Zs.** (2010). *Családi szocializáció és iskolai erőszak*. Nyíregyháza: Élmény '95 Bt.
- Fiske, S. T.** (2006). *Társas alapmotívumok*. Budapest: Osiris.
- F. Lassú Zs. & Lisznyai S.** (2003). A tulajdon és a tulajdonlás pszichológiája. In Hunyady Gy. & Székely, M. (szerk.) *Gazdaságpszichológia*. Budapest: Osiris. 383-417.
- Flawell, J.H. , Miller, P.H. & Miller, S.A.** (1993). *Cognitive development. 3rd. ed.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Fleischer, A.** (2004). Veszteséggel összefüggő pszichés és szomatikus megbetegedések vizsgálata. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 4.
- Florian, V., & Karvetz, S.** (1985). Children concepts of death. A cross cultural comparison among Muslims, Druz, Cristians and Jews in Israel. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 16(2). 174-189.
- Fodor-Szlovecnsák, K.** (2000). A gyermekek halálképének fejlődése. *Kharón Thanatológiai Szemle*, IV. évf. ősz.
- Fonagy, P., & Target, M.** (1998). A kötődés generációs átvitele: egy új elmélet. *Thalassza*, 14 (2-3) : 83-107.
- Fonagy, P., & Target, M.** (1999). A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9 (1) : 5-44.

- Fonagy, P., & Target, M.** (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest: Gondolat.
- Forgas, J. P.** (1989). *A társas érintkezés pszichológiája*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Földházi, E.** (2009). Válás. In J. Monostori, P. Óri, E. S. Molnár, & Z. Spéder, *Demográfiai Portré 2009* (old.: 19-28). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Frankl, E. V.** (1997). *Orvosi lélekgondozás*. Budapest: UR.
- Frankl, E. V.** (2005). *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Budapest: Jel Kiadó.
- Freud, A.** (1994). *Én és az elhárító mechanizmusok*. Budapest: Párbeszéd Könyvek.
- Freud, S.** (2011). *Gyász és melankólia és más elméleti írások*. Budapest: Animula.
- Freudenberger, H. J.** (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30. 159-175.
- Fromann, R.** (dátum nélk.). *Nemzetek boldogsága és annak forrása az Easterlin-paradoxon tükrében*. Letöltés dátuma: 2013. 08 27, forrás: Társadalmi Konfliktusok Kutatóközpontja: http://konfliktuskutato.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=270:nemzetek-boldogsaga-es-annak-forrasa-az-easterlin-paradoxon-tuekreben&catid=30:nemzetek-europaja
- Fromm, E.** (1993). *Menekülés a szabadságtól*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Frydman, M.** (1999). *Televízió és agresszió*. Budapest: Pont Kiadó.
- Fukuyama, F.** (2000). *A Nagy Szétbomlás*. Budapest: Európa Könyvkiadó
- Gádoros, J.** (2005). Pszichiátriai betegségek gyermekkorban. *Gyermekorvos Továbbképzés*, IV., 2. szám.
- Gáspár, L.** (1997). Nevelési tényezők. In Báthory, Z. & Falus, I. (szerk.) *Pedagógiai Lexikon*. Budapest: Keraban Könyvkiadó.
- Gáti, F.** (1980). *Gyermek- és ifjúságvédelem*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Geffert, É.** (1993). A képességeik alatt teljesítő tehetséges tanulók. In Balogh, L. & Herskovics, M. (szerk.). *A tehetségfejlesztés alapjai*. Debrecen: .KLTE Pedagógiai-Pszichológiai Tanszék. 187-205. o.
- Gerbner, G.** (2000). *A média rejtett üzenete*. Budapest: Osiris
- Gerebenné Várbíró, K.** (1998). Részképességzavarok - munkamodell a gyógypedagógia számára. *Gyógypedagógiai Szemle, Különszám*, 26-36.
- Gérecz, Á.** (2009). Halálkép a roma gyermekek képzeletében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 3.
- Gersten, J.C.** (1993). Families in poverty. In Procidano, M.E. & Fisher, C.B. (eds.). *Contemporary Families*. New York, London: Teachers College, Columbia University.

- Gilligan, R.** (1999). Enhancing the resilience of children and young people in public care by mentoring their talents any interests. *Child and Family Social Work*, 4. 187-196.
- Godkin, D.** (2006). Should children's autonomy be respected by telling them of their imminent death? *J Med Ethics*, 32. 24–25.
- Goffman, E.** (1981). Stigma és szociális identitás. In Goffman, E. (szerk.) *A hétköznapi élet szociálpszichológiája*. Budapest: Társadalomtudományi Könyvtár. 179-238.
- Goldberg, I.** (1995). *Internet addictive disorder (IAD) diagnostic criteria*. www.psycom.net/iadcriteria.html
- Golnhoffer, E.** (1998). A tanuló. In Falus, I. (szerk.). *Didaktika*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó, 57-79. o.
- Golnhoffer, E. & Szabolcs, É.** (1999.). A gyermekkor kutatása új megközelítésben. *Műhely* 1999./5-6. 175-179. o.
- Goodman L., T. K.** (1990). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *J Traumatic Stress*, 12: 587-599.
- Goodwin FK., J. K.** (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.
- Gordon, C.** (1968). Self Conceptions: Configurations of Content. In Gordon, C.& Gergen, K. J. (eds.). *The Self In Social Interaction, Vol. 1*. New York: John Wiley and Sons. 267-274.
- Gordon, Th.** (1997). *T.E.T. A tanári hatékonyság fejlesztése*. Budapest: Assertiv Kiadó.
- Greenberg, B. S. , Brandt, J. E. & Kósa, É.** (1993). *Young People and Their Orientation to Mass Media. An International Study*. Michigan State University.
- Greenfield, P. M.** (1984). *Mind and Media. The Effects of Television, Computers and Videogames*. London: Fontana Paperbacks.
- Grzelak, J.** (2003). Konfliktus és kooperáció. In M. Newstone, W. Stroebe, J.-P. Codol, & G. M. Stephenson, *Szociálpszichológia*. Budapest: KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó. 313-340
- Gulyásné Kovács, E.** (1997). A gyermekbántalmazás jogi vonatkozásai Magyarországon. In Lakner, Z. , Tordainé Vida, K. & Tordai, V. (szerk.) *Gyermekbántalmazás II. Tanulmánygyűjtemény*. Esztergom: Kalendart. 1-18.
- Gunter, B. & McAleer, J.** (2002). *Children and Television*. 2nd ed. Routledge.
- Gyarmathy, É.** (2000). Tanulási zavarok, átlagon felüli intelligencia és a MAWI-GY. *Pszichológia* (20) 3. 243-270.

- Gyarmathy, É.** (2003). Tehetséggondozás. Szocio-kulturálisan hátrányos helyzetű, kiemelkedő képességekkel rendelkező gyerekek alulteljesítése. *Tanít-tani, 24-25. 2003.* 70-77.
- o.
- György, V.** (1984). *Gyógyítás és öngyógyítás. Tanulmányok a pszichotraumák elaborációjának köréből.* Magvető: Budapest.
- Hajduska, M.** (2012). *Krizislélektan.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Halász, G.** (1991). Az elszabadult gépezet. *Café Babel, 1.*
- Halász, G.** (2001). *Az oktatási rendszer.* Budapest: Műszaki Könyvkiadó.
- Halász, E., & Király, I.** (2013). Téves emlékek gyermekkorban - Trauma és befolyásolhatóság. *Magyar Pszichológiai Szemle, 68. 1.* 57-70.
- Hamachek, D.** (1969). Characteristics of good teachers and implications for teacher education. *The Phi Delta Kappan, Vol. 50. No. 6.* 341-345.
- Hamilton, N. G.** (é.n.). *Tárgykapcsolatelmélet a gyakorlatban.* Budapest: Animula.
- Hámori, E.** (2005). *Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete.* Piliscsaba: PPKE BTK.
- Hámori, E.** (2013). Rizikófaktorok, adaptáció és reziliencia a korai fejlődésben – A koraszülöttség a fejlődési pszichopatológia modelljében. *Magyar Pszichológiai Szemle, 2013, 68. 1.* 7–22.
- Hamvai, Cs., & Pikó, B.** (2009). Serdülők szubjektív jóllétét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle.*
- Hanák, K.** (1978). *Társadalom és gyermekvédelem.* Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Hankiss E.** (2000). Élet és halál a bulvársajtóban. Szempontok a fogyasztói civilizáció elemzéséhez. In Gombár Cs. & Volosin H. (szerk.). *A kérdéses civilizáció.* Budapest: Helikon-Korridor. 151-212.
- Harkness, S. & Super, C. M.** (1992). The Developmental Niche: A Theoretical Framework for Analyzing the Household Production of Health. *Social Science and Medicine, 38,* 217-226.
- Harmon, M.D.** (2006). Affluenza: A World Value Test. *International Communication Gazette, 68.* 119.
- Hart, B., Sainsbury, P., & Short, S.** (1998). Whose dying? A sociological critique of the "good death". *Mortality, Vol. 3. No. 1.*
- Harvey, J. H.** (1996). *Embracing their memory: loss and the social psychology of story telling.* MA: Allyn and Bacon.

- Harvey, J. H., & Miller, E. D.** (1999). A veszteségpszichológia felé. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 3 (2) Ford: Benczúr Lilla és Gocsál Ákos.
- Havelka, J.** (2011). *A transzgenerációs traumaátvitel egy lehetséges módja*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem BTK, Pszichológiai Doktori Iskola, Elméletpszichoanalízis Program.
- Haylock, P. J.** (2010). Advanced cancer: A Body-Mind-Spirit approach to life and living. *Seminars in Oncology Nursing*, 26 (3): 183-194.
- Haynal, A.** (1987). *Viták a pszichoanalízisben*. Budapest: Cserépfalvi Kiadó .
- Hazai, V. & Volentics, A.** (1986). Sajátos élethelyzet- sajátos életmód. *Pedagógiai Szemle*, 36. 3. sz. 219-230.
- Hazler, R.** (1996). Bystanders: an overlooked factor in peer on peer abuse. *The Journal for the Professional Counsellor*, 1., 11-21.
- Hegedűs, K., Pilling, J., Kolosai, N., & Bognár, T.** (2001). Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *Lege Artis Medicinae* 11 (6-7), 492-499.
- Hegedűs, K.** (2003). A terminális állapotú betegek ellátásának újabb lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*; (13)5, 410-3.
- Hegedűs, K., Mészáros, E., & Riskó, Á.** (2004). Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinae*, 14 (11), 786-93.
- Hegedűs, K., Zana, Á., & Szabó, G.** (2006). Orvosok halálképe és a halállal, haldoklással foglalkozó kurzusok hatásai. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, X. évf. 3-4.
- Heidegger, M.** (1989). *Lét és idő*. Budapest: Gondolat.
- Herczog, M.** (2007). *Gyermekbántalmazás*. Budapest: Complex Kiadó.
- Herczog, M.** (2007). *A gyerekek családból való kiemelésének – intézményi elhelyezésének – megelőzése, elkerülése*. Budapest.
- Herman, J.** (2011). *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér Kiadó.
- Hermann, A.** (1970). A gyermeki éntudat egészséges fejlődésének feltételei az óvodásotthonokban. In Murányi-Kovács, E.né (szerk.). *Tanulmánygyűjtemény a nevelőotthoni pedagógia köréből*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Hess, R.D. & Handel, G.** (1971). *Family Worlds*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hetherington, E.M.** (1989). Coping with family transitions: Winners, losers and survivors. *Child Development*, 60. 1-14.
- Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J., & Stephenson, G. M.** (1998). *Szociálpszichológia*. Budapest: KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó.

- Hofer, M.** (2004). A korai tárgyvesztés jellemzői és következményei. In Z. Kulcsár, S. Rózsa, & G. Kökenyei, *Megmagyarázhatatlan testi tünetek.* (old.: 135-154). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Horányi, A. & Hofmann, G.** (1999). *Pszichológiai és pedagógiai szolgálat a Nevelési Tanácsadóban.* Budapest: Okker Kiadó.
- Hui, C. H., & Chou, K. L.** (1991). Halálfogalom és kulturális orientáció. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 47(4). 381-392.
- Huntemann, N. & Morgan, M.** (2001). Mass Media and Identity Development. Singer, D. G. & Singer, J. L. (eds): *Handbook of Children and the Media.* Sage Publications Inc. 309-323.
- Hunyady, Györgyné** (2002). Iskola-imázs. *Iskolakultúra*, 12 (4), pp. 29-39.
- Inglehart, R.** (1997). *Modernisation and Postmodernisation: Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies.* Princeton: Princeton University Press.
- Inglehart, R. & Baker, W.E.** (2000). Modernization, Cultural Change and the Persistence of Tradition Values. *American Sociological Review* 65, 19-55.
- Iván, L.** (2005). A család, a társadalom feladatai az öregek segítésében és ellátásában. In B. Székács, *Geriátria. Az időskor gyógyászata* (old.: 57-60). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- James, W.** (1981). The Consciousness of Self. In James, W. (1981). *Principles of Psychology*, Vol. 1., Cambridge, MA: Harvard University Press. 279-379.
- Janet, P.** (1901). *The mental state of hystericals.* New York: Putnam's Sons.
- Járó, K.** (2002). Szövetségben a közösséggel. Az osztályfőnöki mesterség társadalomlélektani szempontból. In Mészáros, A. (szerk.) *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 83-102.
- Jay, S. M., Green, V., & Johnson, S.** (1987). Differences in death concepts between children with cancer and physically healthy children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(4), 301-306.
- Jenei Á.** (2008). *Táguló televízió: Interaktív műsorok és szolgáltatások.* Budapest: Antenna Könyvek.
- Jenkins, H.** (2001). Változást okozó krízisek - egy közös vonás a családterápiákban. In S. Bíró, & P. Komlósi, *Családterápiás olvasókönyv I.* Budapest: Animula.
- Jennings, P. & Greenberg, M.** (2009). The prosocial classroom: Teacher's social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, Vol. 79. No. 1. 491-525.

- Jenő, R.** (2010. december 18). *Gyermekmédiá Egyesület*. Letöltés dátuma: 2013. július 27, forrás: Szakmai anyagok: http://www.gyermekmedia.eu/page/publikaciok/szakmai_anyagok/78/hid/49
- Joinson, A.N.** (2008). Looking at, looking up or keeping up with people? Motives and use of Facebook. *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors In Computing Systems*. 1027-1036.
- Jones, E.** (1983). *Sigmund Freud élete és munkássága*. Budapest: Európa Könyvkiadó.
- Jung, C. G.** (2005). *A nyugati és a keleti vallások lélektanáról - A bardo tödöl pszichológiai magyarázata*. Budapest: Scholar Kiadó.
- Kagitcibasi, C.** (2003). A család és a család változása. In Nguyen, L. L. A. & Fülöp M. (szerk.) (2003). *Kultúra és pszichológia*. Budapest: Osiris 311-334.
- Kahneman, D. , Krueger, A. B. , Schkade, D. , Schwartz, N. & Stone, A. A.** (2006). Would you be Happier if you were Richer? A Focusing Illusion. *Science*, 312, 1908-1910.
- Kalamár, H.** (2005). Tanulási zavarok korrekciója és személyiségfejlesztés. *Iskolapszichológia, 18.* 7-47.
- Kalmár, S.** (2008.). *Az önpusztító magatartás következményei különös tekintettel az öngyilkosságra és annak megelőzési lehetőségeire. Bács-Kiskun megye 1995-2006*. Budapest: SE., "Mentális Egészségtudományok" Interdiszciplináris Doktori Iskola, Doktori Értekezés.
- Kalmár, S.** (2013). *A háziorvos szerepe az öngyilkosság megelőzésében*. SE., ÁOK. Kilinikai pszichológia tanszék.
- Kane, B.** (1979). Children concepts of death. *Journal of Genetic psychology*, 134. 141-153.
- Kapitány, Á. & Kapitány, G.** (2000). *Látható és láthatatlan világok az ezredfordulón*. Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- Kardiner, A.** (1941). *The Traumatic Neurosis of War*. New York: Paul B. Hoeber.
- Kaslow, F. W., & Schwartz, L. L.** (1987). *The Dynamics of Divorce: A Life Cycle Perspective*. Brunner/Mazel.
- Kathyné Mogyoróssy, A.** (2010). Pedagógusok és szülők: együtt-működés. In Karlovitz, J. T. (szerk.) *Az iskola betegítő tényező, vagy a korlátlan lehetőségek tárháza?* Budapest: Neveléstudományi Egyesület. 5-15. o.
- Katz, J.** (1997). *Vituous Reality: How America Surrendered Discussion of Moral Values to Opportunists, Nitwits and Blockheads Like William Bennett*. New York: Random House.
- Kazi-Tóth, A.** (2006). A haldoklás és a halál utáni állapotok a tibeti buddhista hagyomány tükrében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 3-4 szám.

- Keane, J.** (1999). *Média és demokrácia*. Budapest: Helikon Kiadó.
- Kelman, H.C.** (1973). A szociális befolyásolás három folyamata. In Hunyady, Gy. (szerk.). *Szociálpszichológia*. Budapest: Gondolat Kiadó. 47-60.
- Kendall, C. P., Lerner, M. R. & Craghead, W. E.** (1989) Humán fejlődés és intervenció a gyermekkori pszichopatológiában. *Pszichológia*. 9 (3) : 363-381
- Kennedy, G. , Judd, T. , Dalgarnot, B. & Waycott, J.** (2010). Beyond natives and immigrants: exploring types of net generation students. *Journal of Computer Assisted Learning*, 26, 332-343.
- Kernberg, O.** (1993). *A borderline szindróma és patológiás nárcizmus*. Budapest: Animula.
- Kernberg, P. F., Weiner, A., & Bardenstein, K.** (2007). *Személyiségzavarok gyermek és serdülőkorban*. Budapest: Animula.
- Kézdi, B.** (1995). *A negatív kód. Kultúra és öngyilkosság*. Budapest: Pro Pannónia Kiadói Alapítvány.
- Kilbourne, J.** (1999). *Can't Buy my Love*. New York: Touchstone.
- Kilépés a fénybe - Egyiptomi Halottaskönyv.** (1994). Budapest: Farkas Lőrinc Imre Könyvkiadó.
- Kis-Molnár, Cs. & Erdei, H.** (2003). Gyermekkép a magyar sajtóban 1950 után. In Pukánszky, B. (szerk.) (2003). *Két évszázad gyermekei. A tizenkilencedik-huszedik század gyermekkorának története*. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó. 246-286.
- Kiss, K.** (2003). *Depresszió és gyász-reakció. A tüneti kép összehasonlítása, különös tekintettel a szuicid viselkedésre*. Budapest: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola.
- Kitsue, J. I** (1964). Societal reaction to deviant behavior: Problems of theory and method. In Becker, H. S. (ed.). *The other side*. New York: The Free Press. 87-102.
- Kohlberg, L.** (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In Goslin, D.A. (ed.) *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- Kohli, M.** (1993). A foglalkozási életút intézményesülése és individualizálódása. *Replika*, 9-10, 161-177.
- Kolozsi, B.** (1992). *Deviancia*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Kontra, Gy.** (1970). Az otthonosság pszichológiai problémái. In Murányi-Kovács, E.né (szerk.). *Tanulmánygyűjtemény a nevelőotthoni pedagógia köréből*. Budapest: Tankönyvkiadó.

- Kopp, M.** (1994): A család az ezredfordulón. *Vigília, 1994./12.* 894-902. p.
- Kopp, M., & Skrabski, Á.** (2001). Magatartás és család. *Új Bioetikai Szemle, 7.* 4. sz. 1–25.
- Kósa É. & Vajda Zs.** (1998). *Szemben a képernyővel.* Budapest: Eötvös József Kiadó.
- Kósa É.** (2003). Televíziós hatások serdülőkorúak szocializációjában. *Pszichológia, 2,* 163-190.
- Kósa, É.** (2005a). A szocializáció elméleti kérdései. In Vajda Zs. & Kósa É. (2005). *Neveléslélektan.* Budapest: Osiris 46-113.
- Kósa É.** (2005b). Gyerekek, serdülők és a média. In Vajda Zs. & Kósa É. (2005). *Neveléslélektan.* Budapest: Osiris 363- 430.
- Kósa, É. & László, M.** (2011). Együtt - egyedül. In Gabos, E. (szerk.) *A média hatása a gyermekekre és fiatalokra VI.* Budapest: Kobak könyvsorozat, Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat Magyar Egyesület. 103-119.
- Kósáné Ormai, V. & Ruskó, Gy.** (1997). Iskolapszichológiai hálózat a főváros XIII. kerületében. *Új Pedagógiai Szemle, 1997.* szeptember, 100-114.
- Kósáné Ormai, V.** (1999). Társas viszonyok az osztályban. In Fehér, I. (szerk.). *Pedagógia és pszichológia.* Pécs: Comenius Bt. 107-114.
- Kottak, C. P.** (1991). *Cultural Anthropology.* NewYork-Tokio: McGraw-Hill.
- Kovács, S.** (2012). *Módszertani segédlet a gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekekkel szembeni szexuális visszaélések eseteire. Felismerés és jelzés.* Budapest: Budapest Főváros Önkormányzatának Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat.
- Kovácsné, T. Z., & Szeverényi, P.** (1998). A vetélés és a szülés körüli gyermek elvesztés a pszichológus szemével. *Kharón Thanatológia Szemle, II. évf.* 33-44.
- Kovácsné, T. Z., Szeverényi, P., & Forgács, A.** (1994). Perinatális gyászreakció. *Orvosi Hetilap, 135.* 1863-1867.
- Kowalski, R.M., Limber, S.P. & Agatston, P.W.** (2012) *Cyberbullying: Bullying In the Digital Age.* John Wiley & Sons.
- Kozéki, B.** (1975). *Motiválás és motiváció.* Budapest: Tankönyvkiadó.
- Kőrössi, J.** (2002). Az énkép és összefüggése az iskolai teljesítménnyel. In Mészáros, A. (szerk.) *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 83-102.
- Kőrössi, J.** (2004). Az „én” fogalma, az énefejlődés elméletei. In N. Kollár, K. & Szabó, É. (szerk.). *Pszichológia pedagógusoknak.* Budapest: Osiris 51-73.
- Krajcsi, A.** (2001). Az Internettel kapcsolatos régi problémák. *Jel-Kép, 3.* 3-9 .

- Krajcsi A. , Kovács K.& Pléh Cs.** (2001). Internet használók kommunikációs szokásai. In Nyíri K. (szerk.). *A 21. századi kommunikáció új útjai*. Budapest: MTA Filozófiai Kutatóintézete. 93-110.
- Krajcsi A.** (2001). Az internettel kapcsolatos régi problémák. *Jel-Kép*, 3. 3-9.
- Kretchmar, M. D., & Jakobvitz, D. B.** (2002). Observing Mother-Child Relationships Across Generations: Boundary Patterns, Attachment, and the Transmission of Caregiving. *Family Process*, 41, 351-373., 41, 351-373.
- Kron, F.W.** (2003). *Pedagógia*. Budapest: Osiris.
- Kulcsár, É.** (dátum nélk.). *Iskolapszichológiai Füzetek*, 29. szám.
- Kulcsár, Zs.** (1996). *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók. Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Kulcsár, Z.** (2005). A társas interakciók pszichológiai hatásai és agyi mechanizmusai. In Z. Kulcsár, *Teher alatt ... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés* (old.: 315-396). Budapest: Trefort Kiadó.
- Kulcsár, Z.** (2005). Bevezető. Társas rényezők szerepe a traumafeldolgozásban. . In Z. Kulcsár, *Teher alatt ... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés* (old.: 9-33). Budapest: Trefort Kiadó.
- Kulcsár, Z.** (2007). *Komplex humán emóciók, összetartozás, felépülés*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Kulcsár, Z., & Kökönyei, G.** (2004). A szomatizáció biológiai modellje. Összefoglaló. In Z. Kulcsár, S. Rózsa, & G. Kökönyei, *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. II.* (old.: 695-729.). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kübler-Ross, E.** (1988). *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest: Gondolat.
- Lakaschus, C.** (1969). A kínálattal ostromolt ifjúság. In Földi K. & Szakács F. (szerk.) (1974). *Reklámpszichológia*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 117-129. o.
- Lamb, M. E., Orbach, Y., Herschkowitz, I., Esplin, P. W., & Horowitz, D.** (2007). Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review or research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse and Neglect*, 31, 1201-1231.
- Láng A. & Nagy, L.** (2013) Kötődésemélet és fejlődési pszichopatológia – szemlélet, modellek, közvetítő mechanizmusok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2013, 68. 1. 23–37.
- László, M.** (1999). Példa-kép. A tizenéves korosztály értékválasztásai és a média. *Jel-Kép*, 1999/3.

- Lazarus, R. S.** (1978). Stress-related transactions between person and environment. In P. A. L. A., *Perspectives in Interactional Psychology* (old.: 287–327). New York: Plenum.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.** (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.** (1986). Coping and adaptation. In W. D. Gentry, *The handbook of behavioral medicine* (old.: 235–312). New York: Guilford.
- Lee, C.** (2004). *Preventing bullying in schools: A guide for teachers and other professionals*. London: SAGE Publications,
- Lemert, E. M.** (1951). *Social Pathology*. New York: McGraw-Hill.
- Lénárd, F.** (1978). *Problémamegoldó gondolkodás*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Lénárd, S.** (2003). Naiv nevelési nézetek. *Iskolakultúra*, 13 (5), pp. 76-82.
- Lepper, M.R. , Greene, D.** (1978) (eds.) *The hidden costs of reward: New perspectives on the psychology of human motivation*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Leverich Gs., M. S.** (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiat*, 51: 288-297.
- LeVine, R.A.** (1971). Culture, Personality and Socialization: An Evolutionary View. In Goslin, D.A. (ed.) *Handbook of socialization theory and research*. Rand McNally and Company, 503-543.
- Lewis, M., Felling, C., McGuffog, C. & Jaskir, H.** (1989) Pszichopatológiai előrejelzés hat éves korban a korai társkapcsolatok alapján. *Pszichológia*. 9 (3) : 455-475.
- Liebert, R.M. , Baron, R.A.** (1972). Some immediate effects of televised violence on children's behavior. *Developmental Psychology*, 3. 469-475.
- Lighthart, L.E.E.** (1986). Az ifjúságvédelem a kultúrafogalom változásának tükrében. *Gyermek- és ifjúságvédelem*, 5. 3. sz. 46-54.
- Lindemann, E.** (1998). Az akut gyász tünettana és kezelése. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2(4). 13-26.
- Livingstone, S.** (2002). *Young People and the New Media*. Sage Publication.
- Lovalló, W. R., & Thomas, T. L.** (2004). Stresszhormonok a pszicofiziológiai kutatásban. Emocionális, viselkedéses és kognitív vonatkozások. In Z. Kulcsár, S. Rózsa, & G. Kökönyei, *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Szomatizáció és funkcionális stresszbetegség*. (old.: 79-132). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Lubinszki, M.** (2008). A személyiség fenomenológiája. IN Knausz, I. (szerk.) *Gyermek, pedagógus, pedagógusképzés*. Budapest: Új Helikon Bt.
- Luhmann, N.** (2008). *A tömegmédiá valósága*. Budapest: Gondolat Kiadó.

- Lutzker, J.** (2006). *Erőszakprevenció. Kutatásokon és tényeken alapuló beavatkozási stratégiák.* Budapest: Oriold és társai Kiadó.
- Maccoby, E.E. , Martin, J.A.** (1985). Socialization In the Context of the Family: Parent-Child Interaction. In Mussen, P.H. (ed.): *Handbook of Child Psychology.* Vol. 4. John Wiley&Sons.
- Majzikné Lichtenberger, K.** (2008). *Szocializáció a posztmodern társadalomban, és ennek hatása a fiatalok családképe.* Doktori (PhD) disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A.** (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant.* New York: Basic Books.
- Mann JJ., W. C.** (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiat,* 156: 181-189.
- Margitics, F.** (2005). A depresszív élményfeldolgozás háttértényezői főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 6. 3. sz. 197–230.
- Margitics, F., & Pauwlik, Z.** (2006). Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia,* 106. évf. 1. szám 43–62.
- Margitics, F. , Figula, E. & Pauwlik, Zs.** (2010). *Temperamentum, karakter és iskolai erőszak.* Nyíregyháza: Élmény '94. Bt.
- Marks, D. F.** (2000). *Health psychology.* London: Sage.
- Marvin, R. S., & Stewart, R. B.** (1990). A family system framwork for the study of attachment. In M. T. Greenberg, D. Cichetti, & E. M. Cummings, *Attachment at the preschool years: Research and Intervention.* Chicago: University of Chicago Press.
- Maser JD., A. H.** (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or non-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav,* 32: 10-32.
- Maslach, C.** (1982). The effect of burnout. In C. Maslach, *The cost of caring* (old.: 71-85). Englewood Cliffs. NJ.: Prentice Hall.
- Masten, A. S.** (1997). Resilience in Children at-Risk Center for Applied Research and Educational Improvement. *College of Education & Human Development. University of Minnessota,* Vol. 5, Number 1.
- Masten, A. S.** (2002). *Ordinary magic: a resilience framework for policy, practice, and prevention.* Forrás: <http://www.riskandresilience.org>:
<http://www.riskandresilience.org/proceedings/amastenproceedings.doc>

- Masten, A. S.** (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar, *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Matarazzo, J. D.** (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1–14.
- McCann, J. T.** (2002). *Threats In Schools: A Practical Guide for Managing Violence*. New York: Haworth Press.
- McCombs, B.** (1999). A motiváció mérésének és növelésének stratégiái: szempontok az önszabályozott tanulás elősegítéséhez és a teljesítmény fokozásához. In O'Neil, H.F. Jr. & Drillings, M. (szerk): *Motiváció. Elmélet és kutatás*. Budapest: Vince Kiadó. 11-20. o.
- McHolm AE., M. H.** (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed woman: results from a community sample. *Am J Psychiat*, 160: 930-938.
- McQuail, D.** (2003). *A tömegkommunikáció elmélete*. Budapest: Osiris
- McLuhan, M.** (1964). *Understanding Media*. London: Routledge and Kegan Paul.
- McLuhan, M. & Quentin, F.** (1967). *The Medium is the Message*. New York: Random House.
- Meadow, R.** (1977). Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*, Aug 13;2(8033):343-5.
- Medgyesi, M.** (2005). *Nemzedékek közötti transzferek és a társadalmi státusz átörökítése*. Doktori (PhD) disszertáció. Budapesti Corvinus Egyetem.
- Meixner, I.** (2000). *A dyslexia prevenció, reedukáció módszere*. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- Merton, R. K.** (2002). *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Budapest: Osiris.
- Merza, K., Harmatta, J., Papp, G., & Kuritárné, S. I.** (2013). Gyermekkori traumatizáció, disszociáció és önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban. Kézirat.
- Mester, D.** (2013). *A jövő-orientáció háttértényezőinek vizsgálata főiskolai hallgatók körében*. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem.
- Mészáros I., Németh A. & Pukánszky B.** (1999). *Bevezetés a pedagógia és az iskoláztatás történetébe*. Budapest: Osiris
- Mező, F. & Miléné Kisházi, E.** (2004). *Az iskolai alulteljesítés tanulási módszertani aspektusból*. Miskolc: Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Pedagógiai Szakmai és Szakszolgálati Intézet.

- Mikulincer, M., & Florian, V.** (2000). Explorating individual differences in reaction to mortality salience - does attachment style regulate terror management mechanism? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79. 260-273.
- Miller, L.J. & Knudsen, D.D.** (1999). Family abuse and violence. In Sussman, M.B. , Steinmetz, S.K. & Peterson, G.W. (eds.) *Handbook of marriage and family*. New York: Plenum Press. 705-743.
- Mishna, F. , Houry-Kassabri, M. , Gadalla, T. & Daciuk, J.** (2012). Risk factors for involvement in cyber bullying: Victims, bullies and bully-victims. *Children and Youth Services Review*. Vol. 34. 1. 63-70.
- Mitev, P.E.** (2001). A szegénység dinamikája. — *Szociológiai Szemle*. 4.13-39. o.
- Mohai, K.** (2004). Kisiskolás diszlexiás tanulók kognitív funkcióinak sajátosságai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59, 1, 41-56.
- Mollon, P.** (é.n.). *Freud és a "téves emlékezés" tünetcsoportja*. Budapest: Alexandra.
- Molnár, M. M.** (2007). A rajzvizsgálat mint pszichodiagnosztikai eszköz a kisiskolások halálképének feltérképezésében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 3-4.
- Molnár, G.** (2012). A problémamegoldó gondolkodás fejlődése: az intelligencia és a szocioökonómiai háttér befolyásoló hatása 3–11. Évfolyamon. *Magyar Pedagógia*, 112. évf. 1. szám 41–58. .
- Moos, R. H.** (1988). *Coping Responses Inventory Manual*. Palo Alto: Stanford University. *National Center of Children Abuse*. (dátum nélk.). Forrás: <http://www.ncea.aoa.gov/>
- Murányi-Kovács, E.-né -Kabainé Huszka, A.** (1998). *A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Müller, M.** (2000). The role of bereavement counselling in hospice work. *European Journal of Palliative Care*, 7(1).
- Müller, M.** (2001). *Az áruvilág kicsi királyai*. Budapest: Geomédia Kiadó.
- Myat, K.** (2010). Médiaelméletek és a késő-modern médiakörnyezet. *Médiakutató*, 2. sz. 2010 nyár.
- Nagy, J.** (2003). Szociális kompetencia és proszocialitás. In Zsolnai, A. (szerk.). *Szociális kompetencia - társas viselkedés*. Budapest: Gondolat Kiadó. 120-136.
- Nagy, J.** (2004). Életesemények vizsgálata Magyarországon. *Lege Artis Medicinae*, 14(10):690-2.
- Nagy, M. I.** (1997). *A gyermek és a halál*. Budapest: Pont Kiadó.
- Napier, A. Y.** (1988). *A törékeny kapcsolat*. Budapest: Animula.

- Németh, A.** (1997). *Nevelés, gyermek, iskola*. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó.
- Németh, E.** (2004). Hogyan jutalmazunk? A jutalmazás hátrányai és előnyei a pedagógiában. In Mészáros, A. (szerk.) *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága*. 3. kiadás. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 57-70.
- N. Kollár, K.** (2004a). A társas kapcsolatok személyközi vonzalom és a csoportfolyamatok. In N. Kollár, K. & Szabó, É. (szerk.). *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest: Osiris 279-309.
- N. Kollár, K.** (2004b). Amikor nem a gyerekkel van baj...Megváltoztathatatlan adottságok. In N. Kollár, K. & Szabó, É. (szerk.). *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest: Osiris 563-571.
- Nyíri K.** (2000). *A gondolkodás képelmélete*.
http://www.hunfi.hu/nyiri/ELTE_2000_conf.htm; letöltés ideje: 2013. július 6.
- Nyitrai, I.** (2003). Példa-kép-telenség, avagy ki lesz ma tűzoltó, katona és vadakat terelő juhász? *Fordulópont, 2003./4.* 108-111. o.
- Ohmae, K.** (1995). *The End of the Nation State*. New York: HarperCollins.
- Olweus, D.** (1991). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school based intervention program. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression*. NJ: Erlbaum, Hillsdale.
- Olweus, D.** (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. New York: Blackwell,
- Olweus, D.** (2012). Cyberbullying: An overrated phenomenon? *European Journal of Developmental Psychology. Vol. 9.* 5.
- Oroszné Perger, M.** (2002). *A pedagógusszemélyiség összetevői- pedagógusjelöltek nevelési attitűdjeinek, elképzelt szakmai énképének és a nevelő modellek hatásának vizsgálata*. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem.
- Orvosi Etikai Kódex** (1998; 2005).
- Osváth P., V. V.** (2004). Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology, 37:* 36-40.
- Oatley, K., & Jenkins, J. M.** (2001). *Érzelmek*. Budapest: Osiris.
- Örkényi, Á.** (2007). Traumaélmények gyermek- és serdülőkorban: Lehetséges-e pozitív kimenetel? Reziliencia és poszttraumás növekedés. In Z. Demetrovics, G. Kökönyei, & A. Oláh, *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig. Tanulmányok Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére* (old.: 270-291). Budapest: Trefort Kiadó.

- Palareti, L. & Berti, C.** (2009). Different ecological perspectives for evaluating residential care outcomes: Which window for the black box? *Children and Youth Services Review*, 31. 1080-1085.
- P. Balogh, K.** (1988). A tanulási képességet meghatározó pszichikus funkciók fejlődése. In Porkolábné Balogh, K. (szerk.). *Iskolapszichológia*. Budapest: Tankönyvkiadó. 159-187.
- Papp, J.** (1997). A hátrányos helyzet értelmezése. *Educatio*, 1997. 1. 3-7.
- Parke, R.D.** (1976). A büntetés szerepe a szocializációs folyamatban In Pataki, F. (szerk.) *Pedagógiai szociálpszichológia*. Budapest: Gondolat Kiadó. 177-212.
- Parkes, K. R.** (1985). Stressful episodes reported by first-year student nurses: a descriptive account. *Social Science & Medicine* 20(9), 945-53.
- Parsons, T.** (1966). *The social system*. New York: The Free Press.
- Parsons, L.** (2005). *Bullied teacher bullied student*. Ontario: Pembroke Publishers.
- Péley, B.** (2010). Fejlődés és evolúció: evolúciós szemlélet a fejlődésben, a pszichopatológiában és a pszichoterápiákban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2010, 65. 1. 65–83.
- Péley, B.** (2013) Pszichopatológia és fejlődés. Diagnózis és terápia fejlődési pszichopatológiai nézőpontból. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2013, 68. 1. 3–6.
- Perczel-Forintos, D.** (2011). Gátolt menekülés: az öngyilkosság kognitív modellje. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66. 1. 185–201.
- Perlman, H. H.** (1957). *Social Casework: a problem-solving process*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pesce, M.** (2005). Piracy is Good? New Models for the Distribution of Television. *Mindjack Magazine*, May-June, 24-32.
- Peter, J. P. & Olson, J. C.** (1987). *Consumer Behavior*. Homewood IL: Richard D. Irwin.
- Patrick, D. L., Engelberg, R. A., & Curtis, R. J.** (2001). Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 22, Issue 3, 717-726.
- Pavlicsek, Z.** (1997). Haláltudat és jövőkép tanulóink félelmeiben. *Új Pedagógiai Szemle*, 47(7-8). 476-482.
- Péley, B.** (2013) Élettörténet – fejlődés és patológia. A narratív szemlélet és módszer haszna a diagnosztikában és a terápiában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2013, 68. 1. 141- 157.
- Phares, J. E. & Trull, T. J.** (2004) Klinikai pszichológia. Osiris, Budapest. 170-203
- Piaget, J.** (1932/1965). *The moral judgment of the child*. New York: Free Press.
- Piaget, J.** (1954). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.

- Pikó, B.** (2002). *Egészségsszociológia*. Budapest: Új Mandátum.
- Pikó, B., & Hamvai, C.** (2012). Stressz, coping és reziliencia korai serdülőkorban. *Iskolakultúra*, 22. évf. 4. sz. 24-33.
- Pilling, J.** (2001). Tanatológia – támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In J. Füredi, A. Németh, & P. Tariska, *A pszichiátria magyar kézikönyve. 2.* Budapest: Medicina. 825-832.
- Pléh, Cs.** (1992). *Pszichológiatörténet*. Budapest: Gondolat.
- Pléh Cs.** (2001). A kognitív architektúra módosulásai és a mai információtechnológia. In Nyíri K. (szerk.). *Mobil Információs társadalom*. Budapest: MTA Filozófiai Kutatóintézete.
- Polcz, A.** (1993). *Meghalok én is?* Budapest: Századvég.
- Polcz, A.** (1989). *A halál iskolája*. Budapest: Magvető.
- Popper, P.** (2006). Nemzedékek sorsa és felelőssége. In Popper, P. (szerk.). *Magára hagyott generációk. Fiatalok és öregek a XXI. században*. Budapest: Saxum Kiadó. 97-139. o.
- Porkolábné Balogh, K. & Szitó, I.** (2004). Az iskolapszichológia néhány alapkérdése. *Iskolapszichológia*, 1. 7-42.
- Postman, N.** (1983). *The Disappearance of Childhood*. London: Allen.
- Poulos, R.W. & Liebert, R.W.** (1972). Influence of modeling, exhortative verbalization and surveillance on children's sharing. *Developmental Psychology*, 6, 402-408.
- Prelinger, E.** (1959). Extension and Structure of the Self. *Journal of Psychology*, 47, 13-23.
- Prensky, M.** (2010). *Teaching Digital Natives*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Raizada, R. D. S. , Richards, T. L. , Meltzoff, A. & Kuhl, P. K.** (2008). Socioeconomic status predicts hemispheric specialisation of the left inferior frontal gyrus in young children. *NeuroImage*, 40, 1392-1401.
- Rákó, E.** (2010a). Gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek az empirikus kutatások tükrében. In Soós, Zs. (szerk.): *Társadalomtudományi tanulmányok a pedagógia és történettudomány köréből*. Debrecen: Galénos Alapítvány. 58-80.
- Rákó, E.** (2010b). *Gyermekvédelmi intézményekben elhelyezett gyerekek életkörülményeinek vizsgálata*. Doktori (PhD) disszertáció. Debreceni Egyetem.
- Ranschburg, J.** (1989) Egy új tudományág (a fejlődési pszichopatológia) születéséről. *Pszichológia*, 9 (3): 331-340.
- Ranschburg, J.** (1993). *Szeretet, erkölcs, autonómia*. Budapest: Integra-Projekt Kft.
- Ranschburg, J.** (1994). A családi diszharmónia és a válás hatása a gyermek fejlődésére. *Demográfia*, 37. évf. 3-4. sz. 389-391. o.

- Ranschburg, J.** (2005). Egy egész életre szóló találkozás. In Popper, P. (szerk). *Sorsdöntő találkozások: szülők és gyermekek*. Budapest: Saxum Kiadó. 7-68. o.
- Ranschburg, J.** (2010). *A mélységből kiáltok. Depresszió, öngyilkosság és kábítószer a serdülőkorban*. Kaposvár: Saxum Kiadó.
- Reed-Victor, E.** (2003). *Supporting Resilience of Children and Youth*. Project HOPE Information Brief No. 1.
- Révész, Gy.** (2013) A gyerekek alkalmazkodási stratégiái a rossz szülői bánásmódhoz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2013, 68. 1. 89–103.
- Riesman, D.** (1996). *A magányos tömeg*. Budapest: Polgár Kiadó.
- Rihmer, A. D.** (2009). *Az öngyilkossági kísérletek klinikai és pszichoszociális vonatkozásai, különös tekintettel az affektív temperamentumra, a gyermekkori abúzusokra és a nemi különbségekre*. Budapest: SE., Szentágotthai János Idegtudományi Doktori Iskola, Biológiai Pszichiátriai Program.
- Ringel, E.** (1969). *Selbstmordverhütung*. RINGEL E: Selbstmordverhütung. H. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1969.: H. Huber.
- Roberts, D. F. & Maccoby, N.** (1985). Effects of Mass Communication. In Lindzey, G. & Aronson, E. (eds.). *Handbook of Social Psychology*. 2nd ed. Vol. 1. New York: Random House. 539-598.
- Rodkin, P.C., Farmer, T.W. , Pearl, R. & Van Acker, R.** (2000). Heterogeneity of popular boys: Antisocial and prosocial configurations. *Developmental Psychology*, 36. 14-24.
- Rogers, C. R.** (1983): A személyes kapcsolat, mint a tanulás serkentője. In Balogh, L. & Tóth, L. (szerk.) (2000). *Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből II*. Debrecen: Kossuth Egyetemi Kiadó, 223-236.
- Rosengren, K. E.** (1994) (ed.). *Media Effects and Beyond. Culture, Socialization and Lifestyles*. London & New York: Routledge.
- Rosengren, K. E.** (2008). *Kommunikáció*. Budapest: Typotex.
- Rotter, J.B.** (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rózsa S., R. A.** (2006). Az affektív temperamentum: A TEMPS-A kérdőívvel szerzett hazai tapasztalatok. *Psychiat Hung*, 21 (2): 147-160.
- Rózsa S., R. Z.** (2008). A study of affective temperaments in Hungary: Internal consistence and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. *J Affect Disord*, 45:53.

- Rushkoff, D.** (1996). *Playing the Future: How Kids' Culture Can Teach Us to Thrive In an Age of Chaos*. New York: HarperCollins.
- Rutter, M.** (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22 (9-10) : 685-703.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L.** (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, Vol. 52. No. 1. pp. 141-166.
- Rynearson, E. K.** (1987). Psychotherapy of pathologic grief. Grief and bereavement. *Grief and bereavement*, 10. 487-499.
- Sallai, É.** (1996). *Tanulható-e a pedagógusmesterség?* Veszprém: Veszprémi Egyetemi Kiadó.
- Sanders, M. R.** (1996). New Directions In Behavioral Family Intervention with Children. In Ollendick, T. H. & Prinz, R. J. (eds.). *Advances In Clinical Child Psychology*, Vol. 18. New York: Plenum Press. 283-330.
- Sándor K.** (2001). Mobiltársadalom és nyelvhasználat: Valami új vagy újra a régi? In *Mobil információs társadalom*. Budapest: MTA Filozófiai Kutatóintézete.
- Sándor, K.** (2008). *Az önpusztító magatartás következményei különös tekintettel az öngyilkosságra és annak megelőzési lehetőségeire. Bács-Kiskun megye 1995-2006*. Budapest: SE., "Mentális Egészségtudományok" Interdiszciplináris Doktori Iskola, .
- Scarr, S. , Weinberg, R.A. & Levine, A.** (1983). *Understanding development*. Harcourt Brace Jovanovich Publishers.
- Schaffer, D. & Brody, G.H.** (1981). Parental and peer Influences on moral development. In Henderson, R.W. (ed.). *Parent-child Interaction*. New York: Academic Press.
- Schiff, M. , Kaufman, M. & Kaufman, A.** (1981). Scatter analysis of WISC-R profiles of learning disabled children with superior Intelligence. *Journal of Learning Disabilities*, 14, 400-404.
- Schmidbauer, W.** (1977). *Die hilflosen Helfer*. Rohwolt: Reinbek.
- Schneider, S.K. , O'Donnell, L. , Stueve, A. & Coulter, R.W.S.** (2012). Cyberbullying, School Bullying, and Psychological Distress: A Regional Census of High School Students. *American Journal of Public Health: January 2012, Vol. 102, No. 1*, pp. 171-177.
- Schwartz, B.** (2006). *A választás paradoxona. Miért a kevesebb több?* Győr: Lexecon Kiadó.
- Sebő, J.** (2002). A tradíciók és a posztmodern szorításában - töredékek a család jelenéről, jövőjéről. In Szretykó, Gy. (szerk.) (2002). *Globalizáció és család*. Pécs: Comenius Bt.

- Seltzer, W.** (1994). Mi a család? Univerzális mítoszok és terápiás vonatkozásaik. *Család, gyermek, ifjúság* 3 (1994), 16-22.
- Selye, J.** (1976). *Stressz distressz nélkül*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Serfőző, M. & Somogyi, M.** (2004). Az iskola mint szervezet. In N. Kollár, K. & Szabó, É. (szerk.). *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest: Osiris 451-471.
- Sheldon, K. M. & McGregor, H. A.** (2000). Extrinsic Value Orientation and „the Tragedy of the Commons”. *Journal of Personality*, 68, 383-411.
- Signorelli, N.** (2001). Television’s Gender Role Images and Contribution to Stereotyping. In Singer, D.G. & Singer, J.L. (eds.). *Handbook of Children and the Media*. Sage Publications, Inc., 341-358.
- Silverstone, S.** (2008). *Miért van szükség a média tanulmányozására?* Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Simkó, C.** (2009). Hogyan segítsünk gyermekünknek elfogadni az elfogadhatatlant? Tájékoztató pedagógusoknak és szülőknek a gyászoló gyermek segítéséhez. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 12 (4).
- Sindelyes A.** (2000). Számítógépes játékok és erőszak. *Pszichológia Online*, <http://www.pszichologia.hu/cikk/cikk.phtml?id=19>; letöltés ideje: 2013. augusztus 5.
- Singer, D. G. & Singer, J. L.** (eds.) (2001). *Handbook of Children and the Media*. Sage Publications, Inc.
- Slesina, W.** (2008). Primordiális, elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés. *Orvostovábbképző Szemle*, XV. évf. 3; 23-27.
- Snyder, C. R.** (1994). *The psychology of hope: you can get there from here*. New York: Free Press.
- Solymosi, K.** (2004). Fejlődés és szocializáció. In N. Kollár, K. & Szabó, É. (szerk.). *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest: Osiris 29-50.
- Somlai, P.** (1997). *Szocializáció. A kulturális átöröklés és a társadalmi beilleszkedés folyamata*. Budapest: Corvina.
- Somlai, P.** (2008). *Társas és társadalmi*. Budapest: Napvilág Kiadó.
- Speece, M. W., & Brent, S. B.** (1984). Children's understanding of death: a review of three components of Death Concept. *Child Development*, 55. 1671-1686.
- Spencer-Rodgers, J. , Peng, K. , Wang, L. & Hou, Y.** (2004). Dialectical Self-esteem and East-west Differences In Psychological Well-being. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 30, 1416-1432.

- Spillman, K. R., & Spillman, K.** (1992). Ellenségkép és konfliktuscusuzamlás. *Magyar Tudomány*, 37 (99) 1 : 98-102.
- Spitz, R.A.** (1945) Hospitalism; a follow-up report on Investigation. *The Psychoanalytic Study of the Child, Vol 2*, 113-117.
- Sroufe, A. & Rutter, M.** (1989) A fejlődési pszichopatológia területe. *Pszichológia*. 9 (3) : 341-361
- Sroufe, L.A. , England, B. & Carlson, E.A.** (1999). One social world: The integrated development of parent-child and peer relationships. In Collins, W.A. & Laursen, B. (eds.). *Relationships as developmental contexts*. NJ:Erlbaum, Mahwah. 241-261.
- Starkey, P. & Klein, A.** (2002). Sociocultural Influences on Young Children's Mathematical Knowledge. In Saracho, O. N. & Spodek, B. (eds.). *Contemporary Perspectives on Mathematics, Science, and Technology In Early Childhood Education*. Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Stengel, E.** (1964). *Suicide and attempted suicide*. Baltimore, Md: Penguin Books. Baltimore, Md.: Penguin Books.
- Sternlicht, M.** (1980). The concept of death in preoperational retarded children. *Journal of Genetic Psychology*, 137. 157-164.
- Suler, J.** (1999). The Psychology of Avatars and Graphical Space In Multimedia Chat Communities. <http://www.rider.edu/users/psyber/psyav.html>
- Sullivan, K.** (2000). *The Anti-Bullying Handbook*. Oxford University Press.
- Super, C. M. & Harkness, S.** (1986). The Developmental Niche: A Conceptualization at the Interface of Child and Culture. *International Journal of Behavioral Development*, 9, 545-569.
- Suplicz, S.** (2012). *Tanárok pszichológiai jellemzői diákszemmel*. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem.
- Susman, W.** (1984). *Culture as History: The Transformation of the American Society In the Twentieth Century*. New York: Pantheon Books.
- Sutton, J. , Smith, P.K. & Swettenham, J.** (1999). Bullying and the „theory of mind”: A critique of the social skills deficit view of the anti-social behavior. *Social Development*, 8. 117-127.
- Szabó, Á.** (2009). *A (szabadidő)sport alapfogalmai és kutatott területei*. 115. sz. *Műhelytanulmány*. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem Vállalatgazdaságtan Intézet.

- Szabó, É. , Vörös, A. & N. Kollár, K.** (2004). A tanári szerep, a hatalom és a tekintély problémái. In Kollár, K. & Szabó, É. (szerk.). *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest: Osiris 418-450.
- Szabó L. T.** (1988). *A „rejtett tanterv”*. Budapest: Magvető Kiadó.
- Szabóné Kármán, J.** (2004). *Családgondozás – krízisprevenció*. Budapest: Medicina.
- Székely M.** (2003). A fogyasztói magatartás alapjai: a lélek- és a gazdaságtan alapvetései a fogyasztásról. In Hunyady Gy., Székely M. (szerk.) *Gazdaságpszichológia*. Budapest: Osiris 231-296.
- Székely, A.** (2008). Az internethasználat kapcsolata az egyén életminőségével, kapcsolataival- Az új világ kihívása. In Kopp, M. (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2008*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 398-405.
- Székely, I.** (2003). *Tárgykapcsolat elmélet a családterápiában*. Budapest: Animula.
- Szél, B.** (2010). *A párkapcsolati összetartást segítő minták elemzése. PhD értekezés*. Budapest: Budapesti CORVINUS Egyetem Szociológia Doktori Iskola.
- Szertartás a halottakért - Tibeti halálmeditációk.** (1998). Budapest: Farkas Lőrinc Imre Könyvkiadó.
- Szikulai, I.** (2004). A magyar gyermekvédelem fejlődésének kulcskérdései- egy lehetséges szakmai stratégia lépései. *Kapocs*, 3. 14. sz. 58-64.
- Szilády, Sz.** (1999). Erőszak és brutalitás a magyar televíziós műsorkínálatban *Jel-Kép*, 3.sz.
- Szoboszlai, Zs.** (2004). Szegénység, marginalizáció, szegregáció. Adalék a társadalmi egyenlőtlenségek értelmezéséhez. *Tér és Társadalom* 18. évf. 2004/3. 25-42. p.
- Szondy, M.** (2008). *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás. PhD értekezés*. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiatudomány Doktori Iskola.
- Szondy, M.** (2010). *A boldogság tudománya. Fejezetek a pozitív pszichológiából*. Jaffa Kiadó, Budapest
- Szűts, Z.** (2012). Az internetes kommunikáció története és elmélete. *Médiakutató*, 2012 tavasz.
- Takács, Á. , Kóbor, A. & Csépe, V.** (2010). Zavarok a diagnózisban? A figyelmi atipikusság „intuitív diagnosztikája” és neuropszichológiai profilja. *Pszichológia*, 30, 3, 253-271.
- Tannenbaum, A. J. & Baldwin, L. J.** (1983). Giftedness and learning disability: a paradoxical combination. In Fox, Brody & Tobin (eds.): *Learning disabled/ gifted children: Identification and programming*. Baltimore: University Park Press.

- Tapscott, D.** (2008). *Grown up Digital*. New York: McGraw-Hill.
- Tárnok, Zs. & Gulyás, B.** (2002). A diszlexia jelensége és lehetséges magyarázatai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57, 3, 485-497.
- Tarpley, T.** (2001). Children, the internet and Other New Technologies. In Singer, D. G. & Singer, J. L. (eds.) *Handbook of Children and the Media*. Sage Publications Inc. 241-267.
- Taskó, T.** (2007). Learning factors of Academic Underachievement. *Acta academiae pedagogicae agriensis nova series Tom XXXIV. Sectio psychologiae*. Eger. 63-73. o.
- Taskó T. A.** (2009). *A tanulást befolyásoló kognitív és affektív tényezők vizsgálata az általános iskola 6-7. osztályos tanulói körében az iskolai alulteljesítés szempontjából*. Doktori (PhD) értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L.** (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3): 455-471.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L.** (2005). Poszttraumás növekedés. Elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In Z. Kulcsár, *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés* (old.: 37-67). Budapest: Trefort Kiadó.
- Terestyéni, T.** (2006). *Kommunikációelmélet: a testbeszédtől az Internetig*. Budapest: Typotex Kiadó.
- Thomas, M. H. , Horton, R. W. , Lippincott, E. C. & Drabman, R. S.** (1977) Desensitization to portrayals of real-life aggression as a function of exposure to television violence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 450-458.
- Thorndike, E.L.** (1898). Animal intelligence: an experimental study of the associative processes in animals. *Psychological Monographs*, 2, 8.
- Tomasello, M.** (2002). *Gondolkodás és kultúra*. Budapest: Osiris
- Torgyik, J. & Karlovitz, J. T.** (2006). *Multikulturális nevelés*. Budapest: Bölcsész Konzorcium.
- Tóth, D. & Csépe, V.** (2008). Az olvasás fejlődése kognitív pszichológiai nézőpontból. *Pszichológia*, 28, 1, 35-52.
- Tóth, M., Ádám, S., Székely, A., Purebl, G., & Stauder, A.** (2013). Interperszonális konfliktusok a szándékos önmérgezés háttérében. Kézirat.
- Tóth-Mózer, Sz. & Lévai, D.** (2011). *Az oktatási es nevelési folyamat kiterjesztése online közösségi felületekre*. <http://herj.hu/2011/07/toth-mozser-szilvia-es-levai-dora-az-oktatasi-es-nevelési-folyamat-kiterjesztése-online-kozossegi-feluletekre/>

Tóthné, Z. Á. (2009). *A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál?* Budapest: Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Doktori Értekezés.

Trencsényi, L. (1988). *Pedagógusszerepek az általános iskolában.* Budapest: Akadémiai Kiadó.

Triandis, H.C. (2002). Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology*, 53, 133-160.

Tudományos és Köznyelvi Szavak Magyar Értelmező szótára. (dátum nélk.). Letöltés dátuma: 2013. augusztus 14, forrás: <http://meszotar.hu/>

Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. *American Psychology*, 40, 1126-1136.

Túry, V. (2010). *A pszichés terhelés hatása különleges helyzetekben, különös tekintettel megküzdési stratégiák nemek szerinti változásaira.* Doktori értekezés. ZMNE, Kossuth Lajos Hadtudományi Kar, Hadtudományi Doktori Iskola: Budapest.

Ungárné Komoly, J. (1981). *A pedagógus személyisége.* Budapest: TIT.

Unoka, Z., Bérdi, M., Soltész, P., Bácskai, A., Somogyi, S., Czégényi, B., és mtsai. (2013). A szociális háló jellemzői öngyilkossági kísérletet elkövetett és egészséges nők körében. Kézirat.

Urbán, R. (2001). Útban a magatartásszempontrú egészségpszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56: 593 – 622.

Urbán, R. (2004). Félelem és szorongás az iskolában. In N. Kollár, K. & Szabó, É. (szerk.). *Pszichológia pedagógusoknak.* Budapest: Osiris 111-114.

Utasi, Á. (2002). *A bizalom hálója.* Budapest: Új Mandátum Kiadó.

Vajda, Zs. (2005a). A család. In Vajda Zs. & Kósa É. (2005). *Neveléslélektan.* Budapest: Osiris 147-219.

Vajda Zs. (2005b). Az iskola. In Vajda Zs. & Kósa É. (2005). *Neveléslélektan.* Budapest: Osiris 292- 362.

Vajda, Zs. (2005c). Pszichológiai zavarok. In Vajda, Zs. & Kósa, É. (2005). *Neveléslélektan.* Budapest: Osiris 478-516.

Vajda, Zs. (2005d). Gyermekvédelem. In Vajda, Zs. & Kósa, É. (2005). *Neveléslélektan.* Budapest: Osiris 432-471.

- Vajda, Zs.** (2005e). Válsághelyzetek a gyermekek életében. In Vajda, Zs. & Kósa, É. (2005). *Neveléslélektan*. Budapest: Osiris 533-547.
- Van Boven, L. & Gilovich, T.** (2003). To Do or to Have? That is the Question. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1193-1202.
- Van der Kolk, B. A., & Fislser, R.** (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8: 505–525.
- Varga, A.** (2008). A gyermekvédelmi gondoskodásban élők inklúziójának esélyei. *Új Pedagógiai Szemle*, 58. 5. sz. 16-24.
- Váriné Sz. I.** (1987). *Az ember, a világ és az értékek világa*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Veczko, J.** (2007). *Gyermekevédelem pszichológiai és pedagógiai nézőpontból*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Végh, V., Ludányi, B., & Szabó, P.** (2012). Öngyilkossági veszélyeztettség evészavarokban. Kézirat.
- Végh, V., Ludányi, B., & Szabó, P.** (2013). Evészavarok és pszichiátriai komorbiditás serdülő korosztályban. *Magyar Pszichológia Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlése*. Budapest.
- Vekerdy, T.** (1999). A képernyők varázsa. *Fordulópont, 1999./1.* 8-14. o.
- Vianello, M., & Lucamante, M.** (1988). Children's understanding of death according to parents and paediatricians. *Journal of Genetic Psychology*, 149(3). 305-316.
- Vidra- Szabó, F.** (2001). „Soha többé nem megyek haza” Gyerekek állami gondozásban. *Esély*, 12. 5. sz.
- Vikár, G.** (1984). *Gyógyítás és öngyógyítás. A gyermek és a gyász*. Budapest: Magvető.
- Vince, T., & Petros, A.** (2006). Should children's autonomy be respected by telling them of their imminent death? *J Med Ethics*, 32. 21–23.
- Vizin, G., Bérdi, M., Hekli, J., Hutter, M., Strényer, Z., & Unoka, Z.** (2012). A Szégyen Élmény Skála adaptációja közvetlen szuicid kísérleten átesett, valamint pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek körében. Kézirat.
- Vizin, G., Bérdi, M., Hekli, J., Hutter, M., Strényer, Z., & Unoka, Z.** (2013). A Szégyen Élmény Skála adaptációja közvetlen szuicid kísérleten átesett, valamint pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai betegek körében. *Magyar Pszichiátriai Társaság Vándorgyűlése*, Győr. 33.

- V. Komlóssy, A., Vass, Z., & Rózsa, S.** (1997). depresszióra való hajlam serdülőkori felismerésének és módosításának lehetőségei. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 52. 1–3. sz. 101–124.
- Waite, L. J., & Lillard, L. A.** (1991). Children and Marital Disruption. *The American Journal of Sociology*, 96 (4) : 930-953.
- Walker, L. E.** (2004). A Critical Analysis of Parental Alienation Syndrome and Its Admissibility in the Family Court. *Journal of Child Custody*, 1(2), 47 —74.
- Wallace, P.** (2002). *Az Internet pszichológiája*. Budapest: Osiris.
- Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B.** (1980). *Surviving the Break-Up. How Children and Parents Cope with Divorce*. New York: Basic Book.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., és mtsai.** (2010). *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial*. Letöltés dátuma: 2013. 08 10, forrás: BMC Public Health. 10:192: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/192>
- Watterman, A. S.** (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 64 No. 4. pp. 678–691.
- Weiss, R. S.** (1998). Issues in the study of loss and grief. In J. H. Harvey, *Perspectives on loss: A sourcebook*. New York: Brunner/Mazel. 343-352.
- WHO.** (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneve.
- WHO.** (March, 2001). *Constitution of the World Health Organization, Accessed Page 20 of "NATIONAL MENTAL HEALTH POLICY 2001-2005"*.
- White, L. K., & Booth, A.** (1990). Divorce over the Life Course. *Journal of Family Issues*, 12 (1) : 5-21.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T. H., Duggan, D.** (2004) Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In HAWTON, K. (ed.) *Suicide and Suicidal Behaviour: From Science to Practice*. 71–90. Oxford University Press, Oxford
- Wilkins, J.L.** (1970). Producing Suicides. *Am Behavioral Scientist*, 186-201.
- Wilson, W. J.** (1987). *The Truly Disadvantaged. The Inner City, The Underclass, and Public Policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Winn, M.** (1990). *Gyerekek gyerekkor nélkül*. Budapest: Kossuth Kiadó.

- Wolfgang, R.** (1999). Improvement of care for people suffering from depression: The need for comprehensive education. *Int Clin Psychopharmacology*, 14: 27-33.
- Wolin, S. J., Bennett, L.** (1988) Családi rituálék. In Illyés, S. & Ritoók, P.-né (szerk.) *A nevelési és pályaválasztási tanácsadás pszichológiája III.* Budapest: 813-853.
- Zilberstein, K.** (2006). Clarifying Core Characteristics of Attachment Disorders: A Review of Current Research and Theory. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 76.(1) 55-64.
- Z.Karvalics, L.** (1999). Nincs új a Net alatt. *Internet Kalauz*, 1999/4.
- Zrinszky, L.** (1992). A nevelés vége? *Új Pedagógiai Szemle*, 7-8. 47-55.
- Zsidi, Z.** (1997). *Hagyjuk sorsára?* Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Zsolnai, A.** (2001). *Kötődés és nevelés.* Budapest: Eötvös József Könyvkiadó.
- Zsubrits, A.** (2011). *A kapcsolat, mint esély. A gyermekvédelmi intézményekben élő serdülőkorú fiatalok kötődésrendszerén belül a nevelőkkel kialakult kapcsolat összetevői.* Doktori (PhD) értekezés. Pécsi Tudományegyetem.
- www.gyermekbantalmazas.hu.** (2012. 10 25). Letöltés dátuma: 2013. 08 26, forrás: OGYEI: http://www.gyermekbantalmazas.hu/magunkrol/item/toebb-ezer-megvert-elhanyagolt-gyerek-magyarorszagon?category_id=11