

Károli Gáspár Református Egyetem
Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar
Pszichológiai Intézet
Témavezető neve: Kiss Paszkál Bertalan

Depresszió és a lelki betegségek okainak, kialakulásának szociális reprezentációja

Laikus vs. pszichológus szemszögből

Heirits Mónika
Pszichológia MA

Tartalom

Absztrakt.....	4
Szakirodalmi bevezető.....	4
Mit jelent a szociális reprezentáció?	4
Hogyan tevődik össze (mag, periféria)	5
Mi a mentális betegség?	6
Mentális betegség és a szociális reprezentáció	7
Depresszió.....	8
Miért fontos a depresszió kutatása Magyarországon	9
Depresszió szociális reprezentációja	9
Miért érinti leginkább a serdülőket?	10
Kutatási kérdés.....	11
Módszer	11
Minta.....	11
Mérőeszközök, berendezés	12
Eljárás/ Kísérleti elrendezés.....	13
Eredmények	14
Megvitatás.....	25
Mellékletek	28
Szakirodalmi hivatkozások és irodalomjegyzék.....	29

Ábrajegyzék

1. ábra Milyen lelki problémák jelennek meg mostanában a 12-18 éves diákok között kérdésre adott válasz témák megjelenése a 3 csoportban. Venn-diagramon ábrázolva .	15
2. ábra Ön szerint mi számít kockázati tényezőnek az Ön által említett serdülőkori lelki problémákkal kapcsolatban? Kik a veszélyeztetett serdülők ebből a szempontból? kérdésre megjelent témák eloszlása Venn-diagramban	17
3. ábra Az 5 reprezentáció típus László (2000) alapján.....	28

Táblázatok

1. táblázat Milyen lelki problémák jelennek meg mostanában a 12-18 éves diákok között kérdésre megjelenő válasz témák	15
2. táblázat Ön szerint mi számít kockázati tényezőnek az Ön által említett serdülőkori lelki problémákkal kapcsolatban? Kik a veszélyeztetett serdülők ebből a szempontból? kérdésre megjelent témák	17
3. táblázat Kódok megjelenése az interjúkban.....	20
4. táblázat Kódok megfogalmazása a résztvevők által	24

Absztrakt

Bevezetés: A mentális betegségek olyan szindróma, amelyre az egyén kogníciójának, érzelmszabályozásának vagy viselkedésének klinikailag jelentős zavara jellemző (American Psychiatric Association, 2014). A WHO (*Mental Disorders*, 2022) és a gyakori mentális zavarok (Silva és mtsai., 2020) is azt mutatják, hogy a depresszió az egyik vezető betegség a világ népessége körében. Mivel a lélek szerkezetéről alkotott reprezentációink befolyásolják a személyről alkotott képünket (Langer & Abelson, 1974), így célunkká vált hogy felfedjük milyen szociális reprezentációja van a lelki betegségeknek illetve a depresszióknak a laikusok és pszichológusok között.

Módszertan: A vizsgálati elrendezés típusa kvalitatív kutatás (iteratív, fokozatosan közelítő vizsgálat) (Szokolszky, 2020). Hallgatók vettek fel interjút laikusokkal és pszichológusokkal. A laikus nők száma 5 a férfiaké 7 a pszichológusoké 8, így összesen 20 interjút elemeztünk. A laikusok közül egyiket sem köti össze munkájuk serdülőkkel, nem foglalkoznak pszichológiával a szakmájukban.

Eredmények/ Következtetés: Mindhárom csoport a lelki betegségek megjelenésére azt mondta, hogy jellemző jövő iránti aggodalmak, identitáson belül az önértékelés, szexuális és közösségi identitás problémák. A legtöbbet megjelenő rizikó tényező a kortársak közötti kapcsolati problémák voltak. A depresszió szociális reprezentációjának a magjába megjelenés került, amelyet mindhárom csoport úgy írt körbe, hogy ez takarja, elrejtje őket a világ elől. Erőteljesen megjelentek a szociális területen való romlás, és a depressziós hangulat.

Szakirodalmi bevezető

Mit jelent a szociális reprezentáció?

A reprezentáció felfogásának öt típusa van (lásd részletesebben 3. ábra), kognitív idegtudományi, kognitív pszichológia/kognitív szociálpszichológia, sztenderd társadalom tudomány, szociális konstrukcionizmus, diskurzus elemzés és szociális reprezentáció (László, 2000).

A reprezentációt Moscovici (2002) hozta be, elsőnek 1961-ben, de csak jóval később ismerték el elméletét. Ebben a kutatásban olyan értelemmel gondolunk a szociális reprezentációra, ahogy Erős (2002) is, mint egy adott probléma mindennapi megjelenése a laikusnak megszerzett ismereteinek az összeolvadásában. László János (2000) úgy magyarázza reprezentációnál a kapcsolatokat, hogy a szubjektum és tárgyak közötti *mediációk*, kapcsolódás és elkülönülésben jön létre. A szociális reprezentáció belső és

külső viszonya, ahol a *szociális* jellemző a személy és annak világát alkotó tárgyak/események közötti viszony, míg a *reprezentáció* az egyént és társadalmat csatlakoztatja. A szociális reprezentáció egyfajta szimbolikus mediáció a nyilvános térben (itt keletkeznek és nyilvánulnak meg, kontextusa és konstruktív eleme (Jovchelovitch, 1994; 1995 idézi Jovchelovitch, 1996).

Sok kutatásban elrejtőzik a szociális reprezentáció, például attribúciós vagy szociális megismerésről szóló kutatásokban (Moscovici, 2002). Több mindenből állhat, mint például hiedelmek, sztereotípiák, naiv elméletek, és terjedése a csoporttagok kommunikációjának köszönhető (László, 2000). A szociális megismerésnél úgy láthatjuk ezt, hogyha van egy reprezentációnk, hogy milyen egy másik ember, megteszünk mindent, hogy azt igazoljuk (Moscovici, 2002).

A szociális reprezentációnak összehasonlító jellegűnek kell lennie (Moscovici, 2002), akkor tudjuk megkülönböztetni hogy pl. egyes kultúrák hogyan befolyásolják nézetünket bizonyos tárgyakra. A reprezentáció torzít, hisz „*öröklött genetikus diszpozíciónk, tanult képzeink és szokásaink, a róluk őrzött emlékeink és kulturális kategóriáink mind összeadódnak, és ezek együttese teszi olyanná őket, amilyennek látjuk*” (Moscovici, 2002 214.o.). A reprezentációk két szerepet töltenek be; konvencionalizálják a tapasztalt eseményeket (formát adnak) és perspektív jellegűek (meghatározza, hogy mit gondoljunk).

Mint minden elméletnél ugyanúgy van ennek is kritizálója (lásd Billig, 1988; Potter and Litton, 1985; Parker, 1987 idézi Jovchelovitch, 1996), mint a támogatói (lásd Banchs, 1994; Jodelet, 1989; Moscovici, 1988; Farr, 1987 idézi Jovchelovitch, 1996).

Hogyan tevődik össze (mag, periféria)?

Az Aix-en-Provence-i iskola kezdeményezte a strukturális megközelítést a szociális reprezentációnak (Bigazzi, 2015). A szociális reprezentáció egy magból (olyan alapfogalmak melyek kapcsolatban állnak, mely körül a tárgyról való tudás kialakul, történelmileg gyökerezett funkciója; centruma a reprezentáció kognitív szerveződésének és kézzelfoghatóbbá teszi a fogalmat, stabilizálja a reprezentációt) és egy perifériából áll (kiegészítő elem, változhat, kontextus függő, valósághoz alakítja a reprezentációt) (Bigazzi, 2015; Kiss, 2009; László, 2001). Példaként behozva: Aim és munkatársai (2018) az egészség szociális reprezentációjának a strukturális megközelítésében szabad asszociáció segítségével (rang-gyakoriság és fontosság-gyakoriság) megtalálták az egészség figuratív magját (jóllét, betegség hiánya) és perifériáját (pl. diéta).

Mi a mentális betegség?

A *mentális egészség* (mentális betegség jelenléte vagy hiánya) és *betegség* (gyenge vagy erős személyes jólét) két külön fogalom, mely összefonódik (Muslic és mtsai., 2020). Aki mentális betegségben szenved rendelkezhet még magas jólléttel, mely azt jelenti hogy képesek olyan produktívak lenni, mint egy *alacsony pszichopatológiai tünetekkel* rendelkező személy (Keyes, 2002 idézi Muslic és mtsai. 2020). A mentális zavar definíciója a DSM-5 szerint (American Psychiatric Association, 2014 59.o.) a következő:

„olyan szindróma, melyre az egyén kogníciójának, érzelemszabályozásának vagy viselkedésének olyan klinikailag jelentős zavara jellemző, mely a mentális működés hátterében álló pszichológiai, biológiai vagy fejlődési folyamatok diszfunkcióját tükrözi.”

Kialakulásának okai attól függenek, hogy milyen nézetet vallunk, van biológiai (az agy rendellenessége okozza), pszichológiai nézőpont (elmeműködési zavarok okozza), pszichoanalitikus nézőpont (korai gyermekkorból tudattalan konfliktusok, elfojtott impulzusok), behaviorista nézőpont (félelem helyzetekhez való kondicionálása), kognitív nézőpont (rendellenes kognitív folyamat eredménye), és szociokulturális nézőpont (egyen társas-társadalmi helyzete pl. diszkrimináció, szegénység) (Atkinson & Hilgard, 2005).

Az Unicef adatai szerint 7-ből 1 serdülő szenved mentális betegségben (*7-ből 1 serdülő szenved mentális betegségben világszerte*, 2021). A STADA (2024) 23 országot és 46 ezer kitöltőt érintő kutatása szerint a magyarok (magyar kitöltők 48%-a) rosszabb mentális egészségről számoltak be a többi országhoz képest.

Adattáblák szerint a mentális betegségek 2019-ben Európában az 5. Magyarországon 7. legnagyobb betegségteher voltak (Roser és mtsai., 2024). A WHO adatai alapján, a depressziós rendellenességek a leggyakoribbak a világon (*Mental Disorders*, 2022), és Magyarországon is az egyik legtöbbet diagnosztizált pszichiátriai betegség (Sebestyén, 2010). Továbbá a gyakori mentális zavarok (Common Mental disorders – CMD) is alátámasztják, hogy itthon is érintettek vagyunk a depressziót illetően, hisz a CMD közé tartozik a depressziós, szorongásos zavarok, epidemiológiai kutatások szerint 4.4% és 3.6%-a világ populációja depresszív vagy szorongásos zavartól szenved, a CMD már korai kortól érinti az embereket (Silva és mtsai., 2020). Emiatt a

kutatásban szeretnénk az olvasónak a depresszió, illetve a mentális betegségek szociális reprezentációjának témájában mélyebb betekintést nyújtani.

Mentális betegség és a szociális reprezentáció

Langer és Abelson (1974) kutatása azt mutatta, hogy a lélek szerkezetéről alkotott reprezentációink befolyásolják a személyről alkotott képünket. A kutatásban olyan résztvevők voltak, akik vagy a behaviorista vagy az analitikus szempontot képviselték, feladatuk az volt, hogy megnézzenek egy videót, ahol a csoport felének azt mondták, hogy a benne szereplő ember munkát keresett, a másiknak meg azt mondták, hogy egy páciens. A behavioristák, a címke nélkül, egy érzelmileg stabil embert láttak, míg az analitikusok (páciens címkénél) azt mondták, hogy zavart volt. Ezek a megtanult reprezentációk azt is befolyásolják, hogy hogyan vélekedjünk pl. a mentális betegséget illetően. Egy három részből álló kutatásban (Farina és mtsai., 1978) azt csinálták, hogy két csoportra osztották a résztvevőket, mindegyik csoport 1-1 képviselőt kapott a mentális betegségekről (az egyiknél úgy írta le a mentális betegséget, mint egy betegség (disease) és az aki ezzel rendelkezik nem hibásabb mint egy olyan ember akinek tüdőgyulladása van és láza van, a másik meg úgy írta le mint a szociális tanulás terméke, vagyis maga a beteg nem volt ügyes a szociális problémák kezelésében), annak eredménye az lett, hogy az aki a „disease” csoport tagja volt szerinte egy mentális betegséggel küzdő ember kevesebbet tudna segíteni magán, mint a szociális tanulás csoport gondolta. A három részletben kisebb változtatások voltak (pl. a 3.részben csak nőket kérdeztek), de maga az üzenet ugyanaz maradt. Egy másik hasonló kutatásban (Farina, 1979) azt nézték, hogy a hiedelmek (bioszociális-orientált vagy szociális tanulás orientált), hogyan befolyásolják a hozzáállásunkat a mentális betegekkel illetően. Az első csoport nem gondolta azt hogy lenne kontroljuk a mentális egészségügyi problémák felett, kevésbé gondolják fontosnak azt, hogy a problémáikon gondolkodjanak, vagy segítséget kérjenek. Miért is van ez? Összességében láthatjuk a genetikai eredetű reprezentáció úgy látja, hogy a mentális betegség **gyógyszerrel kezelhető, de nem változik**, míg a másik reprezentáció egy szociális tanulási problémának tekinti, vagyis **változtatható, ha magamon is változtatok** (Moscovici, 2002).

Moscovicinál (2002) olvasható egy olyan eset, amikor elakarták törölni a *neurózis* szót, ezt úgy hozta össze a szociális reprezentációval, hogy minden szónak a jelentése egy osztályozásra alkalmas eszközzé válik, amely részévé válik az életünknek, befolyásolja az ítéleteinket, interakcióinkat, értékeinket. Így már feltételezhető, hogy a mentális

betegségeket illetően már mindenkinek van egy kialakult képe, már maga a definíció miatt is.

Depresszió

A depressziót a köznyelvben használjuk, hivatalos megnevezése súlyos (major) depressziós zavar a DSM könyvekben a depresszív zavarok közé, a BNO könyvekben meg a hangulatzavarok közé tartozik.

A DSM-5 alapján a major depresszív zavarnak a következők a tünetei (legalább 5 tünet, legalább 2 hétig fennáll, és a tünetek közül legalább az egyik az első vagy második pont, a tünetek jelentős szenvedést okoznak a szociális, munkahelyi, illetve egyén fontos területeken); 1) depressziós hangulat a nap legnagyobb részében, 2) érdeklődés vagy öröm elvesztése, 3) jelentős testsúlycsökkenés (diéta nélkül) vagy testsúly gyarapodás, 4) inszomnia/hiperszomnia, 5) pszichomotoros agitáció, 6) fáradtság/energiahiány majdnem mindennap, 7) értéktelenség vagy túlzott vagy inadekvát büntudat 8) csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, és 9) halállal, öngyilkossággal kapcsolatos visszatérő gondolatok (American Psychiatric Association, 2014).

Hangulatzavarként a depresszió az egyik megjelenési forma (a másik a mánia) (Comer, 2005). A depresszív zavarok jellemzői a depresszív hangulat, örömtelenség, kognitív, viselkedési, illetve neurovegetatív tünetekkel (*BNO-11 Mentális zavarok*, 2022). Több szakirodalom is arról számol be, hogy a nőket jobban érinti a depresszió (vagy legalábbis több regisztrált eset van belőle) (lásd például; Ádány és mtsai., 2011; Atkinson & Hilgard, 2005; Comer, 2005; Romans és mtsai., 2007; Schuch és mtsai., 2014). A WHO még 2001-ben (World Health Organization, 2001) arra számított hogy 2020-ra a második legnagyobb betegségteher lesz, majd a depressziót 2017-ben az fogyatékoság elsőszámú okozójaként rangsorolta (7.5% -a az összes rokkantsággal töltött éveknek (years lived with diasbility, YLD)) (World Health Organization, 2017). WHO (2024) adatai szerint 100 ezer főként 16.6 fő hal bele öngyilkosságba Magyarországon. Ez amiatt fontos, mert az öngyilkosságot elkövetők 60-75%-a igazoltan depressziós (Sebestyén, 2010).

Miért fontos a depresszió kutatása Magyarországon

A rendszeres gondozásban résztvevő depressziósok száma 2006-ban 121 ezer, 2010-ben 115 ezer Magyarországon (Németh és mtsai., 2021). A KSH egyik adattábláján a következő 2014-es adat (Központi Statisztikai Hivatal, 2018 műhelymunkához tartozik) található a megállapított krónikus betegeknel diagnosztizált depressziók arányáról (nem és korcsoport szerint) az országban (2014-ben 82,3 ezer 16-34 év közötti férfi és 98,3 ezer nő, 35-64 év között 750,6 ezer férfi és 891,4 ezer nő, 65+ 418,2 ezer férfi és 803,9 ezer nő volt diagnosztizálva krónikus betegséggel (Központi Statisztikai Hivatal, 2024)):

Betegség	Férfi			Nő		
	15–34 évesek	35–64 évesek	65 éves és idősebbek	15–34 évesek	35–64 évesek	65 éves és idősebbek
Van orvos által megállapított krónikus betegsége	31,1	58,9	88,8	34,6	63,7	92,1
ezen belül depresszió	0,8	2,9	2,9	1,5	6,3	8,5
ezen belül egyéb pszichés/mentális probléma	1,2	1,6	2,4	2,0	3,1	4,4

Ezek az adatok mind azt mutatják, hogy Magyarországon is nagyon sok a depressziós, sőt egyéb pszichés/mentális problémák diagnosztika arányával majdnem azonos.

Depresszió szociális reprezentációja

Itthon kevesebb kutatás van a depresszió szociális reprezentációját illetően, így elsőként pár külföldi kutatás adatát mutatnám be. A volt ketté osztott Németországban 1990-ben csináltak egy kutatást a depresszió szociális reprezentációjáról, akkoriban a talált különbségre azt mondták hogy csökkenni fog, majd 2001-ben újra megvizsgálták hogy igazuk van e (Beck és mtsai., 2003). Az első kísérletben jelentős különbségeket fedeztek fel az éppen frissen egyesített országban, a nyugaton inkább pszichiátriai értelemben definiálták és pszichiátriai terápiát javasoltak a kezelésre (Angermeyer and Matschinger 1999 idézi Beck és mtsai., 2003), a különbséget az alapján magyarázták, hogy a két résznek a pszichiátriai rendszere különbözött. Mivel a depresszió világszerte ismert, tulajdonképpen mindenkinek van tapasztalata vele (direkt vagy indirekt módon is akár) (Räty és mtsai., 2006). Räty és munkatársai (2006) kutatásukban azt találták, hogy a résztvevők nagyrésze a nemi identitásukkal egyező depressziós személyt képzeltek el,

továbbá úgy látták, hogy a depresszió reprezentációja nemcsak személyes tapasztalatokkal, de a társadalmi kontextussal is erős összefüggésben van.

Egy szolnoki régióban végzett reprezentációs kutatás alapján (Kopp, 2005) a résztvevők szerint a gyász, veszteség, társadalmi nyomás miatt alakul ki a depresszió, örömtelenség, fizikai tünetek jellemzik, ugyanolyan fontosnak tartották a pszichiátriai segítség kérését, mint a mozgást.

Miért érinti leginkább a serdülőket?

Magyarországon évről évre növekszik a pszichiátriai intézetekben gondozottak száma, mind felnőtt mint ifjúsági ellátásban (Központi Statisztikai Hivatal, 2019). Már régebben is megállapították, hogy 5-ből 1 gyerek vagy tinédzser mentális egészségügyi problémával rendelkezik (Shanley és mtsai., 2008), és a mentális betegséggel rendelkező tinédzserek száma évről évre növekszik (Zhou, 2020). A fiatalok kb. 24%-a súlyos depresszióban szenved, az első epizód átélése átlagosan 15 éves kor körül jelenik meg (Martin, 2020).

Fejlődéseméleti teóriák közül Erikson (1991, 2002) emelném ki, akinek 5. fejlődési szakasza, a serdülőkor, leírja már-már betegesen foglalkoztatja a fiatalokat, hogy milyennek látják őket mások, továbbá ekkor jelenik meg az identitászavar. Az elméletében fő szerepet kap a krízisek megoldása, mindegyik életszakasznak csak 1 krízissel kell szembenézni, de a tinédzserkor azért is különleges, mert már az előtte megoldott szakaszokat újra átéli (Erikson, 2002). Szóval emellett, hogy megtalálják önmagukat rájuk nehezedik az, hogy a korábban megoldott krízisek velejáróit beleillesszék a jelenlegi korszakukba (pl. autonómia vs. szégyen → ahelyett, hogy elfogadja a szülők véleményét sajátot kell kialakítania).

Kutatási kérdés

Célunk az, hogy megtaláljuk,

- a. milyen reprezentációjuk van az interjúalanyoknak a lelki problémákat illetően a serdülők körében (mennyire jellemző, kockázati tényezők, okok)
- b. hogy mi a depresszió szociális reprezentációjának a magja és perifériája
- c. milyen különbségek vannak a 3 csoport szociális reprezentációjának magja és perifériája között
- d. hogyan viszonyul a 3 csoport reprezentációja (tünetet illetően) a DSM-hez

Kutatási kérdéseink

- a. Hogyan látják a serdülőket, lelki problémákat illetően ill. a depressziót, a szülők és pszichológusok?
- b. Hogyan jelenik meg a DSM-5 a leírásokban és azon kívül megjelenik e más is?

Módszer

A vizsgálati elrendezés típusa kvalitatív kutatás (iteratív, fokozatosan közelítő vizsgálat) (Szokolszky, 2020). A kutatásra a következő kvalitatív stratégiai megközelítések a jellemzők; 1) kontextuális, 2) kutatói szubjektivitás megengedett, 3) nyitott kérdéseket elemzünk. Metodológiai irányzata a kutatásnak konstrukcionista (jelentésteremtés) és a diszkurzív (szociális konstrukcionizmus felfogás, a szituáció nyelvi magyarázata) irányzat keveréke.

Minta

A mintavételt a hallgatók végezték (lásd részletesebben Eljárás/ Kísérleti elrendezés). A mintanagyság szempontjából a kvalitatív kutatásoknál a kisebb szám is elfogadható (Szokolszky, 2020), így inkább a minőségre mentünk, nem a mennyiségre. A laikusok nők száma 5 a férfiaké 7 a pszichológusoké 8, így összesen 20 interjút elemeztünk. A laikusokat munkájuk nem köti össze őket serdülőkkel. Az interjúkat 2021-22 között vették fel. A laikus nők átlag életkora; 42,6 (legfiatalabb 23 éves, legidősebb 51, szórás 11,19) a férfiaké; 48 (legfiatalabb 43 és a legidősebb 59, szórás 5,745) a pszichológusoké; 32,50 (legfiatalabb 27, legidősebb: 36 szórása 3,295) A pályán töltött évek átlaga a pszichológusoknál: 5,31 év (legrövidebb ideje pályán lévő 2 év és legrégebb óta 10 év, szórása 3,035). Az összes pszichológus serdülőkkel foglalkozik, 6 (75%) pszichológus iskolapszichológusként a többi egyéb területen találkozik velük.

Mérőeszközök, berendezés

A kutatásban demográfiai, szóasszociációs kérdések voltak, és félig strukturált interjút alkalmaztunk. A következő kérdéseket használtuk fel az interjúból (kiemelve a kulcsfontosságú részt);

1. **Milyen lelki problémák jelennek meg** mostanában a 12-18 éves diákok között?
2. Ön szerint **mi számít kockázati tényezőnek** az Ön által említett serdülőkori lelki problémákkal kapcsolatban? Kik a veszélyeztetett serdülők ebből a szempontból?
3. **Képzelden maga elé egy depresszióval küzdő serdülőt!** Kérem jellemezze őt! (Hány éves pontosan, milyen nemű, milyen érzések, gondolatok, viselkedés jellemző rá?) Mik az ő tünetei?

A szövegelemzésből nem kerestünk kulcsszavakra, mert a nyílt kérdésre való válaszadási lehetőségek verzió száma túl nagy.

Tematikus analízist (TA) használtunk a szövegelemzésnél, a flexibilitása miatt (Braun & Clarke, 2006). Ez a ernyő módszertant a '70-es évek óta használják ezt (Rácz és mtsai., 2023). Episztológiai pozíciónk főképp konstruktivista (valóság hogyan jelenik meg). A mintázatok feltárásához aktív kutatói szerep társul, vagyis a kutatói szubjektivitás beépül az elemzésbe. A TA adatelemzési stratégiái közül keverten alkalmaztam az adatkivonatolási stratégiát (első 2 kérdés) és a kódolást (3.kérdés). A harmadik kérdésnél főképp a DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) alapján állapítottuk meg a kódokat (kisebb kiegészítésekkel) a következők szerint;

1. Depressziós hangulat a nap legnagyobb részében,
2. Érdeklődés vagy öröm elvesztése,
3. Étkezési rendellenesség,
4. Inszomnia/hiperszomnia,
5. Pszichomotoros agitáció,
6. Fáradtság/energiahiány majdnem mindennap,
7. Értéktelenség vagy túlzott vagy inadekvát bűntudat
8. Csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség,
9. Halállal, öngyilkossággal kapcsolatos visszatérő gondolatok
10. Tünetek jelentős szenvedést okoznak a szociális területeken
11. Egyéb (mely nem szerepel a DSM-5 tünet listáján, de kiemelik a résztvevők)

Eljárás/ Kísérleti elrendezés

A kutatás engedélyszáma: BTK1778-1/2021, címe a kutatásnak „*Pszichológuskép és mentális problémákkal kapcsolatos segítségkérés közoktatási környezetben*”, Kiss Paszkál a kutatásvezető, Mariháziné Dombi Annamáriával együtt végezték az adatgyűjtést. A kutatás fő célja feltárni a laikus tudást a depressziót, illetve az anorexia nervosat illetően, továbbá ezeket az adatokat összevetni pszichológus, pedagógus és egyéb segítői szakmában dolgozók tudásával. Az adatgyűjtést a hallgatók is végezték, műhelymunka keretében, ismeretségi köreikben (hozzáférés-alapú mintaválasztás a módszer), olyan szakembereket (pszichológusokat, pedagógusokat, egyéb segítői szakmában dolgozókat) vagy laikusokat (szülők) kértek fel az interjúban való részvételre, akik közeli kapcsolatban állnak serdülőkkel, mert pl. velük dolgoznak vagy nevelnek, ezt a hallgatók megtehették személyesen és online is. Bevonási kritérium a 12-18 év közötti és alatti gyermekeket nevelő kutatási résztvevő. A kutatást keresztmetszeti elrendezés jellemzi. Félig strukturált tematikus interjút vettek fel a kutatásban résztvevőkkel. Az interjúk átírása az interjút készítő hallgatók feladata volt.

Az interjúk részletes átnézése után adatredukciót hajtottunk végre. Első célunk az lett volna, hogy mindegyik csoportban ugyanannyi ember legyen, de kevesen feleltek meg a feltételeknek (laikus nő (5) és laikus férfi (7), pszichológus (8)). A döntés az alapján született, hogy mely interjúknál tartották be megfelelően az interjúkészítést a hallgatók, illetve, hogy értették-e a kérdést a résztvevők. Pszichológusból azért nem nézzük a nemi különbségeket, mert csak női pszichológusok kerültek be, de ha lett volna férfi is akkor azért nem néznénk a különbséget, mert mind a női, illetve férfi pszichológusok ugyanazt az oktatást kapták a témát illetően egyetemi éveik alatt. A kiválasztott szülők laikusok, végzettségükből, munkájukból fakadóan nem dolgoznak együtt serdülőkkel, nem igényel (bármilyen mértékű) pszichológiai előképzettséget munkájuk.

Tartalomelemzés szempontjából induktív (szövegből kiemeljük a kódokat, és csoportosítjuk) módszert használtunk. A lépések (Rácz és mtsai., 2023 alapján);

- 1) Átolvastuk az interjúkat és kiválogattuk azt, amely megfelel a fentebb említett kritériumoknak,
- 2) A kiválasztott interjúkból a kérdésekre való válaszokat kiszedtük és együtt néztük adott csoportra (pl. a laikus nők válaszait az első kérdésre átrendeztük egy másik word fileba),
- 3) Az első két kérdésnél a kódokat olvasás közben alakítottuk ki (adatkivonatolási stratégia) a harmadiknál az előre meghatározott kódok alapján tematizáltuk a szöveget,
- 4) Kódok témába rendezése,
- 5) Ellenőrzés,
- 6) Téma elnevezése és eredményekbe való leírása.

A kódolásban egy -jelenleg- harmadéves pszichológia alapképzést végző hallgató segített. Külön-külön néztük a szövegeket, egyénileg kódoltuk, majd közös megegyezés alapján alakítottuk a kódokat ill. témákat.

Eredmények

Az eredmények megjelenítése táblázatok, ábrák segítségével történik.

1. <u>Milyen lelki problémák jelennek meg</u> mostanában a 12-18 éves diákok között?

A **nők** szorongásról (azon belül megfelelési kényszerből jövő szorongás, illetve a jövőt illető aggodalmak), identitási problémákról (azon belül önértékelés, szexuális, közösségi identitás), depresszív érzésekről és testképzavarról beszéltek.

A **férfiak** is olyan lelki problémákat hoztak be, mint pl. identitás (azon belül önértékelés, szexuális, közösségi és családi identitás), szorongás (annak megküzdési módja, jövő iránti aggodalmak, megfelelési kényszer), továbbá behoztak egy új témát a függőséget (szer ill. internet).

A **pszichológusok**nál inkább a stresszhez kapcsolódó állapotok jelentek meg (pánik), a szorongás a jövő miatti aggodalmakként jelent meg. Míg a nők depresszív **érzésekről** beszéltek, Ők kifejezetten a depressziót említették meg, mint lelki probléma. Az identitás (községi, szexuális, családi, és önértékelés), testképzavar itt is megjelent. Új témaként megjelent az érzelemszabályozás, illetve a téves öndiagnózis, mint lelki problémák forrása.

Szakmai relevancia: Az eredmények alapján a laikusoknak van egy egész hasonló képe a pszichológus csoporthoz a lelki betegségeket illetően. Továbbá mindhárom csoportban nagy arányban megjelent a szorongás, ami a gyakori mentális zavarok (Common Mental disorders – CMD) egyike (Silva és mtsai., 2020).

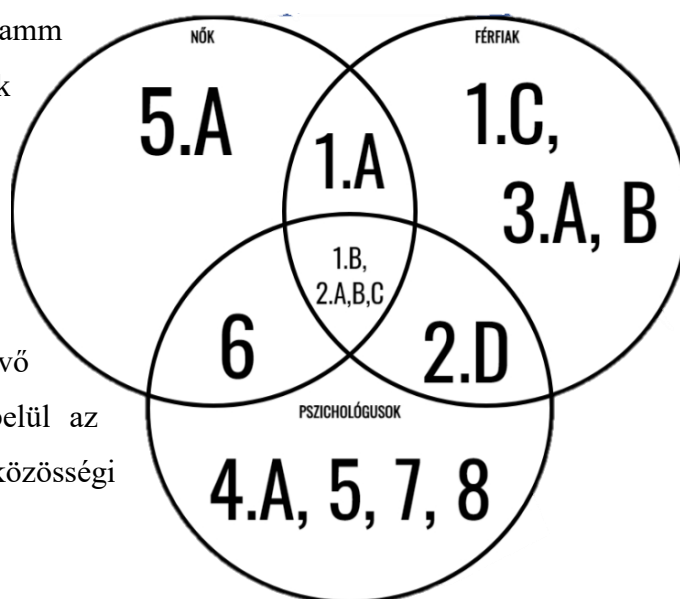
Csak, hogy az olvasó is átlássa a következő témák (vastagon, aláhúzott) ill. altémák születtek ennél a kérdésnél:

<u>1.Szorongás</u>	a. Megfelelési kényszer által okozott szorongás b. Jövő iránti aggodalmak c. Megküzdési módok
<u>2.Identitás</u>	a. Önértékelés b. Szexuális identitás c. Közösségi identitás d. Családi identitás
<u>3.Függőség</u>	a. Elmemódosító szer b. Internet
<u>4. Stressz</u>	a. Pánik
<u>5.Depresszió</u>	a. depresszív érzések
<u>6.Testképzavar</u>	
<u>7.Érzelemszabályozás</u>	
<u>8. Téves öndiagnózis</u>	

1. táblázat Milyen lelki problémák jelennek meg mostanában a 12-18 éves diákok között kérdésre megjelenő válasz témák

A következő venn diagramm ábrázolja, hogyan oszlanak el ezek a témák/altémák a 3 csoportban.

A számozások a fentebb látható táblázat alapján vannak. Ez alapján, ami mindhárom csoportban megjelent téma: jövő iránti aggodalmak, identitáson belül az önértékelés, szexuális és közösségi identitás.



1. ábra Milyen lelki problémák jelennek meg mostanában a 12-18 éves diákok között kérdésre adott válasz témák megjelenése a 3 csoportban. Venn-diagramon ábrázolva

2. Ön szerint **mi számít kockázati tényezőnek** az Ön által említett serdülőkori lelki problémákkal kapcsolatban? **Kik a veszélyeztetett** serdülők ebből a szempontból?

Erre a kérdésre sokan összemosták a válaszaikat. A **nők** kockázati tényezőként kiemelték a szülői stílust (laza, „jó fej”, kicsit hanyag szülők vagy a másik véglet, ahol nagyok az elvárások), az tudatmódosítószeres használatát hozták fel (drog, alkohol). A veszélyeztetettségre sokan csoportosították társadalmi státusz (pl. gazdasági helyzet) illetve kor alapján (mindegyik csoportot megemlítették, de más-más problémára fókuszálva) alapján, illetve a szülővel való kapcsolat alapján (pl. engedékeny szülők gyermekei, kommunikáció hiány a családban → ez a családi kapcsolati problémák közé tartozik). Érdekes, hogy mennyire kiemelték a családi hátteret, mert Martin (2020) szerint is a fiatalabb serdülőknél a depresszió a családi dinamikához köthető.

A **férfiak** a veszélyeztetettségi korosztályt nem nagyon emelték ki (1 valaki mondta, hogy 13-17 év közöttiek). A kapcsolati problémák (családi továbbá a kortárs kapcsolati problémák), mint kockázati tényező. Említés szerűen felmerült az online világ, mint kockázati tényező, továbbá veszélyeztetettségi csoportnál még felmerült az, aki a társadalmi diverzitásban van benne (pl. kisebbségi csoportok, LGBTQ+), ezt „*Másság*”-nak neveztük el. Itt is megjelent a társadalmi státusz, továbbá a terheltség is felmerült, mint kockázati tényező. A korelőzmény illetve tájékozottság hiánya is megjelent, mint rizikótényező.

A **pszichológusoknál** is megjelent a kortárs, illetve családi kapcsolatban lévő problémák, online világ, tudatmódosítószeres használata, korelőzmény, szülői stílus és a terheltség, mint rizikótényező. A szuicid hajlamot, segítség elérésének a nehézségét, identitás keresési problémákat és a tanulási problémákat is említették, mint új témák A társadalmi diverzitásban lévők, mint veszélyeztetett csoport („*Másság*”) is megjelent.

Szakmai relevancia: Serdülőnevelésekor előfordulhat egy bizonytalanság a nevelésben (Kaplan, 2001), így szülői részről előfordulhat ez túl szigorúság, mert nem szokott hozzá ahhoz, hogy nem fogad szót neki a gyermeke. Persze van az az elmélet, mely szerint a szülők feladják a gyermekeik irányítását ahogy serdülőkorba lépnek pl. nem aktívak (Zill and Nord, 1998 idézi Kaplan, 2001).

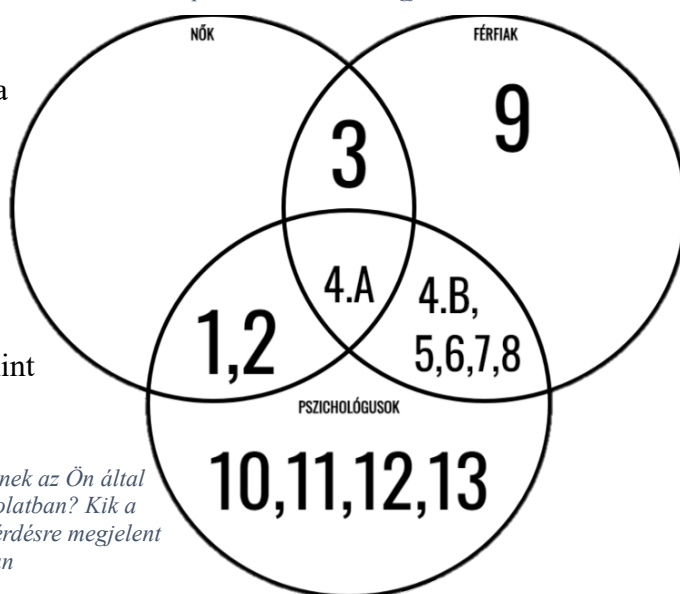
Ugyanúgy, mint az előbb, hogy az olvasó is átlássa a következő témák ill. altémák születtek ennél a kérdésnél:

Megjelent témák a 3 csoportban	
1. Szülői stílus	2. Tudatmódosítószer
3. Társadalmi státusz	4. Kapcsolati problémák (a. kortársi b. családi)
5. Másság	6. Terheltség
7. Online világ	8. Korelőzmény
9. Tájékozottság hiánya	10. Szuicid hajlam
11. Segítség elérésének a nehézsége	12. Identitáskeresési problémák
13. Tanulási nehézségek	

2. táblázat Ön szerint mi számít kockázati tényezőnek az Ön által említett serdülőkori lelki problémákkal kapcsolatban? Kik a veszélyeztetett serdülők ebből a szempontból? kérdésre megjelent témák

A következő Venn diagramm ábrázolja, hogyan oszlanak el ezek a témák/altémák a 3 csoportban.

A számozások a fentebb látható táblázat alapján van. Mindhárom csoportban megjelentek a kortárs kapcsolati problémák, mint rizikótényezők.



2. ábra Ön szerint mi számít kockázati tényezőnek az Ön által említett serdülőkori lelki problémákkal kapcsolatban? Kik a veszélyeztetett serdülők ebből a szempontból? kérdésre megjelent témák eloszlása Venn-diagramban

3. **Képzeld magad el egy depresszióval küzdő serdülőt!** Kérem jellemezze őt! (Hány éves pontosan, milyen nemű, milyen érzések, gondolatok, viselkedés jellemző rá?) Mik az ő tünetei?

Még mielőtt bemutatnám a 3. kérdésre adott válasz eredményeit, érdemes előtte az „egyéb” kategóriáról beszélni, Az „*Egyéb (mely nem szerepel a DSM tünet listáján, de kiemelik a résztvevők)*” (11) kódnál utólagosan visszatértünk, hogy áttekintsük, milyen témák jelennek meg azon belül. A 3 csoportra a következőket találtuk:

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| a. Megjelenés | g. Identitáskeresés |
| b. Testképzavar | h. Szorongás |
| c. Depresszió típusa | i. Félelem |
| d. Tudatmódosítószer használata | j. Pánikroham |
| e. Média negatív befolyása | k. Szétszórtság |
| f. Nemi különbségek | l. Elzárkózás |

A **laikusoknál** a depresszió szociális reprezentációjában nem jelent meg a nem, korosztály is inkább az egész serdülőkorra terjedt ki. Megjelentek helyel-közzel nemi különbségek a depresszió leírásában, DSM-5 segítségével meghatározott tünetek közül nem jelent meg a pszichomotoros agitáció ill. fáradtság/energiahiány. Erőteljesen megjelent a szociális területen való problémák, mindkét csoportnál. A nők leírásában megjelent az étkezési rendellenességek, míg a férfiaknál nem, és fordítva ugyanez történt a csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képességnél is, a férfiak megemlítették, de a nők nem. Az identitással való problémák, illetve a külső megjelenés leírása megjelent mind a férfiak mind a nők interjújában.

A **nők** a következőképpen írták le a depressziós serdülőt; inkább a **korai serdülő korban** lévőket képzeltek el (11-14), nemek arányát tekintve **inkább gender semmlegesként** tekintettek a témára, sokan nem tudtak dönteni, mert mindkét nemre el tudják képzelni a depressziót. Az egyéb leírásokon belül ezek a témák jelentek meg; 1) depresszió kezelése („*Ők sokkal kevésbé tudják ezt kezelni, mint szerintem egy felnőtt*”) 2) megjelenés („*emós*” „*.. elkezd a helyes kislány olyan ruhákba járni, ami takarja a testét*”) 3) depresszió fajtái („*depressziónak is több fajtája van*” „*bohóc álarc típus*”) 4) média negatív befolyása („*lehet, hogy megpróbál hülyeséget csinálni, amit lát a TikTokon*” „*... esetleg egy depressziós tini kerül inkább rosszabb társaságba, drogosok közé vagy tényleg rosszabb társaságba*”) 5) identitáskeresés („*Nem tetszik neki, amit a szüleitől lát. Nem tetszik nekem itt a tanáraitól lát. Egyik megoldás sem tartja jónak a*

saját maga számára, de ugye már gyerek sem tud lenni.”), 6) testképzavar („fiatalon már nagy a cicije, vagy nagyon lapos még [...] negatívan tudnak rájuk hatni”), 7) nemi különbségek („lányok jobban veszélyeztetettek”) , 8) destruktív kapcsolatok („kerül inkább rosszabb társaságba, drogosok közé vagy tényleg rosszabb társaságba”).

A **férfiaknál** 13-16 év közöttinek képzelték el, a nemek vegyes arányban kerültek elő. A szociális terület romlása jelent meg leginkább, mint DSM-5 tünet leírás. Egyéb, nem DSM-5 tünetekből további alkategóriát melyek megjelentek; 1) identitáskeresés (pl. „önképzavar, az önbizalom hiánya”), 2) szorongás 3) félelem (pl. „Szorongás az ilyen tanulási eredményesség, meg általában a sikerekhez kapcsolódóan. Kudarctól, kísérletezéstől való félelem”) és 4) megjelenés (pl. „sötét színű ruhákat hord”), 5) nemi különbségek („a lányoknál kezdődik előbb, a fiúk azok később...az idősebben”) , 6) pánikroham („pánikrohamai vannak”)

A **pszichológusok** nemek eloszlását tekintve fele-fele arányban gondoltak fiúkra és lányokra. Korosztály tekintetében szinte a serdülőkor minden szakasza megjelent (12-18 év közöttiekből minden megjelent). Kódokat illetően mindegyik kód megjelent, és itt inkább az örömelvesztése jelent meg jobban, mint a szociális területeken való romlás. A második legtöbbet megjelent kód a szociális területek romlására vonatkozott. Bár több pszichológus is megjegyezte, hogy „tudnak kommunikálni” vagy úgy képzelték el, hogy „vannak barátai, tehát én egy viszonylag jól funkcionáló depresszióst képzeltem el”. Az egyéb kategóriába megjelent témák a következők voltak; 1) megjelenés (pl. „[...] ilyen bővebb ruhákba öltözködik. Sokszor sötét színeket vesz föl.”) , 2) elzárkózás (pl. „Hátso padsorban kapucni a fején, zene a fülében.”), 3) nemi különbségek („fiúk gyakrabban lesznek depressziósak”) 4) szétszortság („szokásainak a napirendje szétcsúszott”).

Szakmai relevancia: A depresszió tüneteit egyszerűsíthetjük 4 fő téma felé is; érzelmi (szomorú), kognitív, motivációs tünetek (pl. „motiválatlan, a napi feladatokat sem végzi el [...] nem érdekli semmi”) és fiziológiai tünetek (pl. „nem alszik”) (Atkinson & Hilgard, 2005). Úgy látszik, hogy a laikus nők is leírás szempontjából ehhez igazodtak jobban, a DSM-hez képest. Érdekes, különbség az, hogy a laikus nők azt emelték ki, hogy **nem eszik** a beteg, mégis **a pszichológusok között megjelenik az, hogy esetleg sokat eszik**. Több olyan kutatás van, amely a elhízást, túlsúlyt vagy csak a gondolt túlsúlyt összefüggésben találták a depresszióval (lásd például Darimont és mtsai., 2020; Phillips & Perry, 2015) illetve a túlevéssel (például Sinclair-McBride & Cole, 2017).

A következő táblázatokban találhatjuk a megjelenés mennyiségét (3. táblázat) és a kódok legközelebb álló leírását (4. táblázat) az interjúkban megjelentek szerint:

Kódok megjelenése az interjúkban			
Kód	Laikusok		Pszichológusok
	nők	férfiak	
1. Depressziós hangulat a nap legnagyobb részében	6	3	5
2. Érdeklődés vagy öröm elvesztése	3	2	10
3. Étkezési rendellenesség	3		3
4. Inszomnia/hiperszomnia,	1		4
5. Pszichomotoros agitáció			1
6. Fáradtság/energiahiány majdnem mindennap			5
7. Értéktelenség vagy túlzott vagy inadekvát bűntudat	1	2	2
8. Csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség,		2	2
9. Halállal, öngyilkossággal kapcsolatos visszatérő gondolatok	3		6
10. Tünetek jelentős szenvedést okoznak a szociális területeken	7	6	8
11. Egyéb (mely nem szerepel a DSM tünet listáján, de kiemelik a résztvevők)	10	14	4

3. táblázat Kódok megjelenése az interjúkban

A következő táblázatban bemutatnám a résztvevők azok megfogalmazásait, ami leginkább jellemzi az adott kódot:

Kód	laikus nők	laikus férfiak	Pszichológusok
depressziós hangulat a nap legnagyobb részében	„rossz kedve van állandóan”	„magába fordul”	„mélyen elkeseredettek és szomorúak” „Nagyon lehangoltnak érzi magát”
érdeklődés vagy öröm elvesztése	„nem talál örömeket.” „motiválatlan, a napi feladatokat sem végzi el [...] nem érdekli semmi”	„nincs célja, nem látja, hogy miből lesz öröm az életben,”	„nem nagyon talál örömet” „örömképtelenség van” „ elvesztette az érdeklődését a dolgok iránt és nincs nagyon kedve semmihez.”
étkezési zavar	„el tudom képzelni egy lányról, aki vagy túl vékony, vagy túl duci” „nem is eszik” (2x)		„Van valami evéssel kapcsolatos problémája..., [...] nagyon vékony, vagy túlsúlyos egy picit,” „evéssel kapcsolatban is megjelenik ilyen, aki kicsit többet, vagy kevesebbet eszik.”
inszomnia/ hiperszomnia	nem alszik		„kialvatlanság, miközben így állandóan azt látni rajta, hogy mintha aludni szeretne”
pszichomotoros agitáció			„Alapvetően van egy ilyen görnyedt testtartása. Picit ilyen lassabb mozgása”

fáradtság/energiahiány majdnem mindennap			• „Fáradtság, talán a kialvatlanság” • „nincs energiája dolgokra” • „állandóan fáradt”
értéktelenség vagy túlzott vagy inadekvát büntudat	• „Értelmetlennek tartja azt, amiért itt van”	• „magáról rosszat gondol”	• „motiváció vesztett, „semminek nincs értelme” „
csökkentett gondolkodási vagy koncentrációs képesség		• „sikertelen az iskolában”	• „nagyon sokan jönnek ezzel a koncentrációs nehézséggel, nehéz figyelni az órán”
halállal, öngyilkossággal kapcsolatos visszatérő gondolatok.	• „ nagyon rossz gondolatai vannak” • „Értelmetlennek tartja azt, amiért itt van,”		• „sötét gondolatok” • „negatív gondolatok önmagával szemben, a környezetével szemben” • „Gondolkozik nyilván a halálon is,,
tünetek jelentős személyesítést okoznak a szociális területeken	• „nem akar sehova menni, nem akar részt venni akár az osztály életében,” • „szinte senkivel nem kommunikál”	„zárkózott szomorú nem nagyon nyit a többiek felé”	• „Iskolában se nagyon beszélget senkivel” • „alig járt be, nagyon-nagyon sok hiányzása volt”

	• „<i>egyáltalán nem akart semmilyen szinten tanulni sem</i>” • „<i>mindenki fele közönyt mutat</i>”		• „<i>megmaradt ez a stratégia, ez az elszeparálódás és nehéz visszailleszkedni ebbe a dologba</i>” • „<i>rejtőzködőbb viselkedés jellemző. Ez a kerülni a feltűnést, kerülni mindenkit, magába zárkózik, elbújik.</i>” • „<i>leromlottak a jegyei</i>”
Egyéb (mely nem szerepel a DSM tünet listáján, de kiemelik a résztvevők)	1) depresszió kezelése („<i>Ők sokkal kevésbé tudják ezt kezelni, mint szerintem egy felnőtt</i>”) 2) megjelenés („<i>emós</i>” „<i>.. elkezd a helyes kislány olyan ruhákba járni, ami takarja a testét</i>”) 3) depresszió típusa („<i>depressziónak is több fajtája van</i>” „<i>bohóc álarc típus</i>”) 4) média negatív befolyása („<i>lehet, hogy megpróbál hülyeséget csinálni, amit lát a TikTokon</i>” „<i>... esetleg egy depressziós tini kerül</i>”)	1) identitáskeresés (pl. „<i>önképzavar, az önbizalom hiánya</i>”), 2) szorongás (pl. „<i>Szorongás az ilyen tanulási eredményesség, meg általában a sikerekhez kapcsolódóan.</i>”) 3) félelem (pl. <i>Kudarctól, kísérletezéstől való félelem</i>”)	• 1) megjelenés (pl. „<i>[...] ilyen bővebb ruhákba öltözködik. Sokszor sötét színeket vesz föl.</i>”), • 2) elzárkózás (pl. „<i>Hátsó padsorban kapucni a fején, zene a fülében.</i> „). • 3) nemi különbségek („<i>fiúk gyakrabban lesznek depressziósak</i>”) • 4) szétszortság („<i>szokásainak a napirendje szétcsúszott</i>”).

	inkább rosszabb társaságba, drogosok közé vagy tényleg rosszabb társaságba”) 5) identitáskeresés („Nem tetszik neki, amit a szüleitől lát. Nem tetszik nekem itt a tanáraitól lát. Egyik megoldás sem tartja jónak a saját maga számára, de ugye már gyerek sem tud lenni.”). 6) testképzavar („fiatalon már nagy a cicije, vagy nagyon lapos még [...] negatívan tudnak rájuk hatni”), 7) nemi különbségek („lányok jobban veszélyeztetettek”), 8) destruktív kapcsolatok („kerül inkább rosszabb társaságba, drogosok közé vagy tényleg rosszabb társaságba”).	4) megjelenés (pl.„sötét színű ruhákat hord”) 5) nemi különbségek („a lányoknál kezdődik előbb, a fiúk azok később...az idősebben”), 6) pánikroham („pánikrohamai vannak”)	
--	---	--	--

4. táblázat Kódok megfogalmazása a résztvevők által

Megvitatás

Két kutatási kérdéssel indultam, az első az volt, hogy vajon hogyan látják a serdülőket, lelki problémákat illetően ill. a depressziót, a szülők és pszichológusok? Elsőként a lelki problémákkal kapcsolatos eredményekre szeretnék fókuszálni. A kitűzött kutatási céljaim közül, ami ehhez a témához tartozik az első cél az volt megtaláljam, hogy milyen reprezentációjuk van az interjúalanyoknak a lelki problémákat illetően a serdülők körében (mennyire jellemző, kockázati tényezők, okok).

Mindhárom csoport a lelki betegségek megjelenésére a szorongást mondta, ami nem véletlen, mert a gyakori mentális betegségek egyike (Silva és mtsai., 2020). Továbbá a WHO 2017-ben (World Health Organization, 2017) a fogyatékoság 6. okozójaként rangsorolta (3.4%). A világon kb. 264 millió ember küzd szorongásos zavarral. A kockázati tényezők közül szülői kapcsolat/nevelés tért fel újra és újra.

Továbbá megjelentek az identitás problémák is mindhárom csoportnál. Többfajta identitás létezik, ezért is lettek olyan alcsoportok, mint közösségi vagy családi identitás, amely azt jelzi, hogy a közösségben vagy a családban elfoglalt helyünk hogyan jelenik meg az életünkben. Közösségi szempontból nézve ezek a csoportok az életünk nagy részét elfoglalják, így a benne lévő szerepünk, helyzetünk igenis is tud feszültséget, problémákat okozni.

Nem meglepő módon a pszichológusoknál jobban megjelentek a mentális betegségek (depresszió, testképzavar, de akár idesorolhatjuk a téves öndiagnózis által okozott problémákat is), mert szakmájuk egy olyasfajta betekintés engednek a tinédzserek lelki problémáiba, ami egy laikusnak nincsenek meg.

Az első kutatási kérdés második fele, illetve a többi kutatási kérdés a depresszió szociális reprezentációjáról szólt (mi a depresszió szociális reprezentációjának a magja és periferiája, milyen különbségek vannak a 3 csoport között) és a második kérdés, illetve cél már arról szólt, hogy hogyan viszonyul a 3 csoport reprezentációja (tünetet illetően) a DSM-hez

A depresszió, szociális reprezentációjának a magja és periferiája a következő; a megjelenést mindhárom csoport úgy írta körbe, amely takarja, elrejti őket a világ elől. Erőteljesen megjelentek a szociális területen való romlás, és a depressziós hangulat. Ha a három csoportra nézzük egybe akkor periféria szélére tartozik a pszichomotoros agitáció, értéktelenség, fáradtság és csökkent gondolkodási/koncentrációs képesség, ugyanúgy perifériába tartozik, de többször megjelent az étkezési rendellenesség és a halállal/öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok.

A különbség a 3 csoport szociális reprezentációjának magja és perifériája között; a pszichológusok inkább az öröm elvesztését emelték ki a tünetek közül, míg a laikusok a szociális területen való romlást. A pszichológusok csoportja mindegyik kódra mondott legalább 1 jellemző mondatot /mondat részletet. A pszichológusok önbevallásos alapon elmondták, hogy tapasztalatból beszélnek (1 ember kivételével), mert már volt náluk ilyen serdülő.

A csoportok reprezentációja (tünetet illetően) a DSM-hez a következőképpen viszonyul: a pszichomotoros agitációról a laikusok nem beszéltek, az inszomnia/hiperszomnia része épphogy megjelent, inkább a szociális területek romlását írták le a résztvevők, mint tünetjel. Valószínűsíthetőleg amiatt, mert az látszik meg a legjobban és egy külső megfigyelő számára is. A külső megjelenés és viselkedés is az egyik legfontosabb jelzőmozzanat egy személy megismerésében, és az egyik legészrevehetőbb, mert azok amelyek kiugranak a környezetből jellemzők felhívják a figyelmünket, és megjegyezzük (Smith és mtsai., 2021). Szóval az eredmények szerint a 3 csoportnak a szociális reprezentáció magjának a központjában (csak DSM tüneteket nézve): depressziós hangulat, érdeklődés/öröm elvesztése, értéktelenség és a szociális területeken való romlás jelenik meg. Továbbá vannak még olyan tünetek, melyek továbbra is a szociális reprezentáció magjának tekinthető, de nem olyan mélyen van, mint az előzők, ezek a következők: étkezési rendellenesség, inszomnia/hiperszomnia, csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, és halállal, öngyilkossággal kapcsolatos visszatérő gondolatok. A következő tünetek meg perifériában vannak (1-1 csoportnál jelentek meg) pszichomotoros agitáció, és fáradtság/energiahiány majdnem mindennap.

Nem DSM-5 tüneteket (szóval egyéb kategóriát) nézve a külső megjelenés leírása megjelent mind három csoportban (vagyis ez a szociális reprezentáció magjában van). A fizikai megjelenés befolyásolja az emberekről alkotott képünket, az az első jelzés, amikor megismerünk valakit, ha egy bizonyos csoportról (esetünkben depressziósok csoportja) sokszor látjuk ugyanazt megjelenésükben (akár a valóságban akár a médiában megjelenítve) akkor az benyomássá és hiedelemmé alakul, vagyis mentális reprezentációról beszélünk (Smith és mtsai., 2021). Az identitás keresést is egy, csak laikusok véleményét tartalmazó körben, periférián lévő témának mondhatjuk. A pszichológusoknál valószínűleg ez azért nem került fel, mert tudják, hogy Erikson (1991, 2002) elmélete alapján inkább a serdülőkor velejárója az identitáskeresés..

A kutatás korlátjai közé tartozott az, hogy sok diák nem tartotta be az interjú menetét, kihagytak kérdéseket vagy nem rögzítették megfelelően az adatokat (pl. demográfiai adat, vagy a "laikus szülő" mégse laikus mert pl. pedagógus), emiatt esett ki nagyon sok személy, csökkentve a kutatás mélységét. Az interjú, és annak elemzésének az egyik nagy hátránya az,

hogy az idő- és forrásigénye, adatfeldolgozás ideje hatalmas (Szokolszky, 2020). Továbbá, mivel ez egy hozzáférés alapú kutatás, így csak azokat tudjuk elérni, akik a hallgatók közelében vannak, kimaradtak olyan csoportok, amelyek más fényt vetítettek volna az interjú kérdésekre. Mivel a módszer egy nem valószínűségi mintaválasztások közé tartozik tudtuk, hogy nem jelenik meg egyenlően minden csoport.

A kutatás erősségei módszer szempontjából a rugalmasság, mert egy kvantitatív kutatásnál egy kb. 20 fős kutatást nem fogadnak el, míg kvalitatívnál kis elemszámmal is lehet foglalkozni. Mivel maga a kutatás témája komplex egy online írásban leadott verzióban nem biztos, hogy ilyen részletességgel válaszolnak a résztvevők. Az interjúnál tudták, hogy időt fog igénybe venni, és úgy készültek fel, míg egy online kiküldött formátumban lehet nem szánnának rá ennyi időt, vagy a laikusok utána néznek az interneten előre a válaszoknak, mert nem akarják, hogy azt gondoljuk, hogy nem tudnak semmit. Míg az interjú formájánál nem volt idő felkészülésre/kérdések megválaszolásának betanulására, így remélhetőleg tényleg egy őszinte reakció válaszokat kaptunk.

Érdemesebb lehetne egy kevert stratégiai megközelítésű kutatást végezni, vagyis van benne kvantitatív és kvalitatív módszer. Első módban online megkeresni a résztvevőket, ahol felvesszük, hogy szerintük *miért* alakulnak ki mentális betegségek, *mi a hozzáállásuk* a terápiához, a pszichológusi munkához, van e tapasztalatuk mentális betegséggel rendelkezőkkel, illetve esetleg egy mentális egészség tudatosság kérdőívet kitölthetnek, mint pl. O'Connor és munkatársai(2014; vagy O'Connor & Casey, 2015) által létrehozott *mental health literacy* kérdőív. Másodjára egy interjúra behívni őket, ahol nyitott kérdésekkel felmérjük a kérdőív mért dimenzióit. Ezzel több dimenzió mentén feltudnánk mérni az adott témát, és ennek a kutatásnak a tapasztalatai alapján, ha nem is jó az interjú a kérdőívet továbbra is felhasználhatjuk.

Ennek a kutatásnak az eredményei igen, rávilágíthatnak a gyengeségekre, melyek egy következő kutatásnál kijavíthatunk, de az eredmények, amiket kaptunk szakmai tudásunkat is tudják bővíteni. Egy pszichológus munkájában fontos a pszichoedukáció is, és a szociális reprezentációs kutatásokkal feltudjuk mérni milyen tévhitek vannak az emberekben bizonyos témákat illetően. Ezáltal a jövőben egy olyasfajta pszichoedukációt is meglehet célozni, mely kifejezetten ezeknek a tévhiteknek az eltüntetéséről szól.

Mellékletek

Kognitív idegtudomány	Kognitív pszichológia Kognitív szociálpszichológia	Sztenderd társadalom tudomány	Szociális konstrukcionizmus, diskurzus elemzés	Szociális reprezentáció
• Nincs pszichikus reprezentáció • Redukció az idegi történésekre • Szervezet-objektum interakció • Churchland, Stich	• Van pszichikus reprezentáció • Önálló pszichikus szint • Szubjektum-objektum interakció • Neisser, Forgács	• Nincs pszichikus reprezentáció • Kollektív reprezentáció • Egyéni - pszichikumoktól - független társadalmi tény • Durkheim	• Nincs pszichikus reprezentáció • Egyéni pszichikum helyett társadalmilag konstruált megértés • Nincs szubjektum, csak társadalmilag konstruált jelentés • Gerren, Harré	• Van pszichikus reprezentáció, de - csak az SRrel összefüggésben • Az egyéni pszichikumokban a szociális nyilvánul meg • Szubjektum és társas közötti közvetítések • Moscovici

3. ábra Az 5 reprezentáció típus László (2000) alapján

Mesterséges Intelligencia használata

A következő MI-t használtam kiegészítő szerepben (nehezebben lefordítható szövegek értelmezése, ötletelés):

OpenAI. (2025, január 2). *ChatGPT* (v4) [Large language model].
<https://chat.openai.com>

Szakirodalmi hivatkozások és irodalomjegyzék

7-ből 1 serdülő szenved mentális betegségben világszerte. (2021, október 5). UNICEF.

<https://unicef.hu/igy-segitunk/hireink/7-bol-1-serdulo-szenved-mentalis-betegsegben-vilagszerte>

Ádány R., Bartháné Kuti É., Bényi M., Havasi É., Józán P., Tokaji K., & Hungary (Szerk.). (2011). *Európai lakossági egészségfelmérés, Magyarország, 2009*. KSH Népesedési és Szociális Védelmi Statisztikai Főosztály.

Aim, M.-A., Decarsin, T., Bovina, I., & Dany, L. (2018). Health and Social Representations: A Structural Approach. *Papers on Social Representations*, 27(3).
<https://amu.hal.science/hal-02527771>

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz* (J. Balázs, X. Donda, & Á. Keresztény, Ford.). Oriold és Társai Kft.

Atkinson, R. C., & Hilgard, E. (2005). Pszichés rendellenességek (O. Boross, K. Gábris, R. E. Ivády, & M. Nábrády, Ford.). In *Pszichológia* (Harmadik átdolgozott kiadás, o. 559–604). Osiris Kiadó Kft.

Beck, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Social representations of major depression in West and East Germany: Do differences still persist 11 years after reunification? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 520–525.
<https://doi.org/10.1007/s00127-003-0675-7>

- Bigazzi, S. (2015). Tudás és kontextus: A szociális reprezentáció elmélete. In A. Varga (Szerk.), *A nevelésszociológia alapjai* (o. 49–77). Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézet Romológia és Nevelésszociológia Tanszék, Wlisslocki Henrik Szakkollégium.
<https://mek.oszk.hu/14500/14566/html/index.html>
- BNO-11 Mentális zavarok.* (2022). Animula Kft.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Comer R. J. (2005). *A lélek betegségei—Pszichopatológia* (Boross O., Szerk.; Boross O., Ehman B., Mirnics Z., Örlösy D., Pellionisz J., & Szakács K., Ford.). Osiris Kiadó Kft. https://www.libri.hu/konyv/ronald_j_comer.a-lelek-betegsegei.html
- Darimont, T., Karavasiloglou, N., Hysaj, O., Richard, A., & Rohrmann, S. (2020). Body weight and self-perception are associated with depression: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2005–2016. *Journal of Affective Disorders*, 274, 929–934. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.130>
- Erikson, E. H. (1991). *A fiatal Luther és más írások* (F. Erős & K. Pető, Ford.). Gondolat Könyvkiadó.
- Erikson, E. H. (2002). *Gyermekkor és társadalom.* OSIRIS KIADÓ KFT.
- Erős, F. (2002). Társadalmi változás és a szociális reprezentáció. In I. Czigler, L. Halász, & L. M. Marton (Szerk.), *Az általánostól a különöségig* (o. 389–404). Gondolat kiadói kör kft.
- Farina, A. (1979). Consequences of beliefs about the nature of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 320–327. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.88.3.320>
- Farina, A., Fisher, J., Getter, H., & Fischer, E. (1978). Some Consequences of Changing People's Views Regarding the Nature of Mental Illness. *Journal of abnormal psychology*, 87, 272–279. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.87.2.272>

- Jovchelovitch, S. (1996). In Defence of Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26(2), 121–135. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1996.tb00525.x>
- Kaplan, E. (2001). In the Shadow of Columbine: Working Parents Rethink their Strategies for Raising Teenagers. *Berkeley Collection of Working and Occasional Papers*.
- Kiss P. (2009). Szociális reprezentáció, ahogy a közösség megszelídíti az ismeretlent. *Pedagógusképzés*, 7(2-3.), Article 2-3. <https://doi.org/10.37205/TEL-hun.2009.2-3.05>
- Kopp M. (2005). Európai szövetség a depresszió ellen. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(2), 147–152. <https://doi.org/10.1556/Mental.6.2005.2.5>
- Központi Statisztikai Hivatal. (2018). *A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei—Összefoglaló adatok*.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf
- Központi Statisztikai Hivatal. (2019). *Magyar statisztikai évkönyv, 2018* (Dr. Bódiné Vajda G. & Novák G., Szerk.).
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/evkonyv_2018.pdf?lang=en#:~:text=A%202018.%20%C3%A9vi%20adatok%20a%202019.%20j%C3%BAniusig%20ez%C3%A1rt%20adatfeldolgoz%C3%A1sok%20eredm%C3%A9nyei.
- Központi Statisztikai Hivatal. (2024, július 15). 4.1.1.35. *Krónikus betegség nem és korcsoport szerint*. <https://www.ksh.hu>.
https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0035.html
- Langer, E. J., & Abelson, R. P. (1974). A patient by any other name . . . : Clinician group difference in labeling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(1), 4–9.
<https://doi.org/10.1037/h0036054>
- László, J. (2000). A szociális reprezentáció járványtanáról. *Replika*, 41–42, 289–300.
- László, J. (2001). A szociális reprezentációról. In I. Béres & Ö. Horányi (Szerk.), *Társadalmi kommunikáció* (o. 129–138). Osiris Kiadó.

- Martin, G. (2020). Depression in teenagers. *Current Therapeutics*, 37(6), 57–67.
<https://doi.org/10.3316/informit.538928095505073>
- Mental disorders*. (2022, június 8). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Moscovici, S. (2002). *Társadalom-lélektan: Válogatott tanulmányok* (J. László, Szerk.; K. Dorn, A. Kis, I. Szanyi, Z. Ülkei, & R. Vajda, Ford.). Osiris Kiadó.
<https://www.szaktars.hu/osiris/view/moscovici-serge-tarsadalom-lelektan-valogatott-tanulmanyok-osiris-konyvtar-a-szocialpszichologia-klasszikusai-2002/?pg=0&layout=s>
- Muslić, L., Burić, D. J., Markelić, M., & Milanović, S. M. (2020). *Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja*. 48(3).
- Németh, A., Döme, P., Drótos, G., & Rihmer, Z. (2021). A 2000 és 2019 közötti időszakban Magyarországon elkövetett, befejezett öngyilkosságok statisztikai elemzése. *Orvosi Hetilap*, 162(32), 1283–1296. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32174>
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1), 511–516.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 23.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910646>
- Phillips, C. M., & Perry, I. J. (2015). Depressive symptoms, anxiety and well-being among metabolic health obese subtypes. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 47–53.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.168>
- Rác J., Karsai S., & Tóth V. (Szerk.). (2023). *Kvalitatív pszichológia kézikönyv*. ELTE Eötvös Kiadó. <https://doi.org/10.21862/KvalPsziKK/2023/5930>

- Räty, H., Ikonen, S., & Honkalampi, K. (2006). Common-Sense Descriptions of Depression as Social Representations. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), Article 3. <https://doi.org/10.1177/0020764006067212>
- Romans, S. E., Tyas, J., Cohen, M. M., & Silverstone, T. (2007). Gender Differences in the Symptoms of Major Depressive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(11). https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2007/11000/gender_differences_in_the_symptoms_of_major.4.aspx
- Roser, M., Ritchie, H., & Spooner, F. (2024). Burden of Disease. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>
- Schuch, J. J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W. J. H., & Jonge, P. de. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.011>
- Sebestyén, B. (2010). *Az öngyilkosságok szezonálisának alakulása és az antidepresszívumok forgalomműködésének összefüggése Magyarországon 1998 és 2006 között a nemi és területi különbségek tekintetében*. <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/16229/sebestyen-beata-phd-2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Shanley, D. C., Reid, G. J., & Evans, B. (2008). How Parents Seek Help for Children with Mental Health Problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(3), 135–146. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0107-6>
- Silva, S. A., Silva, S. U., Ronca, D. B., Gonçalves, V. S. S., Dutra, E. S., & Carvalho, K. M. B. (2020). Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review

- and meta-analyses. *PLOS ONE*, 15(4), e0232007.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232007>
- Sinclair-McBride, K., & Cole, D. A. (2017). Prospective Relations between Overeating, Loss of Control Eating, Binge Eating, and Depressive Symptoms in a School-Based Sample of Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(4), 693–703.
<https://doi.org/10.1007/s10802-016-0186-0>
- Smith, E. R., Mackie, D. M., & Claypool, H. M. (2021). Személyezés (I. Csértő, C. Danczi, B. Ehman, & J. Pántya, Ford.). In *Szociálpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- STADA. (2024). *STADA health Riport*. https://www.stada.com/media/9097/stada_health-report_en_final.pdf
- Szokolszky, Á. (2020). *A pszichológiai kutatás módszertana*. Osiris Tankönyvek.
- WHO. (2024, január 8). *Suicide mortality rate (per 100 000 population)*. World Health Organization Data. <https://data.who.int/indicators/i/F08B4FD/16BBF41>
- World Health Organization. (2001). *World health report 2001: Mental health*.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*. World Health Organization.
- Zhou, I. (Yeting). (2020). Research on Teenagers' Mental Health Under High Pressure Modern Life. *International Journal of New Developments in Engineering and Society*, 4, 85–90. <https://doi.org/DOI: 10.25236/IJNDES.040408>