

Nyugat-Magyarországi Egyetem Apáczai Csere János Kar

**A depressziós tünetek és az SDQ összefüggésének
vizsgálata serdülők körében**

Konzulens:

Dr. Mayer László

adjunktus

Készítette:

Kovács Kitti

ASANBA 4.

Győr

2013.

1. Témaválasztás indoklása	1
2. A depresszió	3
2.1. A depresszió definíciója	3
2.2. Kritériumai	3
2.3. A depresszió kialakulásának okai	4
2.4. A depresszió típusai	4
2.5. Tünetei.....	5
3. A gyermekkori depresszió.....	7
3.1. Pár szó a gyermekkori depresszióról.....	7
4. A depresszió rizikófaktorai serdülőkorban	7
4.1. Genetikai faktor.....	7
4.2. Pszichoszociális tényezők	8
4.2.a. Szocioökonómiai és szociodemográfiai változások	8
4.3. Negatív életesemények.....	9
5. A serdülők sajátosságai	10
6. A serdülőkori depresszió	13
6.1. A serdülőkori depresszió különbözik a felnőttkori depressziótól	13
6.2. A stressz és a depresszió	14
6.3. Hajlamosító tényezők.....	15
6.4. A nemek közötti megoszlása.....	17
6.5. Tünetei.....	17
6.6. A serdülőkori depresszió kezelése	18
7. A depresszió és a szorongás közötti kapcsolat.....	19
8. A depresszió és a negatív életesemények kapcsolata serdülőkorban	20
9. A serdülőkori depresszió következményei.....	22
10. A szociálpedagógia	24
10.1. Egy szelet történet	24

11. Védőfaktorok.....	26
11.1. A család szerepe	26
11.2. Az iskola és a pedagógus szerepe	26
11.3. A szociálpedagógus fontossága.....	27
12. SDQ fontossága	
Hipotézisek.....	27
13. Módszerek	28
13.1. A vizsgálati személyekkel kapcsolatos információk.....	28
13.2. A vizsgálati eszközök leírása	31
13.3. A vizsgálat lefolytatása	33
14. A kutatás eredményeinek ismertetése	34
15. A hipotéziseket igazoló eredmények.....	44
16. Összegzés	56
17. Következtetés	57
18. Felhasznált irodalom jegyzéke	59
19. Mellékletek.....	62

1. A témaválasztás indoklása

Kifejezetten fontos és érdekes téma, amivel a szakdolgozatom során foglalkozni szeretnék. A depresszió a mai fogalomalkotásban és a köznyelvben egészen más jelentéssel bír, mint a szakirodalomi megfogalmazásban. Szinte minden ember által használt és ismert kifejezésről van szó. A probléma csupán az, hogy nem megfelelő ennek használata. Pedig egy komoly érzelmi zavarról beszélhetünk. Sokszor egy kis szomorúság illetve lehangoltság során is már úgy nyilvánul meg az ember, hogy depressziósnak érzi magát. Azonban a depresszióknak, mint betegségeknek vannak tünetei és ami a legfontosabb, léteznek kritériumok, melyek ha teljesülnek, csupán akkor beszélhetünk róla.

Mégis egy paradoxonba ütközünk. Érdekes, hogy mindenki által ismert és használt betegségről van szó. Úgy gondoljuk, hogy nagyon sokat foglalkozik vele az orvostudomány és a különböző mentális területek képviselői, azonban mégis vannak hiányosságok. Az emberek nem biztos, hogy tisztában vannak a betegség jelentésével. Ugyanakkor feltűnő, hogy a gyermek- és serdülőkorban is kialakulható depresszióval nagyon kevés tanulmány és szakirodalom foglalkozik. Pedig ez egy nagyon jelentős kérdés és nagyon sok következmény alapköve lehet.

Több kockázati tényező és védőfaktor hibás működés említhető meg a depresszió kialakulását illetően. Én a negatív és stresszteli életesemények és a depresszió összefüggéseit szeretném közelebbről megvizsgálni a szakdolgozatom során, serdülőkori mintán. A témába való belemerülés során negatív tapasztalatokat és élményeket is szereztem. Úgy vélem, jelentős és központi kérdéskör ezen témával való foglalkozás és az összefüggések feltárása. Úgy gondolom, hogy több figyelmet és megértést érdemel a serdülők körüli sajátosságok és problémák témaköre. Rengeteg olyan negatív előzmény állhat fenn egy serdülő életében, amely a depresszióig is elvezethet. Lényeges lenne, ezen körülmények feltárása és kezelése.

Véleményem szerint a védőfaktorok megfelelő működése és a különböző háttértényezők pozitív ráhatása nélkül nem valósulhat meg a problémák megfelelő feldolgozása. Én elsősorban arra szeretnék rávilágítani, hogy az oktatási intézményekben dolgozó pedagógusok mennyire érzik a probléma gyökerét. Ugyanis a depresszióknak nagyon sok következménye iskolai problémákban nyilvánulhat meg. Így rengeteg gond és nézeteltérés, esetleg megcímkezés, konfliktus alakulhat ki a pedagógus és a diák között. Azonban, vajon átlátnak-e ezen a kusza és bonyolult rendszeren és észreveszik-e, hogy nem biztos, hogy a gyermek rossz képességű vagy átlag alatt

teljesítő, hanem valószínűsíthető, hogy van valami oka, annak, hogy miért változott meg a személyisége illetve a magatartása, hogy miért olyan nehezen kezelhető.

Úgy gondolom, hogy többféle lehetőség állna rendelkezésre egy oktatási intézményen belül arra, hogy ezt a problémát feltárják és kezeljék. Nem szabad hagyni, hogy egy gyerek saját maga birkózzon meg az esetleges vagy éppen korábbi időkből visszatérő gondokkal. A pedagógus nem biztos, hogy minden esetben meg tudja oldani a problémát, azonban a lehetőséget meg kell adni és biztosítani kell a gyermek számára. Ez a legfontosabb.

A depresszió és a szorongás közötti kapcsolat is megemlítené. Dolgozatom során ezt az összefüggést is vizsgálni fogom. Általában a szorongás egyik következménye a depresszió. Mindkettő érzelmi zavar és szoros összefüggés van a kettő között.

A negatív életesemények és a depresszió összefüggésével kapcsolatban többféle úton szeretnék elindulni. Lényegesnek tartom a serdülő szempontjából az átélt életesemények milyenségét, gyakoriságát. Azt, hogy mely esemény hat a legrosszabbul a gyermekekre és hogy a pszichoszociális stresszorok illetve a különböző védőfaktorok milyen szerepet játszanak ezen összefüggésben. A másik központi kiindulási pont a pedagógus szemszöge. Ismerik-e a családokat, a problémáikat, figyelnek-e az esetleges életeseményekre illetve észreveszik-e a depressziós tüneteket az iskolában.

Fontosnak tartom ezek összefüggéseinek kapcsolatba hozását egymással. A második hely, ahol a gyermek a legtöbb időt tölti az oktatási intézmény. A pedagógus nap, mint nap látja. A mintát 150 főnél szeretném felvenni kérdőív formájában. Az iskola típusától függetlenül. A módszertervezetemben az általános adatokat és a szocioökonómiai jellemzőket is felmérem. Ugyanakkor depresszió- kérdőívet és szorongás- kérdőívet, eseménylistát és tanári- kérdőívet is használni fogok.

2. A depresszió

2.1 A depresszió definíciója

„A depresszió a kedvetlenség, a szomorúság emocionális állapota, melyet borús, önkritikus gondolatok sokasága, valamint csökkent kezdeményező erő és reakciókészség kísér. Nincs ember, akinek életében ne fordulnának elő pesszimisztikus hangulatok, rosszkedvű, keserű periódusok. A depresszió esetében azonban ez az érzés olyan nyomasztó és oly mértékben hatalmába keríti a személyiséget, hogy akadályává válik a megszokott életvitel folytatásának, a napi rutinfeladatok teljesítésének.” (Ranschburg, 2004.48.o.)

„A major depresszió (másképpen klinikai depresszió) az orvosok és terapeuták szerint nem egyszerű érzés, hanem tünetek egy csoportja. Az egy időben és együtt jelentkező tünetek összességét szindrómának nevezzük.” (Kaufman, 2003.16.o.)

Az elnevezés a latin „deprimo” szóból származik. Jelentése lenyom, elnyom. Sokféle területen használhatjuk ezt a szót, ám pszichiátriai betegségről beszélhetünk. Szinonimájaként alkalmazhatjuk a melankólia és a búskomorság szavakat. A depresszióval kapcsolatban maradtak fenn írásos emlékek, melyek nagyon régre nyúlnak vissza. Megemlíthetjük az Ószövetséget, melyben Saul király melankóliájáról találunk leírást. Hippokratész kitűnően leírta a tüneteit a mai néven depressziónak nevezett betegségnek. Számos kiváló kutató foglalkozott a 20. században ezzel a jelenséggel. Megemlíthetjük Sigmund Freud, Julian Angst és még sok más kutató nevét (Popper és mtsai, 2004).

2.2. Kritériumai

Természetesen léteznek kritériumok, melyek hiányában nem beszélhetünk erről a betegségről. A major depresszió diagnózisához legalább öt tünetnek kell fennállnia, legalább két héten át. Fontos az a megállapítás, hogy a meghatározott tünetek meghatározott időn túli fennállása mellett a depresszió – mint orvosi értelemben vett betegség – genetikai, biológiai és pszichoszociális jellemzőkkel bír. Az öt tünet esetén a tüneteknek jelentős szenvedést illetve funkciózavart kell okoznia ahhoz, hogy a diagnózist kimondja az orvos (Popper és mtsai, 2004).

2.3. A depresszió kialakulásának okai

A mindennapi életben bizony gyakran hangzik el a panasz: olyan rosszkedvű vagyok, olyan szomorú vagyok, olyan depressziós vagyok. Azonban tudjuk-e mit is jelentenek ezek a szavak? Vajon igaz-e, hogy a szomorúság a lehangoltság és a rosszkedv automatikusan depressziót is jelent? Lényegében elmondhatjuk és leszögezhetjük azt a tényt, hogy nem minden rosszkedvű és szomorú ember depressziós, de a depressziós betegek gyakorlatilag száz százaléka rosszkedvű és szomorú (Popper és mtsai, 2004).

Mégis mi lehet az oka annak, hogy manapság már szinte népbetegséggé válik ez a jelenség? Több olyan ok sorakoztatható fel, melyek szerepet játszanak a depresszió kialakulásában. Beszélhetünk genetikai, pszichoszociális tényezőkről, illetve amivel a szakdolgozatom során mélyre hatóbban foglalkozni szeretnék a negatív életeseményekről. Ez a betegség életkort nem kímélve jelentkezik. Megkülönböztetünk gyermekkori-, serdülőkori- és felnőttkori depressziót. A betegségnek több típusa ismert (Ranschburg, 2004).

2.4. A depresszió típusai

A súlyosság szempontjából minor (disztímiát) és major (nagy) depressziót különböztetünk meg. A disztímiás embernél a tünetek még nem túlságosan súlyosak. A nagy depresszió esetében a tünetek gyakorlatilag tönkreteszik az egyén addigi életvitelét. Szintén súlyosság szerint különböztethetünk meg pszichotikus és neurotikus depressziót. A pszichotikus beteg számára megszűnik a világgal és a realitással való kapcsolata, téveszmék és hallucinációk gyötrik. A neurotikus depresszió esetében nincs téveszme és hallucináció, megmarad a kapcsolata a külvilággal és a realitással. Ugyanakkor beszélhetünk endogén és reaktív depresszióról. Ha egyértelműen külső ok hatására jön létre reaktív, ha ilyen ok nem létezik, endogén depresszióról beszélünk (Ranschburg, 2004).

A DSM – IV (1997) szerint a depressziót a következőképpen lehet csoportosítani.

1. Major depresszív zavar (legsúlyosabb típus)
2. Minor depresszív zavar (disztímia)
3. Unipoláris (egypólusú)

Ha a hangulat csak egy- negatív - irányba mozdul el, és a tüneteket nem kíséri időszakos felhangoltság.

4. Bipoláris (kétpólusú)

Ha a lehangolt ciklust követi egy felhangolt időszak. Váltakoznak a negatív és pozitív ciklusok.

5. Kevert

Mikor nem lehet egyértelműen besorolni egyik típusba sem, mert a tünetek keverednek.

A major depresszióknak vannak különböző altípusai is, mint a SAD, szülés utáni depresszió, pszichotikus depresszió.

Időszakos hangulatzavarról is beszélhetünk. Ide sorolhatjuk a téli és a nyári depressziót. (Kaufman, 2003).

2.5. Tünetei

A depresszió legfontosabb jellemzője a tartósan legalább két hétig fennálló nyomott hangulat és az öröm vagy érdeklődés elvesztése. Ranschburg (2004) kilenc jellegzetes tünetét írja le a betegségnek, melyek gyermek- és felnőttkorban is felismerhetők.

1. A depresszív hangulat

Tartós szomorúság és boldogtalanság érzése. A beteg érezheti úgy, hogy senki nem tud segíteni rajta és a helyzetén. Ezt a gondolkodást a pszichológiában „tehetetlenség- reménytelenség” szindrómának is hívják.

2. A halál, az öngyilkosság vissza-visszatérő gondolatai

Már gyermekkorban is megjelennek ilyen jellegű gondolatok. A megvalósított öngyilkossági gondolatok száma 10 éves kor alatt alacsony, azonban serdülőkorban a szándék ijesztően közel kerülhet a cselekvéshez.

3. A megszokott tevékenységek iránti érdeklődés elvesztése

Örömtelenség. Teljes érdektelenség a korábbi és a jelen tevékenységei felé.

4. Az étvágy és az alvás zavara

Mindkét esetben megfigyelhető a két véglet. A szomorúság okozhat hirtelen és rohamos súlyvesztést, valamint alvatlanságot. Előfordulhat az ellentettje is, mikor a lehangolt érzelmi állapot következtében az egyén egyre többet eszik és hízik. Az alvásra jellemző lehet, hogy órákkal többet alszik, mint általában.

5. Pszichomotoros lassulás

Gyermekekben belül a serdülőkre jellemző leginkább. Lelassul a mozgás, az arcvonások nem tükröznek érzelmeket, nincsenek jelen a gesztusok. Tartásuk görnyedt, válluk előrejtett, tekintetüket lefelé fordítják. Halkan és óvatosan beszélnek, valamint hosszú szüneteket tartanak a mondandók között.

6. Az energia hiánya

Nagyon jellemző a serdülőkorra. Egy 12-15 esztendőes serdülő gyerek folyamatosan fáradtnak érezheti magát, amely adódhat a fejlődési sajátosságokból is. Így még nehezebb lehet annak diagnosztizálása, hogy depresszióról beszélhetünk-e.

7. Az értéktelenség érzése

Bármely életkorban jelentkezhet súlyos önértékelési zavar. Az egyén illetve gyermek saját képességeit illetően kételyei támadhatnak, valamint az élet minden területére kivetülhet ez az alacsony- és kisebbségi érzés.

8. A gondolkodás akadályai

Gyengül a döntési és a koncentrációs képesség. Gyermekes esetében gond lehet a tanítási órán. Elvész az érdeklődés, és a feladattudat. Dekoncentrátság járja át az otthoni és az iskolai tevékenységeket. Általában a tanulmányi teljesítmény erős romlása figyelhető meg.

9. Az ingerlékenység

Főként a gyermekekre jellemző. Visszahúzódik a kortárskapcsolatoktól. Azonban könnyen haragra gyúlhat és kezelhetetlenné válhat. Akár az agresszivitásig is eljuthat a gyermek. A szülőkkel, a pedagógusokkal és a kortársakkal szemben rendkívül irritálható.

3. A gyermekkori depresszió

3.1. Pár szó a gyermekkori depresszióról

Vajda Zsuzsa (2005) a gyermekkori depresszió kapcsán úgy vélekedik, hogy nem kétséges, hogy a gyerekek a felnőttekhez hasonlóan szoktak szomorúak és lehangoltak lenni. Az azonban igencsak megkérdőjelezhető, indokolt-e az esetükben depresszióról beszélni.

Tulajdonképpen a nyolcvanas évek közepéig még a tudomány is tiltakozott a gondolat ellen, hogy a depresszió gyermekkorban is előfordulhat. Mára elfogadott kategóriává vált és a gyermekek kivívták maguknak a jogot a depresszióra. A szakemberek egy része úgy véli, hogy a gyermekkori depresszió tüneteit és lefolyását tekintve semmiben sem különbözik a felnőttétől. Megfigyelhető az úgynevezett klasszikus (felnőttes) forma gyermekek esetében is, de meglehetősen ritkán. Gyakran találkozik az orvostudomány kevert esetekkel. Ilyenkor a valódi depressziós tünetek egy-egy rövid periódus erejéig nyilvánulnak meg, egyébként pedig más gyermekkori magatartási zavar lép a helyükbe (pl. szeparációs félelem) (Ranschburg, 1998).

Gyermekkorban és serdülőkorban sokkal nehezebb a betegség felismerése, hiszen a tünetek nem egyértelműek.

4. A depresszió rizikófaktorai serdülőkorban

4.1. Genetikai faktor

Ikerkutatások bizonyították az örökletesség szerepét a depresszió kialakulásában. Nem elhanyagolható a gének szerepe bipoláris zavar esetén illetve egypólusú depresszió esetén sem (Ranschburg, 2004).

Biokémiai kutatások bizonyítják, hogy a betegség kialakulásáért két neurotranszmitter, a norepinefrin és a szerotonin működési zavara a felelős. Ha a norepinefrin szintje az átlagosnál magasabb, akkor a beteg mániás állapotba kerül, ha viszont alacsonyabb az átlagnál, akkor depressziós tünetek jelentkezhetnek. A hangulat zavarainak alapfeltétele a nem megfelelő szerotonin szint az idegrendszerben (Ranschburg, 1998).

4.2. Pszichoszociális tényezők

4.2.a. szocio-ökonomiai és szocio- demográfiai változások

A szocio – ökonomiai státusz képet ad a szülők iskolai végzettségéről, beosztásáról, munkaköréről. Azonban a gyermekre gyakorolt nevelői hatások egy-egy státuszon belül is jelentősen eltérhetnek. Ezáltal egyre kevésbé ad hű képet a családok valódi életfeltételeiről. Megemlíthető a szegénység és az új gazdagság is, mint kockázati tényező. Három lényeges területet említhetünk, melyek gyakori kísérői e tényezőknek. A családi diszharmónia, az egyszülős családmodell és a gyermek durva bántalmazása (az abúzus) sorolható ide. A szegény gyerekeknél gyakrabban fedezhetők fel pszichiátriai rendellenességek és szociális működészavarok, mint a jómódúaknál. A család anyagi gondjai számos szociális és emocionális problémát idézhetnek elő a gyermek fejlődése során. Serdülőkorban is kimutatható a szegénység összefüggése a depresszióval, valamint a drogfogyasztással és a bűnözéssel, mint externalizált viselkedésformával. A gazdagság magával hozza a kényelmet, a jólétet és sajnos a személyes gondoskodásra egyszerűen már nem jut idő. Eltűnik a következetesség a szülők részéről, a felelősségvállalás pedig a gyerek részéről. Ez serdülőkorban csúcsosodhat (Ranschburg, 2004).

Glied és Pine (2002) szerint a serdülőkori depresszió pszichoszociális rizikófaktorai számosak lehetnek, többek között a család kedvezőtlen anyagi helyzete, a családi erőszak, a szülői abúzus és a jelentősebb negatív életesemények előfordulása a gyermek életében.

Egy másfajta összeállítás is felírható a rizikótényezőkkel kapcsolatban, melyet Popper és munkatársai (2004) írtak le. Ezek a következők:

- genetika
- súlyos korai negatív életesemény
- szorongásos betegség
- alkoholizmus, drogbetegség
- súlyos testi betegségek
- súlyos aktuális pszichoszociális stresszorok

4.3. Negatív életesemények

Dolgozatom során a stresszel teli életeseményekkel fogok bővebben foglalkozni. A következőkben felsorolok néhány jelentős eseményt, amelyek nagy mértékben befolyásolják a

serdülő gyermek egészséges fejlődését. A későbbiekben még bővebb kifejtésre kerülnek majd illetve sort kerítünk a serdülőkori depresszióval való összefüggésekre is.

Jelentős stresszteli életesemények a serdülők életében:

- családi diszharmónia
- abúzus
- egyszülős családmodell
- tárgyvesztés
- válás
- otthon elvesztése
- gyakori költözés
- bántalmazás, erőszak, zaklatás, megaláztatás, rendszeres csúfolás
- család anyagi helyzete
- nem megfelelő családi háttér, rossz családi kapcsolatok
- konfliktusokkal teli élet, iskolai kudarcok
- nem megfelelő társas kapcsolatok
- eltérő illetve nem optimális nevelési stílusok gyakorlása a szülő részéről

5. A serdülők sajátosságai

Murányi-Kovács Endréné (1980) két periódust különböztet meg. A prepubertást (9-12 éves kor) és a pubertást (13-16 éves korosztály).

A serdülést a hormonális változásoktól számítjuk. A nemi érés egyben pszichológiai érzékenységgel, nyugtalansággal jár együtt (Kulcsár, 2004).

A kortársak jelentősége, a társaságra való igényük hirtelen fokozódik. Élvezik, mikor rosszkodhatnak. A fiúkat és lányokat egyaránt foglalkoztatja ebben a korban a még ismeretlen

szexualitás és az ezzel kapcsolatos ismeretek. Létrehoznak csoportokat, kisebb közösségeket. Lázadnak a szabályok és a szülői megkötések ellen. A lányok gyakran szembe találják magukat az édesanyjukkal. A függetlenedési vágyuk pedig folyamatosan fokozódik (Vikár, 1980).

Ebben a korban nagy jelentőséggel bírnak a kiszemelt példaképek. Az ideál általában rendelkezik olyan tulajdonsággal, amellyel a kamasz még nem, ám erőteljesen vágyik rá. A cél az, hogy hasonlónak váljon és azonosuljon a példaképpel és annak tulajdonságával (Kulcsár, 2004).

A kamaszkor az ellentétek és a szélsőségek korszaka. Saját magáról is így vélekedik. Saját magát egyszer ilyennek egyszer olyannak látja. A bizonytalanságait közvetíti a környezete felé és közben izgatottan várja a visszajelzéseket. Viselkedésével provokál, azonban pont ennek ellentétére vágyik (Kulcsár, 2005).

A kamaszok többségére igaz, hogy tétova és bizonytalan. Éles szemmel figyeli saját magát. Kritikus szemmel követi a körülötte élőket, a megnyilvánulásait és a viselkedéseiket. Bírálja a környezetében lévőket, sokszor igazságtalanul és bántóan mondanak véleményt. Ugyanakkor a saját belső hullámzásaira is érzékenyen reagálnak. Lényegében az önfelfedezés korszaka ez. Keresi a határokat. Támadással védekezik és ez természetesen folyamatos konfliktusokhoz vezet (Kulcsár, 2005).

A Vekerdy-féle kamaszkori lustaságnál két szempontot kell figyelembe venni. Az egyik az úgynevezett élettani lustaság. Lényegében a testi változásokkal indokolható. Ugrásszerű növekedés és hormonális átformálódás lép fel a kamasz életében. Ezáltal megnő az alvásigénye, újra szüksége van a napközbeni alvásra és pihenésre. A másik szempont pedig a merengés joga. Segíti a kamaszt az információk és a belső feszültségek feldolgozásában. Fantáziálgat és rendeződnek a pszichikus energiák.

A megnövekedett energia megfelelő és hasznos levezetése nagyon fontos ebben a korban.

Az egész serdülőkor egy krízisállapotnak tekinthető. A serdülőkori fejlődésre és annak minőségére nagy hatással lehetnek a múltban átélt gyermekkori tapasztalatok. Ebben a korszakban formálódik a jövőkép, amely a későbbi életre is hatással lehet. Ugyanakkor krízis azért is, mert döntések sorozatát éli át a kamasz. Döntenie kell társ, ideológia, pálya, világnézet, közösség, életforma és különböző értékek mellett (Kulcsár, 2005).

Egyre inkább szélesedik a fiatalok érdeklődési köre. Nyitottak a külvilág felé. Ugyanakkor igaz, hogy az érdeklődési területek nagyon gyakran váltakoznak és gyorsan cserélődnek. Az önkifejezés is nagyon fontos helyet foglal el a ranglétrán és számos módját ismerik a serdülők. Számos alkotás lát napvilágot és a klasszikus elfoglaltságok is kedvelté válnak, mint pl.: az írás, az éneklés, a festés, a fotózás, a filmkészítés és a különböző stílusú zenekarok létrehozása.

A kamaszok erkölcsi elvei is módosulnak ebben a korszakban. Korábban készen elfogadták a szülők tanításait, normáit, szabályait. Most felülvizsgálják azokat. Amivel egyetértenek, az meggyőződésükké is válik. Természetesen ez bonyolultabb folyamat. Hiszen komoly bizonyítékokat keresnek, majd miután rájuk leltek, csak a saját összefüggéseik feltárása után fogadják el helyesnek (Murányi-Kovács, 1980).

Az egyik legjelentősebb kamaszkori változás a gondolkodás átalakulása. A serdülőkor kezdetéig ugyanis konkrét gondolkodók. A világot feketén vagy fehéren látják. Képtelenek általános dolgokból specifikus szabályszerűséget levonni és fordítva is igaz, konkrét tényekből általános következtetéseket kihozni. A serdülőkor folyamán szépen kialakul az absztrakt gondolkodásra való képesség. Ez általában az élet más területein jelenik meg először.

A tinédzserek fejlődési folyamatának nagyon lényeges feladata az identitás érzésének kialakítása. Kamaszkorban elkezdődik ennek kifejezésre juttatása a környezet felé. Ez elsősorban a beszéd, az öltözködés, a viselkedés és a gondolkodás tekintetében nyilvánul meg. Próbálgatják mi illik a személyiségükhöz a leginkább. Keresik önmagukat és a hovatartozásukat. Olyan elveket és értékeket képviselnek, amelyek teljes ellentétei az otthoninak. Nagyon fontos szerephez jut a serdülés időszakában a lelkiismeret. Bűntudatot ébredhet benne rég elkövetett tettei és olyan érzései miatt, melyeket nem tud összeegyeztetni saját személyiségével és önmaga is elfogadhatatlannak tart. Ez nagyon megterhelő és lelket megpróbáltató időszak a kamasz számára (Kaufman, 2003).

A barátok megválasztásánál nem csupán a közös időtöltés a domináns tényező. Ezek lényegében valós választások, melyek a belső tulajdonságok megismerésén és a szimpátián alapulnak (Murányi-Kovács, 1980).

A kamaszkor egy nagyon érzékeny korszak. A serdülő már nem gyerek, de még nem is felnőtt. Próbálgatják a határaikat és a szabályokat. Nagyon fontos és jelentős szerepet tölt be a család,

mint szocializációs közeg. Természetesen az otthoni lét konfliktusokkal teli többnyire és lányok esetében a legtöbb vita az anya és a gyermek között alakul ki. Azonban az apa szerepe és jelenléte is nagyon meghatározó, főként a lányok tízes éveiben.

A fiúk és az őket nevelő felnőttek közötti kapcsolat nem olyan szoros. Ritkábban adnak hangot az érzelmeiknek és sokkal nagyobb önállóságot is várnak el tőlük. Kevesebb segítséget kapnak a felnőtté válás rögzös útja során.

Lényegében egy paradoxon lelhető fel a serdülőkor változékony és bonyolult fejlődési rendszere mögött, amely a nem megfelelő kapcsolatok kialakulásának egyik okaként is felírható. Mivel a serdülő még nem felnőtt, de már nem is gyerek, egyfajta kettősség jelenik meg. A kamasz kezd önállósodni és úgy véli mindent képes egyedül megoldani, azonban titkon vágyik még a szülő kényeztetésére és szeretetére, támogatására és törődésére.

A serdülőket jellemzi az állandó alacsony önértékelés és a magányérzés. Megemlíthetjük a Mérei Ferenc által elnevezett önismereti érzékenység fogalmát. Érzékeny a saját lelkében és testében lezajló folyamatokra is nem csak a külvilág történéseire. A testi fejlődés mindenkinél eltérő lehet, és hirtelen változások következnek be a külsőt és a belsőt tekintve egyaránt. Ez megterhelő a kamaszok számára és mind a lányok mind a fiúk esetében egyaránt érzékeny terület. Ez a kor lényegében a folytonos keresgélésről és a hihetetlen mértékű tudás elsajátításáról szól. Mindent szeretnének megismerni és mindenről szeretnének tudni. Erikson pszichoszociális elmélete a serdülők legfőbb feladatának az identitás kialakítását tartja (Kulcsár,2004).

6. A serdülőkori depresszió

Serdülőkorban nem ritka, hogy beilleszkedési zavarral társul a depresszió. A disztímia kritériuma, hogy legalább két tünetnek kell fennállnia legalább egy éven át a major depresszió tünetei közül. Félrevezető lehet az, hogy a teljesítményük nem romlik a kamaszoknak és így nem tulajdonítanak nagyobb jelentőséget a hangulatzavarnak (Kaufman, 2003).

Több szerző foglalkozott már a serdülőkori depresszióval. Néhányan a tünetek előfordulási gyakoriságát vizsgálták fiúknál és lányoknál egyaránt (Kovacs és mtsai, 2003, Ryan, 1987, Sorensen és mtsai, 2005, idézi Mayer, 2008).

Liu és mtsai (2007, idézi Mayer, 2008) az adott depressziós tünet hatását vizsgálták a betegség súlyosságára, lefolyására.

6.1. A tinédzserkori depresszió különbözik a felnőttkori depressziótól

Kevés magyarországi vizsgálat áll rendelkezésre a depressziós tünetek gyermekkori – és serdülőkori előfordulási gyakoriságáról és rizikótényezőiről. Pedig a depresszív zavarok az utóbbi évtizedben a leggyakoribb betegségek közé léptek elő, jelentőségük egyre inkább növekszik. (Csorba, A gyermek-serdülőkori depresszió kezelése, <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/V/4/272.htm>, letöltve: 2013. január 01.)

A tinédzserkori depresszió teljesen más tünetek formájában jelentkezhet, mint felnőttkorban. Ezért lényegesen nehezebb az észrevétele. Nemcsak az érzelmi életben kelt zavart, hanem befolyásolhatja a növekedést és a fejlődést is (Kaufman, 2003).

6.2. A stressz és a depresszió

Sok évvel ezelőtt a Minnesotai Egyetem munkatársai végeztek egy felmérést középiskolások körében. Négyezer – háromszáz diákot kértek meg arra, hogy egy lista alapján, sorolják fel az összes olyan eseményt a mindennapi életükből, amelyeket nagyon kellemetlennek, rossznak ítélték és amelyek az elmúlt hat hónapban velük is megtörténtek.

A leggyakrabban előforduló negatív és stresszkeltő események a következők voltak:

- szakítás a baráttal vagy barátnővéé
- szóváltás a szülőkkel
- konfliktus a testvérrel
- veszekedés a szülők között
- a szülők anyagi helyzetében bekövetkező változás
- súlyos betegség vagy baleset a családban
- konfliktus az osztálytársakkal
- konfliktus a szülőkkel

Jól látható a felsorolásból, hogy a felsorolt események a tizenévesek életének két fontos és legtöbbet látogatott területére összpontosul. Ez a két fontos szocializációs színtér a család és az iskola. A kérdőívet kitöltőknél általában a konfliktusok és az átélt veszteségélmények jelennek meg stresszforrásként.

A feszültség forrása szinte mindig a családhoz és a barátokhoz fűződő kapcsolat romlása. Sokszor kapcsolódik a teljesítményhez, melyet szülői vagy iskolai nyomás eredményez.

Léteznek azonban olyan fiatalok, akik nem bírják el a halmozódó és nyomasztó terheket. Mivel segítségre szorúlnak, pontosan ezért nagyon fontos védőfaktornak kellene lennie a két lényeges szocializációs színtérnek, a családnak és az iskolának. A stresszre adott reakciók is eltérőek lehetnek. Több agresszió, indulat, harag gyűlik fel bennük. Jellegzőbb az antiszociális viselkedés, hajlamosabbak a deviáns viselkedés folytatására. Akár az utolsó lépcsőfokig, az öngyilkossági kísérletig is eljuthat a kamasz. A Minnesotai kutatás (Garfinkel, 1986, idézi Ranschburg, 2010) kimutatta, hogy ezek a serdülők sokkal több, gyakran kétszer- háromszor több negatív életeseményt éltek már át, mint társaik.

A külvilágból érkező stresszhatások különbözőképpen jellemezhetők és feloszthatók. A tapasztalatok azt bizonyítják, hogy depressziót egyértelműen a veszteséghez kapcsolódó stresszhatások váltanak ki. Ugyanakkor a betegség egyértelműen az interperszonális kapcsolatok során keletkező stressz, illetve tárgyvesztés következménye. Serdülőkorban a perfekcionizmus komoly belső stressz alapkőve lehet. A lelkiismeretesség, a tökéletes munka igénye extrém mértékben óriási problémákhoz vezethet. Nemcsak a teljesítmény várható kudarca révén vezethet el a depresszióhoz. A későbbi élet folyamán is eredményezheti a betegséget. A társaság, a barátok és a szexuális partner kiválasztása idején (Ranschburg, 2010).

6.3. Hajlamosító tényezők

Beszélhetünk tisztán genetikai sebezhetőségről. A depresszióval kapcsolatos ikerkutatások bebizonyították, hogy hangsúlyozottan örökletes betegségről van szó. Ha az egyipetűjű ikerpár egyik tagja depresszióban szenved, 76% a valószínűsége annak, hogy testvére is depressziós lesz. A betegségben szenvedők elsőfokú rokonai között csaknem háromszor annyi érintett személyt találtak, mint a távolabbi rokonok között.

Azonban a későbbi kutatások bebizonyították, hogy egy teljesen komplex rendellenességről van szó. Ugyanis a genetikai és a környezeti hatások együttesen töltnek be fontos szerepet a betegség kialakulásában.

Lényeges megemlítenünk Bowlby depresszióelméletét. Ennek értelmében a depresszió gyökerét az élet korai periódusaiban kell keresnünk. A trauma lényege, hogy az öt hónaposnál idősebb és a három évesnél fiatalabb gyermeket elszakítják a szeretett személytől, az édesanyjától. A csecsemő vagy kisgyermekkorai (analitikus) depresszió kihat a későbbi fejlődési periódusokra is. A serdülőben újraéledhetnek a korai trauma élményei. Folyamatosan attól fél, hogy megint elhagyják őt. Ez regresszióhoz, tehetetlenség érzéséhez és depresszió kialakulásához vezethet.

A kisgyermekkorai családi háttér, a szülő-gyermek kapcsolat, a szülői nevelői stílus szintén óriási jelentőséggel bír a hajlamosító tényezők között. Akárcsak a tárgyvesztés.

Vizsgálatok is utalnak a különböző elméletek hitelességére. Kaslow, Jones és Palin (2005, idézi Ranschburg, 2010) vizsgálta, hogy a depresszióra kialakuló serdülőkorai hajlamért a nem megfelelő és kevés támogatást illetve melegséget nyújtó szülői magatartás a vétkes. A felnőtt családtagok közötti konfliktusok, a családi összetartás, a kohézió hiánya, a családtagok közötti feszült viszony szintén növeli a gyermek sebezhetőségét.

A környezeti tényezők nagyon fontos szerepet játszanak abban, hogy a serdülő depresszióssá váljon. A rendszeres fizikai bántalmazások, az abúzus szintén megemlítendő a hajlamosító tényezők listáján (Ranschburg, 2010).

A szégyen és a bűntudat is jelentős szerepet tölt be a betegség létrejöttében. Sok szülő sajnos nevelési eszközként használja a megaláztatást és a szégyenkeltést. Ez borzalmasan károsan hat a még kiszolgáltatott és ki nem forott egyéniségre. Óriási mértékben teheti tönkre az önértékelést (Kaufman, 2003).

Szeretném még kiemelni a tanult tehetetlenség elméletét. „Ennek lényege az, hogy a gyermek pozitív vagy negatív visszajelzések hiányában, ezek következtetlensége miatt vagy örökös visszajelzések érkeztek az azt tanulja meg, hogy bármit tesz, azzal nem képes befolyásolni a környezetét.” (Kaufman, 2003. 55.o.)

6.4. A nemek közötti megoszlása

Mindkét nem képviselői másként élik meg a depressziót. A fiúk túlnyomórészt izgatottságról, a lányok fáradtságról számolnak be. Sokszor előfordulhat, hogy tévesen másnak véleményezik a fiúk esetében ezt a betegséget a fent említett tünet miatt (Kaufman, 2003).

A depressziós zavarok száma a serdülőkorban jelentősen megemelkedik. Tíz éves kor alatt ez a zavar a fiúknál, tíz éves kor felett viszont a lányoknál gyakoribb (Ranschburg, 2004).

Tizenhárom éves kor körül egy hirtelen változás figyelhető meg. Ugyanis a depresszióban szenvedő serdülők között mintegy kétszer annyi a lány, mint a fiú. Egy kézenfekvő hormonális velejárót is megemlíthetünk e téren. A lányoknál emelkedik a női nemi hormon, az ösztrogén szintje, amely a depresszió kiváltásában szerepet játszó hormonok közé sorolható. A fiúk esetében a depresszív hangulat ellen ható tesztoszteron mennyisége emelkedik meg.

Lányok esetében a hirtelen súlygyarapodás és a hirtelen súlycsökkenés is kiváltó tényező lehet. Különféle vizsgálatok terjednek ki a lányok menstruációs érésével kapcsolatban. Létezik egy megállapítás mely szerint, ha gondoskodó és harmonikus a viszony a szülők és a gyermek között, a menstruációs ciklus annál később indul meg. Tehát diszharmonikus házasság és a gyerek elhanyagolása összefügghet a korai pubertással.

Egy másik vizsgálat szerint, ha a gyermek és édesapja között meleg és bizalmas a kapcsolat, akkor az átlagnál később indul meg a menstruációja (Ranschburg, 2010).

Ugyanakkor összegezve kijelenthetjük, hogy a betegség nemet nem kímélve sújthat le a serdülőkre.

6.5. Tünetei

A serdülőkori depresszió kilenc jellegzetes tünetét ismerjük, melyeket már a korábbi 1.5. fejezetben leírtam Ranschburg (2004) elmélete alapján. Itt említés szintjén érinteném újra őket.

- I. a depresszív hangulat
- II. a halál, az öngyilkosság vissza-visszatérő gondolatai
- III. a megszokott tevékenységek iránti érdeklődés elvesztése
- IV. az étvágy és az alvás zavara

- V. pszichomotoros lassulás
- VI. az energia hiánya
- VII. az értéktelenség érzése
- VIII. a gondolkodás akadályai
- IX. az ingerlékenység

Az ingerlékenység nagyon jellemző a serdülőkorra. Ugyanakkor fontos tünet a sírás és a sírógörcsök gyakorisága. Lényegében ezek megmagyarázhatatlanok és nincs is igazi mögöttes ok a hátterében (Kaufman, 2003).

„Láthatjuk tehát, hogy az egyes betegeken jelentkező tünetek igen változatosak, sőt olykor ellentmondásosak lehetnek, és nem lehet egy-egy tünet alapján kizárni vagy megerősíteni a depresszió diagnózisát.” (Kaufman, 2003. 24. o.)

Gyermekkorban gyakori a szorongásos betegségek, a disztímia és a magatartászavar együttes előfordulása. Serdülőkorban étkezési zavarok és drogabúzus is társulhat a betegség mellé. Birhamer és mtsai (1996, idézi Mayer, 2008) szerint, ha a depresszió mellett más érzelmi és magatartási zavar lép fel, sokkal gyakrabban válik szükségessé a pszichiátriai ellátás a súlyosabb depressziós tünetek miatt.

6.6. A serdülőkori depresszió kezelése

A depresszió kezelésénél elsősorban fel kell térképezni, azokat a hátrányos hatásokat és körülményeket, melyek az állapot kialakulásában szerepet játszanak és jelentőséggel bírnak. A kamasszal való egyéni foglalkozás célja abban rejlik, hogy a fiatal elmondhassa, megfogalmazhassa a bánatát. A terápiának a gyermek életkorához kell illeszkednie. Az is nagyon fontos, hogy a serdülő szűkebb és tágabb környezetével is felvegyük a kapcsolatot és elősegítsük közöttük a kommunikációt.

A depresszió kezelésében a kognitív-viselkedés terápiás módszerek bizonyulnak a leginkább hatékonynak (Gádoros, Depresszió és szorongásos zavarok gyermek- és serdülőkorban, <http://sunrise.sote.hu/htsz/gadoros.htm>, letöltve 2013. január 04.)

Megoszlik a vélemény a terápiákat illetően. Az antidepresszáns gyógyszerek olcsóbbak a pszichoterápiánál, azonban nem minden beteg reagál rá. A gyógyszerre reagálók között is létezik olyan, aki visszautasítja a szedését és létezik olyan, aki a fellépő mellékhatások miatt kell, hogy abbahagyja. Lényeges szempont és józan felfogás, mely szerint a pszichoterápia hosszú távon hasznosabb lehet a kémiai terápiánál. Ugyanis a páciens tanulhat a saját pszichoterápiás tapasztalataiból. Várhatóan hatékonyabban birkózik majd meg a későbbi depressziókkal és kezelni illetve megelőzni is képessé válik.

A kognitív terápia egy aktív, direktív, időben behatárolt és strukturált megközelítésmód. Lényege az, hogy az érzelmek és a viselkedés befolyásolja azt, ahogy a világot látjuk. Nagyon fontosak a kogníciók, amelyeket az előzetes élmények alapján átélünk. Ezek lényegében a tudatba került képi illetve verbális eseményeket jelenti. A kognitív terápia különféle kognitív és viselkedéses terápiás stratégiát használ (Beck és mtsai, 2001).

A serdülők esetében is nagyon hasznos terápiás módszer lehet a kognitív terápia.

Figyelik a kamasz testbeszédét, megjegyzik, miről beszél szívesen és miről nem. A későbbiekben ezekre a témákra célzottan visszatérnek. Próbálják teljesen megismerni a kamaszt. Jelzőértékű, hogy viselkedik a terápia alatt, késik-e vagy pontosan érkezik. Fontos a jó orvos-beteg kapcsolat kialakítása. Lehetőség van egyéni és csoportterápiára. Különböző eszközöket használhatnak a terapeuták: játékot, festéket, ceruzákat, zenét, fényképeket, történetmesélést (Kaufman, 2003).

7. A depresszió és a szorongás közötti kapcsolat

Nagyon lényeges megemlítenünk a kettő közötti kapcsolatot. Nagy arányban a depresszió a szorongás következményeként azonosítható.

A szorongás különböző mértékben jelentkezhet az élet bármely szakaszában. A gyermek már az élet első hónapjaitól szorong. Serdülőkorban az önállósodási folyamat, a testben bekövetkező változások és a pubertáskor elfogadása, az identitásnak a definiálása, a pályaválasztás, a szülőktől való távolodás és a másik nem felé való közeledés okozhatja a legnagyobb feszültségforrást (Faludi, 1988).

„Míg a szorongás a negatív emóciók megnövekedett mennyiségével, a depresszió a pozitív emóciók hiányával jellemezhető, tehát mindkét esetben az érzelmi élet zavaráról beszélünk.”(Lazáry, 2009. 23.o.)

8. A depresszió és a negatív életesemények kapcsolata serdülőkorban

Ez a korszak a sajátosságából adódóan amúgy is egy krízisekkel és problémákkal teli időszak. Rengeteg szorongás és feszültség kísérheti. Pontosan ezért nagyon fontos említést tennünk a különböző negatív és stresszteli eseményekről, melyek ebben a korban érhetik a kamaszt. Akár a szűkebb, akár a tágabb környezetet vizsgáljuk, mindenképp hatással lesznek a történések a serdülőre.

Természetesen a gyermekkorban átélt életesemények növelhetik a felnőttkori depresszió kialakulásának kockázatát is.

Hankin és Abramson (2001, idézi Mayer, 2008) vizsgálatai azt mutatják, hogy a serdülő lányok sokkal több negatív életeseménnyel számolnak be, mint a fiúk. Egy másik vizsgálat szerint, melyben életesemény-csoportokat különítenek el, a serdülő lányok inkább a viselkedésfüggő és az interperszonális eseményekről, a fiúk azonban az iskolai eseményekről számolnak be (Hankin és Abramson, 2001, Rudolph és Hammen 1999, idézi Mayer, 2008).

Cyranowski és mtsai (2000, idézi Mayer, 2008) úgy vélik, a lányok sokkal több és magasabb arányú distresszt élnek át, mint a fiúk ugyanazon életesemények előfordulásakor.

Williamson és mtsai (1995, 1998, idézi Mayer, 2008) pozitív összefüggéseket találtak az életesemények és a major depresszió kapcsolatát tekintve. Fontos megemlíteni az életesemények halmozódásával kapcsolatos összefüggést is. Ennek a szerepét Birhamer (1996, idézi Mayer, 2008) emeli ki tanulmányában. Ugyanis vélhetően a több stresszteli esemény, sokkal inkább negatívan hat a serdülőre, így hajlamosabbá válhat a betegségre.

Williamson (1995, 2005, idézi Mayer, 2008) vizsgálatai bizonyítják, hogy a viselkedésfüggő életesemények, veszteségek és a depresszió között szignifikáns összefüggés mutatkozik. Ide sorolhatjuk az iskolai bukást, szakítást a partnerrel, a teherbeesést, vitát illetve veszekedést a szülőkkel vagy éppen a szülők között.

Ugyanakkor a szülők közötti kapcsolat megromlása, fizikai bántalmazás, gyakori családi konfliktusok, diszharmonikus családi élet, a testvér és a közeli hozzátartozók egészségi állapota, tehát a súlyos életesemények és nehézségek illetve a halmozott események (kettő vagy annál több) megléte gyakoribb a depressziós betegségben szenvedők esetében (Williamson, 1998, idézi Mayer, 2008).

A depressziós serdülőknél a viselkedésfüggő és az interperszonális életesemények sokkal gyakoribbnak bizonyultak Hankin és Abramson (2001, idézi Mayer, 2008) vizsgálata során.

Nagy veszélyeztető tényező lehet, az egyik szülő elvesztése, a szülőfigura változása. Ugyanakkor a gyakori költözés is rossz hatással lehet a serdülőre vetítve. Weller és mtsai (1991, idézi Mayer, 2008) szerint a szülő halála nagy rizikótényező a gyermek életében és elősegítheti a betegség kialakulását.

Vizsgálatok zöme foglalkozik azzal, hogy a szülők közötti kapcsolat megromlása, a fizikai bántalmazás, a válás, az iskolai és a családi stressz hogyan hat a serdülőkori depresszió kialakulásában. Sund vizsgálatai (2003, idézi Mayer, 2008) serdülőkorú fiatalok körében kimutatták, hogy több a depressziós tünet azoknál, akiknek szülei külön élnek, elváltak, többször költöztek, esetleg több testvérük van és kevés barátjuk.

Főként óriási megrázkódtatást és zavart kelthet egy kamasz életében, ha a szülei elválnak. Sérülnek a szerepek a családon belül. A serdülő nehezen birkózik meg a helyzettel, akár önvádolás is jelentkezhet. A betegség kialakulása is gyakoribb lehet. Amato (2000, idézi Mayer, 2008) összefüggést talált a depresszív tünetek és a szülők válása között.

A fizikai bántalmazás akár családon belül, akár iskolai keretek között vagy a kortárs csoportok poénosnak tűnő cselekedeteinek a következményeként jelentkezik, mindenképpen komoly lelki és hangulati zavarokhoz vezethetnek. Az egymás közötti csúfolódás és megaláztatás is nehézséget jelenthet a serdülő számára. A túlsúlyos és az alacsony súlyú serdülők kifejezetten érzékenyek a csúfolódásra. Esetükben a depressziós tünetek és az öngyilkossági gondolatok előfordulási valószínűsége magas (Eisenberg és mtsai, 2003, 2006, idézi Mayer, 2008).

9. A serdülőkori depresszió következményei

Ebben a szenzitív korszakban a betegségnek többféle következménye lehet. Sok esetben az iskolai intézmény falai között is problémákat okozhatnak. Több esetben a tanulmányi teljesítmény romlásához és problémás, nehezen kezelhető személyiséghez vezet. A következő jellegzetes következményeket említeném meg, amelyek a serdülők szempontjából nagyon lényegesek:

- izolálódás
- kapcsolatteremtési problémák
- esetleges bűncselekmények
- alkoholhasználat
- szerhasználat
- öngyilkossági kísérlet
- önsértések
- evési zavarok (anorexia nervóza, bulimia nervóza)
- agresszivitás, verekedések, csavargás, deviáns viselkedésmód

Ezek azok a problémák, amelyek gondot okozhatnak az oktatási intézményen belül és a tanár-diák viszonyban. Természetesen ezen felsoroltak összefügghetnek egymással. Ok-okozati viszony is fennállhat.

A serdülőkori depresszió szerepet játszhat a gyakori iskolai hiányzásokban, a rosszabb iskolai teljesítményben, a droghasználatban, a dohányzásban, megnöveli a serdülőkori öngyilkosság és evészavarok veszélyét (Glieb és Pine, 2002, idézi Atkinson és mtsai, 2005).

Mégis úgy gondolom, több szót érdemel a serdülők körében kialakulható, óriási veszéllyel járó következmény, az öngyilkossági kísérlet.

10. A szociálpedagógia

10.1. Egy szelet történet

A szociálpedagógiában a nevelés társadalmi megalapozottságán van a hangsúly (Mészáros, Németh, Pukánszky, 2005).

Maga a hivatás és a szakma Németországban keletkezett. A 19. és a 20. század fordulójára tehető a kialakulása. Gyökerei visszavezethetők egészen a középkori szegénygondozásra. A szociálpedagógia kifejezést Diesterweg használta először. Gertrud Bäumer 1929-es definíciója szerint a szociálpedagógia nevelés, de nem iskola és nem család. Néhány kutató elég homályosnak tekinti ezt a szakmát, mivel nagyon újnak mondható. Egyesek szerint nem rendelkezik stabil képviselőkkal és egyértelmű szakirodalmi háttérrel. Mások pedig úgy vélik, hogy pontosan az önazonosság hiánya miatt tud egyre inkább fejlődni ez a szakma (Kozma, Tomasz, 2000).

Paul Natorp nevét mindenképp megemlíteném. Három szintet különböztet meg a nevelőmunkát illetően. Csupán jellegbeli különbségeket említ. A gazdasági szervezet legfontosabb elemének tekinti a családot, ahol a gyermeket már korán meg kell tanítani a munkavégzés örömeire. Ugyanakkor említést tesz az iskola fontosságáról. A nevelés szolgálatában a legfontosabb szervként nyilatkozik róla. Lehetővé akarja tenni a gyermek számára a felnőttélet szociális rendjének átélését. Natorp rengeteg pedagógiai értéket fogalmaz meg és elsősorban az oktatást, mint értelmi fejlesztés tekintetében tartja fontosnak, azonban én úgy vélem, mégis ő az aki, legtisztábban világít rá arra, hogy a család, az iskola és a társadalom együttműködése nagyon fontos a gyermek fejlődése szempontjából (Mészáros, Németh, Pukánszky, 2005).

Manapság a rengeteg problémás és legrosszabb esetben depressziós fiatal serdülők életében is valamelyik szintéren akad gond. Pontosan ezért fontos a szociálpedagógus hozzáértő segítségnyújtása. Traumatikus élményeket elszenvedett tanulók, viselkedés és magatartásproblémákkal küzdők, hiányos szociális készségekkel rendelkezők, alulprivilegizált csoportokhoz tartozó tanulók, hátrányos helyzetű, veszélyeztetett fiatalok, iskolakerülő, bűnelkövető gyermekek, elhanyagolt, más etnikumhoz tartozó fiatalok esetében főként támaszt jelenthet. Azért soroltam fel elsősorban ennyi lehetőséget, mert valóban létező és jelen problémákról beszélünk, amelyek korábban, vagy még nem, vagy csak csekély mértékben voltak jelen és a pedagógus társadalom még kezelte a problémát. A tapasztalatom az, hogy manapság idő vagy türelem vagy hozzáértés hiányában nem veszik észre vagy nem foglalkoznak a gondokkal. Sajnos a családi szintre és az oktatási intézményekre is jellemző ez a megállapítás.

Egy szociálpedagógus sok terhet tud enyhíteni. Tevékenységéhez tartozik ugyanis a tájékoztatás, környezettanulmány készítése, családlátogatás, gondozás, egyéni foglalkozások vagy közösségi foglalkozások megszervezése, érdekképviselés és különféle szabadidős tevékenység koordinációja, segítség akár a tanulásban, nem csak a lelki terhek vonatkozásában. Úgy gondolom előrelépést jelentene a szociálpedagógus jelenléte az intézményekben, hiszen akár szűrőként is működhet. Előbb ismerné fel a problémákat a serdülőkkel kapcsolatban és csökkenhetne azon gyermekek aránya, akik rosszkedvűen és gondterhelten jelennek meg az órákon. A kezelhetetlenségnek és a hangulatzavaroknak is vannak okai. Meg kell fejteni őket és lehetőleg még a komolyabb problémák elszaporodása előtt.

11. Védőfaktorok

Az életmód nagyon szorosan összefügg a serdülő személyiségjegyeivel, az attitűdjeivel, a saját és a társadalom értékrendjének a világképével. Az életmód azonban nagyon nehezen változtatható és módosítható (Pikó, 2004, idézi Pikó, 2007).

11.1. A család szerepe

A család elsődleges szocializációs színtér, fontos szociálpszichológiai egység. Nagyon fontos a jó családi légkör. Meghatározó tényező az életben. Feladata: a szeretet és a gondoskodás biztosítása, a biztatás és a támasznyújtás. A szülőkkel kialakított kapcsolat minősége serdülőkorban változik, azonban a biztonságos kötődés fontossága fennáll (Pikó, 2007).

Kopp és Skrabski (2006, idézi Pikó, 2007) szerint a társas támogatásnak védőfunkcióként kellene működnie a stresszel és a mindennapok problémáival szemben. A serdülő számára fontos az is, milyen példát, mintát lát otthona szülőktől.

11.2. Az iskola és a pedagógus szerepe

Az iskolának lenne lehetősége arra, hogy a diákot megfelelően megismerje és tisztában legyen az esetleges háttérproblémákkal. Sokszor a pedagógusok nem veszik figyelembe a serdülők problémáját és fejlődési sajátosságnak tudják be a nem megfelelő magatartási hozzáállást. Rengeteg konfliktus adódhat a nem megfelelő kommunikációk miatt. A korábbiakban említettem

a depresszió következményeit. Ezek a problémák az iskola területén is megjelenhetnek. A pedagógusnak azonban tudnia kellene ezeket a helyzeteket felismerni és kezelni.

Az iskola a második legfontosabb szocializációs színtér. Minden negatív, stresszteli életesemény kihat a kamasz lelkiállapotára, mindennapjaira. Az iskolában nap, mint nap látja a pedagógus a diákot. A hangulati zavarnak is vannak tünetei, melyek felismerhetők lennének. Árulkodó lehet az öltözködés, a hajviselet, a magatartás, a belső jegyek változása, akár csak a kapcsolati viszonyok és az értékrend megváltozása. A tanár mindennap ott van a gyerek közelében és ismernie kellene a családi háttérét és a problémákat, amelyeken keresztül megy.

Szükség volna egyfajta pedagógusi szemléletváltásra a témával kapcsolatban, mert a hozzáállás nem mindig mutat optimális és pozitív mutatókat.

Fontos preventív tevékenységnek minősül a tanárok mentális egészségének védelme. Ez segítheti a későbbi jobb kapcsolat kialakulását a serdülőkkel. Elképzelhető, hogy a tanár a munkahelyét elutasító, agresszív és erőszakos légkörű helyként éli meg. Látványos túlterheltség uralkodhat el az egyénen (Csépe, 2007).

Nelson szerint (1988, idézi Pikó, 2007) az iskola nem csak a tudásanyag közvetítése szempontjából játszik jelentős szerepet, hanem egyúttal a nevelés színtere is.

11.3. A szociálpedagógus fontossága

Mindenképpen fontos és lényeges az a megállapítás, miszerint egyre több szakemberre lenne szükség az oktatási intézmények területén. Óriási segítséget nyújthat egy pedagógus számára. Hiszen kifejezetten szociális és mentális problémákra szakosodott egyénről beszélünk. Könnyebben megtalálhatja az összhangot a serdülő fiatalokkal, nem oktatja őket és ténylegesen az ők kis személyes gondjaival tud foglalkozni. Óriási szerepe van a prevencióban.

Sok esetben megfigyelhető, hogy nem megfelelő ember tölti be a fiatalokkal foglalkozó munkakör pozícióját. Fontos az összehangolt munka. Együttes munkával lehet segíteni a serdülőknek abban, hogy egészségesebb életformát tudjanak kialakítani.

Említésre méltó, hogy ezek a személyek érzelmi támaszt kell, hogy nyújtsanak a serdülők számára.

12. Az SDQ fontossága

Rendkívül lényeges az iskoláskorúak mentális állapotának a feltérképezése. Manapság sajnos erre sem az iskola, sem a család nem fordít elegendő figyelmet. A szülők és a pedagógusok hiányosságait elsősorban az időhiányban, a rohanó világ miatt kialakult követhetetlen tempóban, a türelem hiányában és a fiatalok felé indított kommunikáció hiányában lehet definiálni.

Az SDQ Kérdőív lehetőséget biztosít arra, hogy feltérképezzük az iskoláskorúak mentális világát. Könnyen és egyszerűen felmérhető a kérdőív által, hogy a gyermek, a szülő és a pedagógus milyen problémát, milyen mértékben talál gondnak. Könnyebben megismerhetővé válik a fiatalok érzelmi, hangulati világának a megértése. A kérdőív kitöltése nem vesz sok időt igénybe. Azonban alapos képet tud adni a gyermek hangulati, érzelmi állapotából. Különböző faktorok tekintetében írhatók fel az eredmények. Mindenképpen előnye a kérdőívnek, hogy adott gyermekekre vonatkozóan töltik ki az íveket, melyből könnyen kiderül az összhang vagy az összhang teljes hiánya. Egy szóval, a 3 érintett nem biztos, hogy ugyanazt látja problémának. Más a megközelítés az érintettek felől.

14. Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a serdülőkori mintám negyede depressziós.
2. Feltételezem, hogy a lányok hajlamosabbak a betegség kialakulására valamint náluk magasabb számban fordul elő a depresszió jelenléte.
3. Feltételezem, hogy a pedagógusok és a szülők nem ismerik fel a serdülők érzelmi problémáit, a depressziós tüneteket, ezzel párhuzamosan nem figyelnek a kamaszra ható negatív életeseményekre sem.
4. Feltételezem, hogy a pedagógusok és a szülők erőteljesebb problémának érzik a viselkedésbeli hozzáállással foglalkozó kérdéseket a depressziós serdülők esetében.

5. Feltételezem, hogy a depressziós serdülők szülei és a gyermeket oktató pedagógusok között a kapcsolat nem gyakori.

12. Módszerek

12.1. A vizsgálati személyekkel kapcsolatos információk

A mintám főszereplői a 14, 15, 16 éves serdülőkorú fiatalok. Az általános iskola utolsó évfolyamával, valamint a gimnázium első két évfolyamával töltöttem ki a kérdőíveket. Minden évfolyamon két osztállyal. Egy vas megyei általános iskola és egy vas megyei gimnázium tette lehetővé a kérdőívek felvételét. A vizsgálatom szempontjából ezzel a korcsoporttal foglalkoztam, ugyanis úgy vélem, hogy több időt kellene szánni a serdülők életvitelére, kapcsolathálóira és a depresszióval összefüggő stresszteli életesemények összekapcsolására. A gyerekek szüleit is bevontam és az ő részükre is készült egy kérdőív csomag. Természetesen azokat a serdülőket vettem alapul, akiknek a szülei beleegyeztek a kitöltésbe. Amelyik szülő kitöltötte a kérdőívet, azon szülő gyermekét számoltam a mintám létszámának. Semmiféle megkülönböztetés illetve kikötés nem volt a kitöltőkkel kapcsolatban. Tehát aki az adott osztályba jár, borszínre, nemre tekintet nélkül kitölthette a kérdőíveket. Mindkét esetben, tehát szülőnél és gyermeknél is vizsgáltam negatív életeseményekkel kapcsolatos tapasztalatokat. A serdülőknél jobbra csoportközi, társas kapcsolatokra és osztályon, közösségen belül történt életeseményekre voltam kíváncsi, míg a szülőknél jórészt a személyesebb és családi problémák kerültek előtérbe. Összesen 143 diák és szülő számára került kiosztásra a kérdőív, azonban a végleges mintám 48 fő. Ugyanis, csupán ennyi szülő töltötte ki a kérdőívet a hat osztályban. (8. évfolyamból 20 fő, 9. évfolyamból 17 fő, 10. évfolyamból 11 fő) Sajnos itt is előtűnik és érzékelhetővé válik a szülők érdektelensége.

Ugyanakkor a pedagógusok körében is kitöltésre került egy kérdőívcsomag. Az osztályfőnök feladata volt minden gyerekre levetítve egy bizonyos kérdőív (SDQ) kitöltése. A serdülők számozás alapján voltak megnevezve. Ez esetben a mintám az osztálylétszám volt, mindegyik évfolyamon, mindegyik osztályban.

8. évfolyam: 20 fő és 23 fő

9. évfolyamon: 25 fő és 25 fő

10. évfolyamon: 25 fő és 25 fő

Ugyanakkor az intézményekben dolgozó pedagógusok között is kiosztásra került egy kérdőív csomag, mely az életelégedettséggel valamint a depresszióval foglalkozik. Ez esetben mindkét intézményből összesen 60 kérdőívet kaptam vissza kitöltve.

Először az általános iskolában került kiosztásra a kérdőív, majd a gimnáziumban. Mindegyik évfolyamon két osztály vett részt a felmérésben.

A következő táblázatban szeretném érzékeltetni, hogy minden osztályban sikerült a teljes létszámmal kitöltetnem a kérdőíveket. A szülők oszlopában pedig azt jelenítettem meg, hogy mennyi szülő küldte vissza. Összesen 33,5% az, ami figyelembe vehető. Ugyanis a 143 gyermek szülei közül csupán 48 felnőtt töltötte ki a kérdőíveket. Az osztályfőnökök minden gyermekkel kitöltették az íveket, azonban természetesen a használható mennyiség az, amennyi a szülők által visszaküldött kérdőív.

	gyerekek	szülők
8. osztály	100,00%	46,50%
9. osztály	100,00%	29,40%
10. osztály	100%	22%
Összesen		33,50%

1. Táblázat: A serdülők és a szülők által kitöltött kérdőívek százalékos aránya

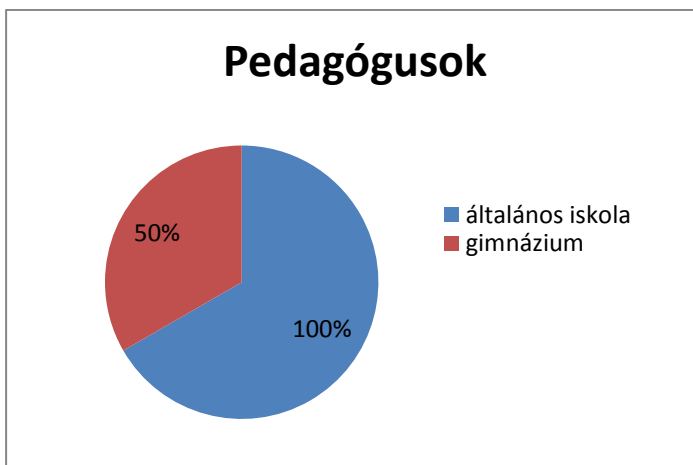
Ebben a táblázatban már feltüntettem azt is, hogy mennyi értékelhető kérdőív került vissza hozzám a gyerekek részéről. Azon szülők, akik visszajuttatták a kérdőíveket, ők teljesen pontosan dolgoztak. Azon gyerekek, akiknek szülei visszaküldték a kérdőíveket, szintén korrekt és értékelhető munkát végeztek. Ebben a táblázatban az SDQ kérdőív (Képességek és Nehézségek Kérdőív) összehasonlítása is megjelenik. A gyerekek és a szülők értékelhető kérdőíveket produkáltak, a pedagógusok esetében is a pontosság volt fellelhető. Náluk természetesen annyi százalékot vettem figyelembe, amennyi szülőt. Itt elsősorban az osztályfőnök feladata volt a kitöltés. Nem csak a hitelesség kedvéért, hanem azért is, mert a

kérdőív jellege is ezt kívánta. Ennek eredményeképpen, az általam vizsgálandó minta tehát 33,50%.

	értékelhető diák kérdőívek	szülő	pedagógus
8. osztály	90%	46,50%	46,50%
9. osztály	85%	29,40%	29,40%
10. osztály	80%	22%	22%
Összesen		33,50%	33,50%

2. Táblázat: Az értékelhető kérdőívek százalékos aránya

A pedagógusok számára még tartogattam két kérdőívet, melyet bármely tanár kitölthetett. Ennek eredményét mutatja a következő táblázat is. Külön vettem az általános iskolába és a gimnáziumba bevitt kérdőíveket. Összesen 60 kérdőív került kiosztásra, melyből az általános iskolában minden pedagógus kitöltötte, azonban a gimnáziumban csupán a tanárok fele. Azok a kérdőívek, melyeket kézhez kaptam, mind értékelhetők voltak.



1. Diagram: A pedagógusok által kitöltött kérdőívek aránya (Beck- féle depresszió kérdőív, Életelegedettségi skála)

Figyelemre méltó az a felismerés, hogy minél nagyobb évfolyamú osztályba vittem a kérdőíveket, annál kevesebbet kaptam vissza, mind a szülő, mind pedig a pedagógusok részéről. Sajnos ebből az a következtetés vonható le, hogy ahol felvettem a kérdőíveket, ott ahogy nő a gyerek, egyre kevésbé van érdeklődés a gyermek illetve a vele történő események felé. Hiszen hiába töltötte ki sok gyermek a kérdőíveket, ha a szülők nem foglalkoztak vele. Ugyanakkor

természetesen ez a minta nem általánosít és nem hivatott eldönteni, hogy más településen vagy országrészen, vagy más ugyanilyen korú gyermekek körében végzett felmérés során is ugyanilyen jellegű eredményeket kapnánk-e. Azonban a tapasztalatom az, hogy nehezen nyitnak mind a szülők, mind a pedagógusok és könnyen zárt ajtók fogadják a hasonló témával foglalkozókat.

12.2. A vizsgálati eszközök leírása

A kutatásom során kérdőíves módszert alkalmaztam. Több területet is szemügyre vettem ennek segítségével. Elsősorban a gyermekek, majd a szülők és a pedagógusok számára is készítettem egy kérdőív csomagot. Természetesen az anonimitás garantált volt. Ugyanis minden gyermek kapott egy kódszámot. Amelyik kódszámot a gyermek kapta, azt a kódot kapta a szülő is. A pedagógusnak pedig az adott kódszámú gyermekről kellett pontos kitöltést adnia.

A serdülők esetében a Gyermek Depresszió Kérdőívet (CDI), Életesemény Kérdőívet és a Képességek és nehézségek kérdőívet (SDQ) használtam. A CDI (M. Kovács, 1981) esetében a 27 tételből álló kérdőívet töltöttem ki a gyerekekkel. A szakdolgozatom szempontjából úgy gondolom, hogy ez teljesen világos képet ad majd a depressziós tünetek jelenlétéről és a depresszió előfordulásáról a serdülők körében. Az életesemény kérdőív során arra voltam főként kíváncsi és pontosan ezért olyan kérdéseket állítottam össze, amelyek arra keresik a választ, hogy a gyermek hogy érzi magát a közösségben, az osztálytársai között. Előfordultak-e különféle bántalmazások már vele ebben a közegben, ha igen kihez fordul segítségért. Egyáltalán milyen jellegű bántalmazással találkozott már és milyen rendszeresen. Mekkora mértékben viseli meg a serdülőket az iskolai nehézségek és kudarcok. Majd a kérdőív végén a családi élet problémáira és nehézségeire kérdeztem rá. Kíváncsi voltam, hogy családon belül érték-e nagyobb stresszteli életesemények, vagy az iskolán belül. Ugyanis mindkettő terület a serdülő életében fontos szocializációs színteret tölt be, valamint egy olyan közeget, ahonnan nincs nagy mozgástér, hiszen valamilyen szinten mindegyik egyfajta otthonként azonosítható a gyermek életében. Az SDQ (Goodman R, 2005) a gyermek képességeit és viselkedéses sajátosságait méri fel elsősorban. Előnye, hogy van szülői és pedagógusi változata is. Én mindegyik esetben felmértem. Célom ezzel az, hogy kiderüljön a gyermek, a szülő és a pedagógus között van-e összhang e tekintetben és melyik fél, milyen szemszögből látja az adott gyermeket. Mennyire különbözik az, amit a serdülő vet papírra önmagáról, attól, amit a szülő és a pedagógus tölt ki.

A szülők esetében természetesen egy köszöntőlevéllel nyitottam, melyben, egyben a beleegyezésüket is kértem, hiszen a mintámat serdülőkorúak körében vettem fel. Amennyiben a szülő hozzájárult és kitöltötte a kérdőívet, majd visszajuttatta az iskolába, csak abban az esetben vettem figyelembe a gyermekét. Készítettem egy kérdőívet, mely a családi körülményekkel, az életeseményekkel és a gyermek társas kapcsolataival foglalkozik. Elsősorban a családi szocioökonómiai viszonyokra, a családi körülményekre voltam kíváncsi. Arra, hogy ki a válaszadó, milyen anyagi helyzettel, iskolai végzettséggel rendelkezik. Mennyien élnek egy háztartásban, milyen családi szerkezetben illetve milyen családi légkörben. Majd a serdülő gyermekével kapcsolatos kérdéseket tettem fel. Itt lényegében arra voltam kíváncsi, hogy mennyire ismeri a gyermek iskolai és otthoni életét, viselkedését, mennyi időt töltenek együtt valamint, hogy tartja-e a szülő a kapcsolatot a gyermek tanáraival és ha igen, milyen gyakran. Ugyanis óriási összefüggés lehet a családi körülmények és a gyermekkori depresszió kialakulása között. Majd a Paykel- féle életesemény kérdőív rövid változatát is hozzácsatoltam a kérdőívekhez. Ugyanis lehetséges, hogy a szülő pontosabb képet tud adni az esetleges családot megterhelő életeseményekkel kapcsolatban. Ugyanakkor kiderülhet az is, hogy nem is tud a gyermek bizonyos problémákról, melyek korábban történtek, azonban a családi légkör mégsem optimális, melynek egyik kezdőforrása lehet egy eltitkolt életesemény, mely kihat a serdülő gyermek érzelmi állapotára is. Ugyanakkor az SDQ szülői változatát is mellékeltem, mely esetben kíváncsi voltam arra, hogy a szülő hogyan látja a gyermekét.

A pedagógusok esetében két részre bontottam a felmérést. Az osztályfőnökök részére az SDQ tanári változatát szántam. Hiszen neki főként ismernie kell az adott osztályba járó gyermekeket. A többi pedagógus számára pedig a Beck-féle depresszió kérdőív rövidített változata valamint az életelégedettség skála (SWLS) került kiosztásra. Erre azért volt szükség, mert szerettem volna megtudni, hogy a pedagógusok elégedettek-e a munkájukkal, hiszen csak így tudnak megfelelően ezen a területen dolgozni. Valamint, hogy ha van elégedetlen és depresszióra hajló tanár, az összefüggésbe hozható-e a gyermekek depressziójával.

12.3. A vizsgálat lefolytatása

A kérdőíveket már előzetesen szétválogattam. Külön a serdülőknek, a szülőknek valamint a pedagógusok számára. Minden gyermek kapott egy számot. Ugyanez a szám került a szülője valamint a hozzátartozó osztályfőnöki kérdőív tetejére. Ezáltal, természetesen anonim

körülmények között zajlott a felvétel. A 8. évfolyamon az egyik csoport volt a 08-as jelzésű a másik pedig az 18-as jelzésű. E szám után került a gyermek névsor szerint elhelyezkedő száma a naplóban, tehát, hogy hányadik az osztálynapló szerint. A párosítás főként az értékelés szempontjából fontos. Kizárható az összekeverés esélye. Nagy segítséget nyújtott egyben az osztályfőnöknek, hisz ő ismeri a gyermeket az osztálynapló szerint, ezáltal könnyen írt értékelést az adott gyermekről. Ugyanilyen logika mentén jelenik meg a számozás és párosítás a többi évfolyamnál is. A kérdőívekkel kapcsolatos instrukciókat az osztályfőnökkel beszéltem meg. Elmagyaráztam, hogy nagyon fontos figyelni a párosításra. Hiszen lényeges, hogy a gyermekhez tartozó szülő illetve pedagógusi kérdőív a megfelelő gyermekkel legyen kapcsolatos. Ezután megbeszéltünk egy egyhetes időtartamot a kérdőívek visszaszolgáltatására. A serdülőnek osztályfőnöki órán van lehetősége kitölteni a kérdőíveket. A szülőnek pedig van egy hete visszajuttatni a gyermekkel. A maradék pedagógusi kérdőívet szintén az adott osztályfőnöknek adtam át. Ebben az esetben különleges instrukcióra nem volt szükség, hiszen minden teljesen világosan kiderült a kérdőívekből. Természetesen mindegyik esetben a felvétel anonimitása biztosított volt.

13. A kutatás eredményeinek ismertetése

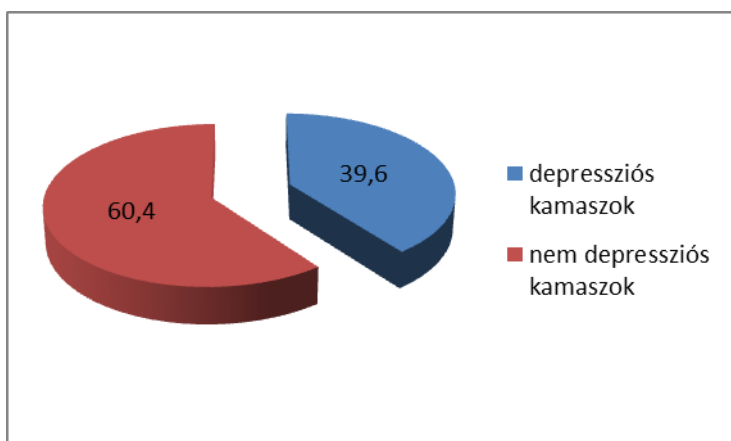
A serdülők esetében a Kovács-féle (1992) 27 tételből álló Gyermek Depresszió Kérdőívet (CDI) alkalmaztam. A pontozás 0-tól 2-ig történik. A magasabb pontszám a depressziós tünetek fokozott előfordulását jelzi. 14 tételnél a tünetmentesség felől haladunk a depressziós tünet felé, míg a többi tételnél ez fordított irányú. 12 pont felett depresszióról beszélünk. A mintám alapján összesen 19 kamasz esett ezen pontszám fölé.

Összesen 143 diák kapta meg a kérdőívet. Ebből a létszámból én a szakdolgozatom során 48 főt vettem figyelembe. Ugyanis a szülőknél kiküldött kérdőíven feltüntettem, hogy ha a szülő az íveket kitölti, egyben beleegyezik abba is, hogy a gyermeke részt vesz a felmérésben. Így

természetesen csak azokkal a kamasz kérdőívekkel dolgoztam, ahol a szülő visszaküldte a papírokat.

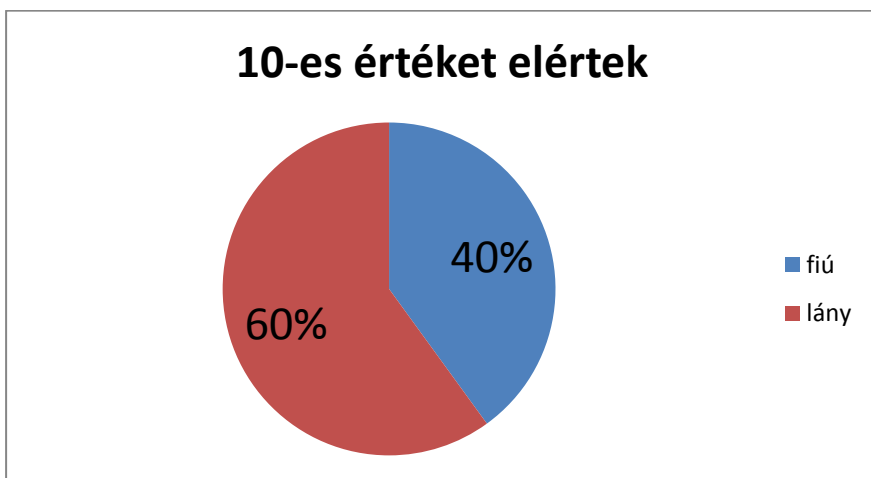
diákok létszáma		
összesen	értékelhető	depressziós értéket meghaladó
143 fő	48 fő (33,5%)	19 fő (39,6%)

3. Táblázat: A mintában szereplő serdülők létszáma és százalékos aránya

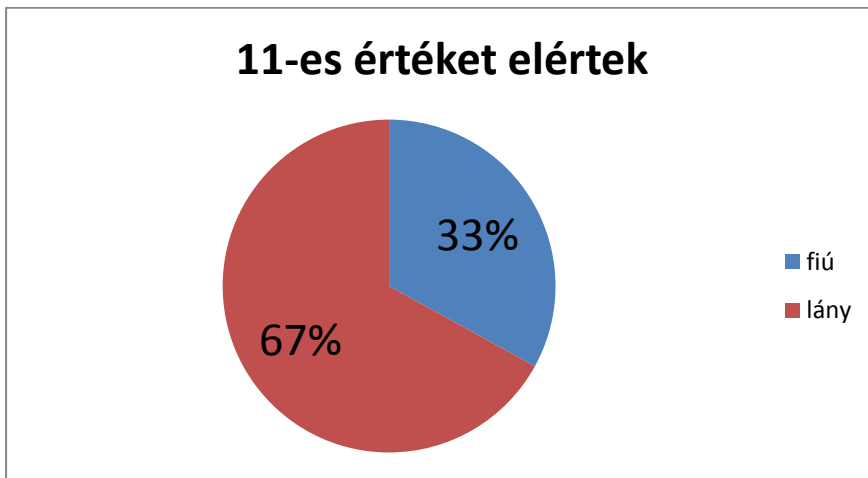


2. Diagram: A depressziós és nem depressziós serdülők aránya az értékelhető 48 főből

Lényeges megemlíteni, hogy a közeli határértékeket 14 fő érte el. A 10-es értéket 5 fő, a 11-es értéket pedig 9 fő. A magasabb érték (12 fölött) klinikai depressziót valószínűsít, az alacsonyabb azonban szintén felhívja a figyelmet a depresszió kialakulásának kockázatára.

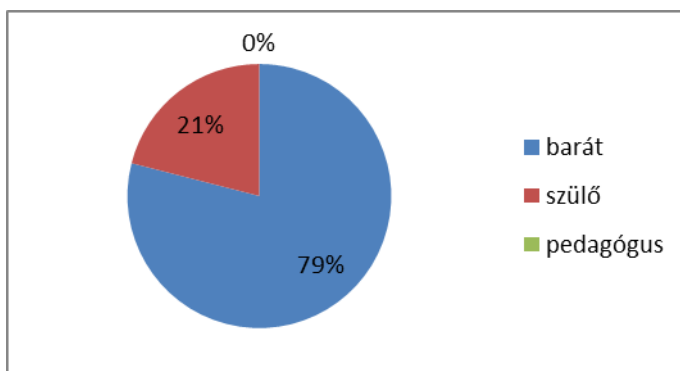


3. *Diagram:* A depressziós serdülők közül a depressziós ponthatár közelében lévő kamaszok nemek szerinti eloszlása

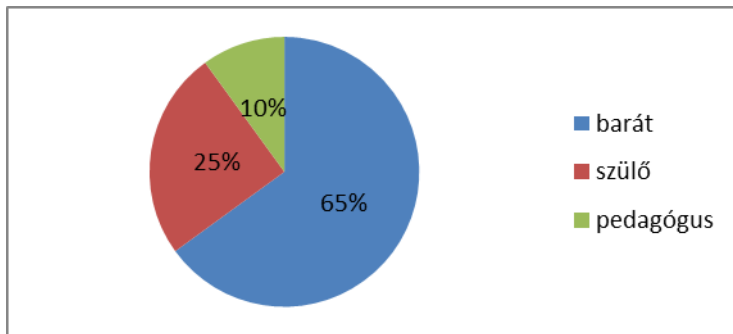


4. *Diagram:* A depressziós serdülők közül a depressziós ponthatár közelében lévő kamaszok nemek szerinti eloszlása

A kérdőívek alapján a serdülő fiatalok elsősorban, óriási létszámban, attól függetlenül, hogy érintett-e a depresszió témakörében, az figyelhető meg leginkább, hogy a barátokkal osztják meg elsőként a problémáikat.



5. *Diagram:* A kamasz depressziósok probléma megosztásának százalékos megoszlása a fenti személyeket illetően



6. Diagram: A nem depressziós kamaszok probléma megosztásának százalékos megoszlása a fenti személyeket illetően

A szülőkkel kapcsolatos kérdőívekből derült fény arra, hogy milyen a családi légkör. Az ő válaszuk alapján a következő eredmények születtek.

feszült	50%
kicsit problémás	25%
normális	25%

5. Táblázat: A családi légkör milyensége a depressziós serdülők esetében

feszült	15%
kicsit problémás	25%
normális	60%

6. Táblázat: A családi légkör milyensége a nem depressziós serdülők esetében

A szülői kérdőívek között szerepelt még az Életesemény Kérdőív (Paykel, 1991) rövid változata is, amely 28 tételt tartalmaz. A kitöltő személynek meg kell jelölni a felsorolt életesemények közt azokat, amelyek az életük során történtek vele. Ezt követően azt is jelölniük kell, hogy mennyire volt a megtörtént esemény érzelmileg megterhelő számára. A kitöltő személynek lehetősége nyílik olyan életeseményt is feltüntetnie, amely nem szerepel a felsorolásban.

A kiértékelésnél az érzelmi megterhelés egy ötfokú skálán történik. Ahol a 0= egyáltalán nem, az 5= nagyon súlyosan megterhelő.

A következőkben két táblázatot tüntettem fel. A szülő által megjelölésre került életeseményeket fogtam össze. Az egyikben a szülőhöz tartozó depressziós serdülők értékei szerepelnek, azaz, mennyi százalékuknál van jelen az adott stresszteli esemény, a másikon pedig a szülőhöz tartozó nem depressziós serdülőket vizsgáltam meg. Ebben az esetben a szülő emlékeire hagytam.

10 életesemény került megjelölésre, amely mindkét gyermek csoport esetében megfigyelhető. Zömében a családon belüli konfliktusos helyzetek, a tárgyvesztés és az anyagi gondokból adódó nehézkes megélhetés van jelen a táblázat sorai között.

Életesemény	Hány százaléknál figyelhető meg
Közei hozzátartozó halála	78%
Új személy megjelenése a családban, közös háztartásban	52%
Fokozódó viták, veszekedések családon belül	42%
Pénzügyi, megélhetési zavar	31%
Elválás a partnertől vagy különélés	64%
Szülő-gyermek tartós konfliktus	72%
Munkahely elvesztése	51%
Házastárs/Partner munkahelyvesztése	42%
Lakóhely változtatás	10%
Gyakori durva bánásmód közei hozzátartozója részéről	20%

7. Táblázat: A szülő által megjelölt negatív életesemény százalékos megoszlása a depressziós serdülők esetében

Életesemény	Hány százaléknál figyelhető meg
Közei hozzátartozó halála	70%
Új személy megjelenése a családban, közös háztartásban	54%
Fokozódó viták, veszekedések családon belül	16%
Pénzügyi, megélhetési zavar	35%
Elválás a partnertől vagy különélés	45%
Szülő-gyermek tartós konfliktus	17%
Munkahely elvesztése	25%
Házastárs/Partner munkahelyvesztése	5%
Lakóhely változtatás	15%
Gyakori durva bánásmód közei hozzátartozója részéről	0%

8. Táblázat: A szülő által megjelölt negatív életesemény százalékos megoszlása a nem depressziós serdülők esetében

A szülők esetében a kérdőíveket 48 fő töltötte, így a hozzájuk tartozó fiatalokat vettem számításba a kiértékelés során.

Mindhárom érintettnek, tehát a serdülőnek, a szülőnek és a tanárnak is ki kellett tölteni a Gyermek Képességek és Nehézségek Kérdőívet (Goodman, 1997). Természetesen a felnőttek ugyanazon gyermekekre vonatkozóan reagáltak az állításokra. A kérdőív nagy előnye, hogy nem

csak a problémás területeket vizsgálja, hanem a gyermek képességeit (proszociális viselkedés) is. A kamasz mellett a pedagógus és a szülő is ugyanazon formulát tölti ki. Minden változatnál létezik utánkötető kérdőív is. Az ív 25 tételből áll és 5 faktort különböztethetünk meg. Ezek a következők: hiperaktivitás, érzelmi tünetek, viselkedésbeli problémák, kortárskapcsolat nehézségei és proszociális magatartás.

Nagyon lényegesnek tartom a kutatásom során kitöltött SDQ kérdőívek eredményeit. Ugyanis érdekes és izgalmas felismerés lehet szembenézni azzal, hogy a három szemszög mennyire egyezik vagy tér el. A különböző érzések és tapasztalatok néznek szembe egymással. A kérdőív segítségével akár a különböző nézetekről érkező problémákat célzottan is orvosolni lehetne.

Az értékelés során a „nem igaz” válaszok 0, a „valamennyire igaz” válaszok 1, az „igaz” válaszok 2 pontot érnek. Faktoronként kiszámoljuk a pontszámokat, majd a proszociális faktor kivételével összeadjuk a kapott értékeket. A következő táblázat szerint történik a kiértékelés.

SDQ pontszámok	Normális	Határeset	Rendellenes
Szülői kérdőív			
Összesített probléma psz.	0-13	14-16	17-40
Hiperaktivitás skála	0-5	6	7-10
Érzelmi tünetek sk.	0-3	4	5-10
Viselkedési probléma sk.	0-2	3	4-10
Kortársi kapcsolatok sk.	0-2	3	4-10
Proszociális viselkedés	6-10	5	0-4
Tanári kérdőív			
Összesített probléma psz.	0-11	12-15	16-40
Hiperaktivitás skála	0-5	6	7-10
Érzelmi tünetek sk.	0-4	5	6-10
Viselkedési probléma sk.	0-2	3	4-10
Kortársi kapcsolatok sk.	0-3	4	5-10
Proszociális viselkedés	6-10	5	0-4
Önkitöltő kérdőív			
Összesített probléma psz.	0-15	16-19	20-40
Hiperaktivitás skála	0-5	6	7-10
Érzelmi tünetek sk.	0-5	6	7-10
Viselkedési probléma sk.	0-3	4	5-10
Kortársi kapcsolatok sk.	0-3	4-5	6-10
Proszociális viselkedés	6-10	5	0-4

A Gyermek Nehézségek és Képességek Kérdőívet (Goodman, 1997) a szakdolgozatom eredményei szerint két csoportra osztottam. Külön válogattam a depressziós serdülők és ezen fiatalokkal kapcsolatban álló szülői és tanári kérdőíveket, majd egy másik kupacba a nem depressziós kamaszok, az ő szüleik és tanáraik által kitöltött kérdőíveket.

Ezek után két táblázatot különítettem el. Az egyikben az összesített pontszámok által kapott eredmények olvashatók (hiperaktivitás, érzelmi tünetek, viselkedésbeli problémák, kortárskapcsolat nehézségei faktorokból tevődik össze), a másikban pedig a proszociális magatartással kapcsolatos eredményeket tüntettem fel.

A Gyermek Nehézségek és Képességek Kérdőív (SDQ) táblázatos összefoglalása a *mellékletben* olvasható és látható.

Az egyik táblázatsorban a depressziós és nem depressziós serdülők összesített eredményei olvashatók. Ez megmutatja, hogy a három szereplő, hogyan vélekedett az öt faktort illetően. A kapott értékeket összeadva három lehetőség figyelhető meg. Normális, határeset, rendellenes.

A másik táblázatsorban a depressziós és nem depressziós serdülők esetében kapott eredmények olvashatók. Ebben az esetben azonban a két kamasz csoportnál előforduló aprólékos faktorpontszámok figyelhetők meg. Külön az első négy faktor pontszámai alapján kapott értékek, külön a proszociális értékek.

Az eredményekből pontosan kivehető a három szereplő viszonyulása a különböző faktorokat illetően. Főként a depressziós fiatalok esetében van óriási különbség a válaszokat illetően kamaszok, szülők és tanárok között. Összességében az is elmondható, hogy a serdülő fiatalok az érzelmi tüneteket tekintve sokkal magasabb pontot adtak maguknak, mint a felnőttek. A szülői és a tanári kérdőívénél pedig a viselkedésprobléma és a kortárskapcsolatok problematikája kerül inkább előtérbe és ezek a faktorok mutatnak nagyobb eltérést a felnőttek és a serdülők között. A mellékletben olvasható táblázatban már a kész eredményeket tüntettem fel. Azokat, amelyek a pontszámok összeadásából származtak. Ezáltal három féle kategóriát különíthetünk el: normális, határeset és rendellenes.

Az világosan látszik az összesített eredményből, hogy a serdülők, a szülők és a pedagógusok, főként a depressziós serdülők esetében, nem nagyon találunk összhangot. Tehát mindegyik fél másként érzi és éli meg az adott kategóriákban választható állításokat.

Sajnos ez egy óriási probléma. Ugyanis a depresszió kialakulása és a negatív életesemények átélése között mindenképp kapcsolat van. Ezt elmondhatjuk, hiszen a velünk történt dolgok mindig nyomot hagynak az érzéseinken, ezáltal a hangulatunkon is. Ez serdülőkorban fokozottabban jelentkezhethet. Ezért komoly gond az, ha éles eltérés mutatkozik a kamasszal kapcsolatban lévő felnőttek véleménye és a szülők, tanárok között. Itt megint elsiklik a gyerek és a felnőtt egymás mellett.

Nagyon érdekes az a tényállás is, hogy a szülők inkább vélik úgy, hogy a gyerek viselkedésével és a társaihoz fűződő viszonyával vannak gondok. Az érzelmi problémái teljesen rendben vannak. A serdülő zömében pedig pont ennek ellentettjét vallja. Mélyebbnek érzi a hangulati és érzelmi szinten lezajló történéseket. Jó lenne egy összhangot teremteni a három résztvevő között, mert ez egy lényeges kiindulási pontja lehet egy jó kommunikációnak és egy bizalmi kapcsolatnak.

A nem depressziós kamaszok esetében jobban érződött a válaszok között az összhang.

Ez a kérdőív óriási segítséget nyújt a serdülők mentális állapotának felmérésében. A gyermek depresszió kérdőív a depresszió kiszűrésére alkalmas, míg az SDQ a problémás területeket és a gyermek képességeit is vizsgálja.

Nagy segítség a pedagógusnak és a szülőnek egyaránt. Kimutatható a három érintett közötti összhang vagy éppen ennek hiánya. Kiszűrhető melyik fél, hogy vélekedik a különböző faktorokat illetően. Összességében egy egyszerű módszer a gyerekek és a fiatalok mentális állapotának kiszűrésére.

Nagyobb figyelmet kellene fordítani erre az oktatási intézmények részéről.

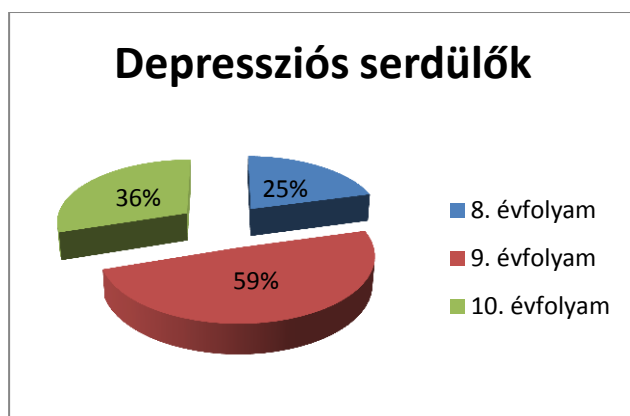
15. A hipotéziseket igazoló eredmények

1. Mivel csupán 48 (33,5 %) főt vehettem figyelembe az elemzésem során, így a minta sem lett olyan magas arányú. A hipotézis nem állja meg a helyét, ha a teljes mintára vonatkozóan vizsgálom. Az osztályokat megvizsgálva összesen 19 fő bizonyult depressziósnak a 48-ból. Kijelenthető, hogy e tekintetben igaz a hipotézis, mivel az értékelhető minta negyedéről elmondható, hogy depressziós. Az alábbi táblázatban szeretném érzékeltetni a pontos számszerű

adatokat a hipotézissel kapcsolatban. Osztályonként fel van tüntetve, hogy hány fő minősül depressziósnak a kérdőívek alapján illetve ezen eredmények százalékos aránya is megfigyelhető. Mindenképpen megemlíteném, hogy a kiértékelés során több olyan kérdőívet is találtam, amelyek nagyon közel álltak a határértékhez. Ugyanakkor az is kiugró, hogy a 9. évfolyamon magasabb a depressziós serdülők aránya a kérdőívek alapján.

	értékelhető létszám	depressziósok létszáma	osztályonkénti depressziós serdülők
8. osztály	20 fő	5 fő	25%
9. osztály	17 fő	10 fő	59%
10. osztály	11 fő	4 fő	36%
Összesen	48 fő	19 fő	39,60%

9. Táblázat: Az értékelhető létszám alapján depressziósnak minősülő serdülők száma és aránya

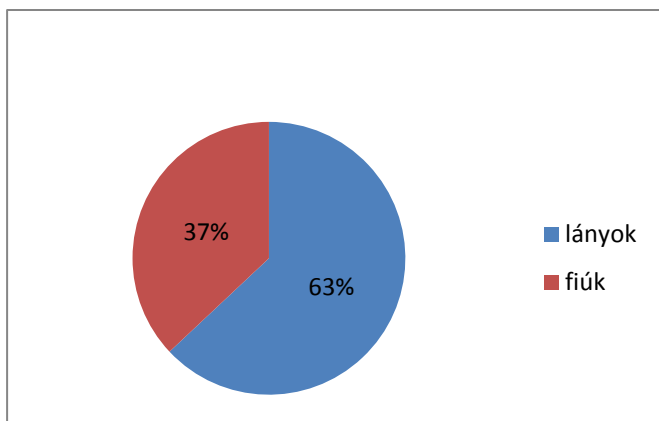


13. Diagram: A depressziós kamaszok százalékos aránya osztályonként

2. Összességében több lány, mint fiú töltötte ki a kérdőíveket. Az értékelhető ívek alapján a következő táblázatban érzékeltetném a nemek megoszlását.

	lány	fiú	lány%	fiú%
8. osztály	9 fő	11 fő	45%	55%
9. osztály	13 fő	4 fő	76%	24%
10. osztály	8 fő	3 fő	73%	27%
összesen	30 fő	18 fő	63%	37%

10. Táblázat: A kérdőívet kitöltött serdülők nemek szerinti megoszlása és százalékos aránya

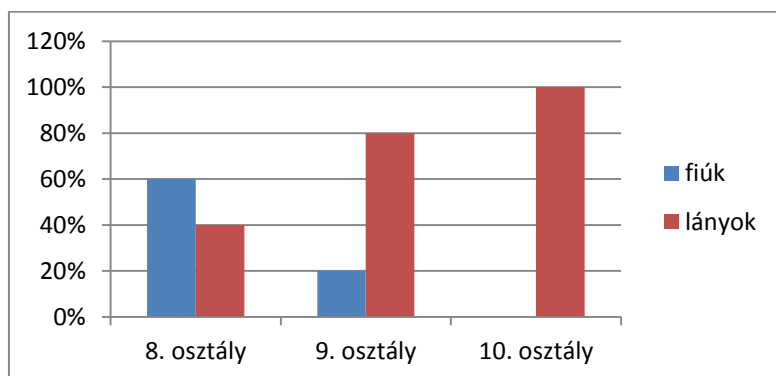


14. Diagram: A kérdőívet kitöltött kamaszok nemek szerinti megoszlása százalékos arányban

A következő táblázatban és diagramon pedig a kérdőívet kitöltött depressziós lányok és fiúk létszámát és százalékos arányát érzékeltetném. Az első táblázatban osztályonként figyelhető meg a depressziós lányok és fiúk megoszlása. A diagramon pedig az osztályonkénti százalékos arány. Pontosabban, hogy az egy évfolyamon lévő depressziós serdülők közül mennyi a lány illetve a fiú. Összességében pedig, a mintám szerint, 39,6%-a a kamasz fiataloknak depressziós.

	lány	fiú
8. osztály	2 fő	3 fő
9. osztály	8 fő	2 fő
10. osztály	4 fő	0 fő
Összesen	14 fő	5 fő

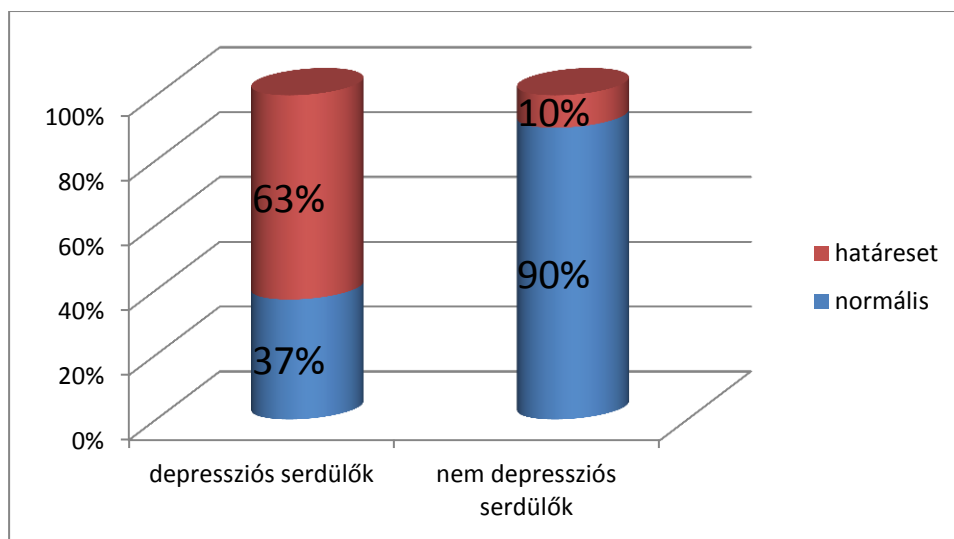
11. Táblázat: A depressziós serdülők nemek szerinti megoszlása



15. Diagram: A depressziós kamaszok nemek szerinti százalékos megoszlása

A hipotézisemet igazolja a fenti táblázat. Ebből kitűnik, hogy majdnem háromszor annyi lány minősül depressziósnak, mint fiú. Igaz, majdnem duplája a kérdőívet kitöltött lányok létszáma, azonban úgy vélem, kitűnik, hogy ez a magas és kiugró szám a lányok esetében nem természetes. Valószínűnek tartom, hogy nagyobb minta esetén is előnyt élveznének a lányok ezzel a felvetéssel kapcsolatban.

3. A hipotézis beigazolódott. A pedagógusok és a szülők nem ismerik fel időben a depresszió tüneteit a gyermeknél. Ebből adódik az is, hogy a gyermeket ért stresszteli életeseményekkel sincsenek tisztában. A vizsgálatom során az SDQ kérdőívet alkalmaztam. Az öt faktor közül az érzelmi tüneteket vizsgáltam ennél a felvetésnél.



16.Diagram: Az érzelmi tünetek faktor százalékos aránya a depressziós és a nem depressziós serdülők körében

A depressziós serdülők **100%**-a magasabb pontozást adott magának az érzelmi tünetek faktort illetően.

A következő adat elszomorító. Ugyanis a depressziós serdülőket csupán **5 szülő és 3 pedagógus** sorolta a határeset kategóriába ugyanezt a faktort illetően.

A nem depressziós kamaszok helyzete sem mutat mérvadó eltérést a az érzelmi tüneteket illetően. Ebben az esetben **76%-a** a kamaszoknak magasabb pontszámot adott magának, **21%** esetében volt egyezés a szülővel vagy a pedagógussal, és **3%** esetében volt alacsonyabb a pontszám.

Világosan látszik, hogy akár depressziós, akár nem depressziós serdülőről beszélünk, a három szereplő közül a kamaszok mindkét esetben magasabb pontozást adtak maguknak az érzelmi faktort illetően.

4. A viselkedésbeli problémákat tekintve a szülők és a pedagógusok mindkét serdülőcsoport esetében sokkal magasabb pontozást értek el. Ebből az következik, hogy a hipotézisem beigazolódott.

Az eredményeim alapján mind a szülők, mind pedig a pedagógusok úgy vélik, hogy a serdülőkkel főként viselkedésbeli problémák vannak.

Viselkedésbeli problémák		
depressziós serdülők	szülő	pedagógus
15%	53%	32%

12. Táblázat: A viselkedésbeli problémák faktor százalékos eredménye a három érintettnél, a depressziós serdülőcsoportot illetően

Viselkedésbeli problémák		
nem depressziós serdülők	szülő	pedagógus
17%	28%	55%

13. Táblázat: A viselkedésbeli problémák faktor százalékos eredménye a három érintett esetében, a nem depressziós serdülőcsoportot illetően

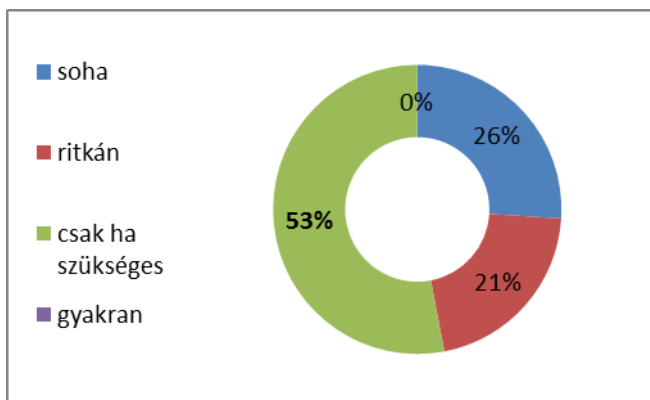
Mindenképp megemlítendő, hogy akár depressziós, akár nem depressziós serdülőről beszélünk, a szülők és a pedagógusok, ezt a faktort kritikus pontnak tekintik. Sokkal inkább érzik az ilyen jellegű problémákat gondnak, mint az érzelmi területen jelentkező problémákat.

Érdekes eredmény, hogy a depressziós és nem depressziós serdülők szinte hasonló arányban vélekednek erről a faktorról. 2% eltérés mutatkozik a serdülőcsoportok között, mely szintén arra utal, hogy a serdülő nem a viselkedését és a magatartását érzi kritikusnak.

Én is azt gondolom, hogy sok esetben a viselkedésbeli probléma már egyfajta reakció és vészkiáltás a serdülő részéről. A magatartásbeli gondok bizonyos esetekben már az érzelmi tünetek okozata. Sokszor az észre nem vett érzelmi hullámok eredménye.

Mindenképpen nagyobb hangsúlyt, figyelmet és türelmet kellene fordítani a serdülők és a gyermekek mentális egészségére.

5. Az a felvetésem, miszerint a depressziós kamaszok szülei nem megfelelően tartják a kapcsolatot a gyermekeiket tanító pedagógusokkal beigazolódott. A 19 depressziós serdülő szüleinek 53%-a csak akkor beszél a pedagógussal, ha ez szükséges. Úgy vélem, a nem megfelelő kommunikáció és annak részbeni vagy teljes hiánya szintén aggodalomra adhat okot. Ugyanis, időben kell a problémára fényt deríteni és nagyon fontos lenne az optimális szülő és tanár viszony kialakítása. Ugyanis a serdülő adhat kisebb jeleket vagy a folyamatos kapcsolattartás során könnyebb lehet a probléma felismerése. A különböző változások tisztázása is fontos szülő és pedagógus között. Sokszor előfordul, hogy a kamasz viselkedését a tanárai abszolút nem tolerálják, nem próbálják megoldani, hiszen nem is sejtik, min mehet keresztül a serdülő. Így pedig csak egymás életét nehezíti meg a szülő, a pedagógus és a problémás érzelmi állapottal küzdő kamasz. Fontos a világos és nyílt kommunikáció. Amennyire csak lehet. Törekedni kellene rá. Az alábbi diagramon tehát, a szülők és a pedagógusok közötti kapcsolattartás gyakoriságát figyelhetjük meg.

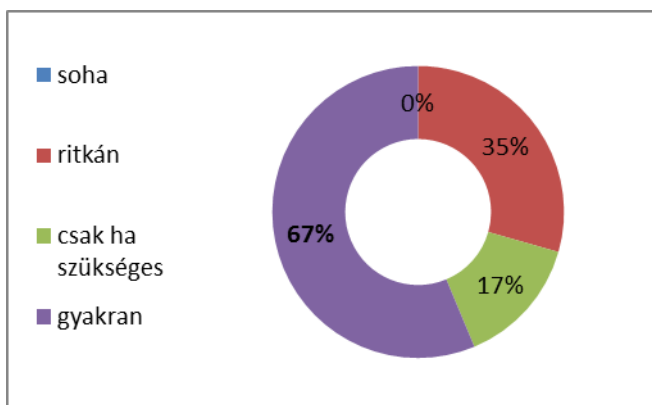


17. Diagram: A szülők és a pedagógusok közötti kapcsolattartás gyakorisága százalékban kifejezve

Ahogy a diagramon is látszik, a legtöbb szülő akkor veszi fel a kapcsolatot a tanárral, ha az szükséges. Azonban nem szabad elfelejteni és ez szolgáljon egyfajta tanulságul, hogy akkor már lehet késő és nehezebben vagy egyáltalán nem lehet visszafordítani a folyamatot. A táblázatból is látszik, hogy a depressziós serdülők szüleinek 53%-a, több mint a fele, szintén akkor fordul a tanárhoz, ha ez szükséges. Nincs meg az összhang a felnőttek között.

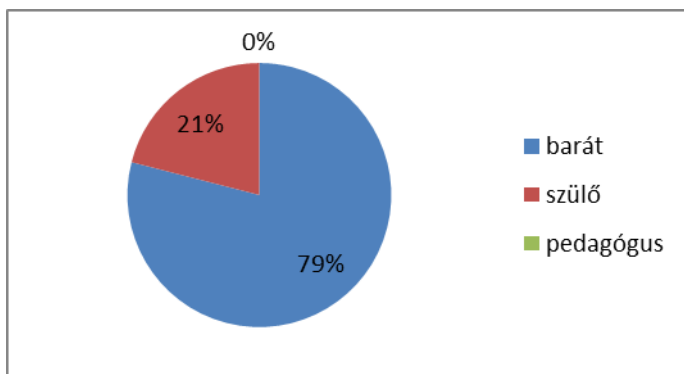
Az eredmények a nem depressziós serdülők esetében azonban teljesen más eredményeket mutat. A szülők 60%-a azt vallja, hogy gyakran tartja a kapcsolatot a gyermeke pedagógusaival. 35%-uk ritkán és csupán 17%-a a szülőknek vallotta azt, hogy csak akkor megy el az iskolába vagy veszi fel a telefont, ha ez mindenképpen szükséges. Olyan szülő nincs, aki egyáltalán nem beszél a gyermeke tanáraival. Ezek a számok mindenképpen óriási eredmények. Főként, ha a két diagramot összehasonlítjuk. Mindenképpen elmondható, hogy a mentálisan instabil serdülők esetében a szülő nem igazán tartja a kapcsolatot a gyermekét nevelő pedagógusokkal.

Ez probléma, hiszen a problémát együtt könnyebb orvosolni, ha pedig a gyermekkel van gond, mindkét felnőtt jelenléte és kapcsolattartása elengedhetetlen.

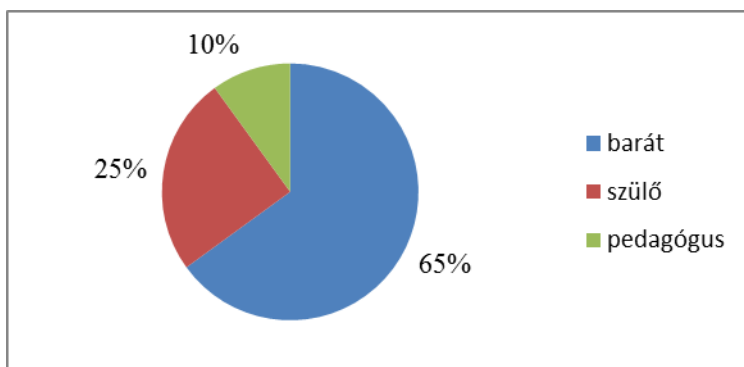


18. Diagram: A szülők és a pedagógusok közötti kapcsolattartás gyakorisága százalékban kifejezve a nem depressziós gyermekek esetében

Említést tennék ebben a vonatkozásban arra, hogy mennyire bizalmatlanul fordulnak a fiatalok a felnőttekhez, ha gond van. Az alábbi eredmények azt mutatják meg, hogy a fiatalok, kikkel osztják meg az érzelmi problémáikat. Azért tartom fontosnak említést tenni erről, mert a kapcsolattartás és a kommunikáció elengedhetetlen akár a gyermek, akár a szülő, akár pedig a pedagógus részéről.



19. Diagram: A kamasz depressziósok probléma megosztásának százalékos megoszlása a fenti személyeket illetően



20. Diagram: A nem depressziós serdülők probléma megosztásának aránya a fenti személyeket illetően

16. Összegzés

A dolgozatom mintáját két különböző típusú oktatási intézmény, egy általános iskola és egy gimnázium falai között vettem fel. Minden évfolyamon két osztályba vittem kérdőíveket. A létszám elegendő lett volna, ha minden szülő beleegyezik abba, hogy a gyermeke is részt vehessen ebben a felmérésben. Az értékelhető mintám végül 48 főre esett.

Csekély együttműködést véltem felfedezni az oktatási intézmények pedagógusaival. Sajnos nagyon elutasítóak és nehezen megközelíthetők.

A 48 főből a CDI (Kovács,1992) hosszú változatát alkalmazva 19 serdülőt szűrtem ki, akik elérték a depressziós határvonalat. Az ő esetükben a negatív életesemények óriási mértékben és gyakrabban fordulnak elő. Bizonyos fiataloknál akár egyszerre több stresszteli életeseménnyel is

meg kell küzdeni, legyen szó akár családon belül történt problémákról vagy éppen a közösségben, iskolai csoportokon belül lezajlott problémás helyzetekről.

Az eredmények világosan rámutatnak arra a problémára, hogy a szakdolgozatom három kulcs szereplője, mennyire elsiklik egymás mellett. Ebben a Gyermek Nehézségek és Képességek Kérdőív (SDQ, Goodman, 1997) volt a segítségemre.

Az SDQ (Goodman, 1997) során a szülők és a tanárok által formált vélemények és a serdülők által adott válaszok között több különbség is felmerült. A felnőtt kitöltők jórészt a viselkedésproblémák, a hiperaktivitás és a kortárskapcsolatok nehézségei faktorok esetében sokkal inkább gondolták a kamaszokat problémásnak, mint a kamaszok maguk. A serdülők esetében viszont az érzelmi tünetek kapták a nagyobb hangsúlyt. Ebből is látszik, hogy a fiatalok nagyon mély érzelmi és hangulati hullámvasúton mennek keresztül, mellyel sokszor a felnőttek sincsenek tisztában.

Érdekes eredmény volt számomra, hogy a pedagógusok 63%-a enyhe depresszióban szenved a felmért kérdőívek alapján. 17%-uk esetében pedig már a közepes kategória figyelhető meg. Ezzel párhuzamosan az SWLS (Diener, 1985) kérdőív alapján kapott eredmények is meglepő adatokkal szolgáltak. Ugyanis 67%-a a tanároknak enyhén elégedetlen az életével. Ez nem jó hír, hiszen ennek függvényében, hogy várjuk el, hogy gyermekeink teljes értékű felnőtt példaképei közé sorolhassuk őket. Valószínűleg kihat a tanárok munkájára a saját érzelmi hangulatuk, amely ha ezt a százalékot mutatja, nem éppen a pozitív és bizakodó irányt követi.

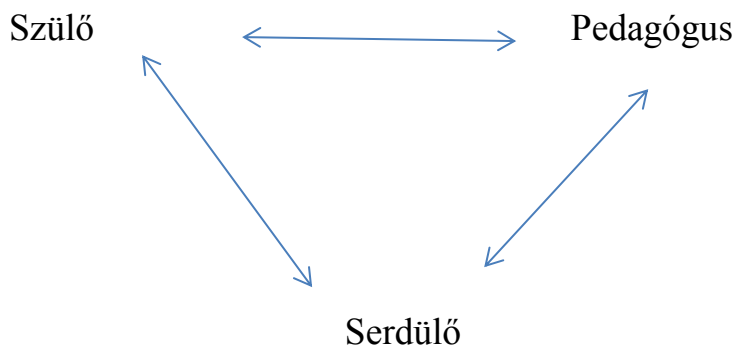
17. Következtetések

Én főként azt a következtetést vontam le, hogy mindenképpen fontos és célszerű dolog lenne egyfajta megfelelő kapcsolati háló kialakítása a gyerek, a szülő és a tanár között.

Sok esetben a félreértések oka lehet az, hogy nincs idő, türelem a gyermek problémáinak meghallgatására.

Óriási gond, hogy a szülő és a pedagógus nincs tisztában a gyermek érzelmi állapotával. Lényegében nem veszik észre a depressziós tüneteket és ebből kifolyólag azt sem, ha negatív, stresszteli életesemény éri a fiatalt.

Mindenképp lényeges lenne egy megfelelő kapcsolati háló kialakítása az érintett felek között.



Úgy vélem, míg ez nem tud megvalósulni minél sikeresebben, mindig is lesznek nézetbeli eltérések, ahogy ez az SDQ (Goodman, 1997) esetében is megfigyelhető volt. A serdülő az érzelmi tünetek területén érzi súlyosabbnak a dolgokat, míg lehet a szülő és a pedagógus észre sem veszi vagy csak bizonyos mértékben azt, hogy valami hangulati érzelmi zavara van a kamasznak.

Ahogy az eredményeimből kiderül, sajnos az egész mintát tekintve, a serdülők a problémáikat elsősorban nem a felnőttekkel osztják meg. Nem gondolom, hogy ez ebben a korban ennyire egyértelműen természetes és nem szabad, hogy mi szociálpedagógusok is csak oly nyugodtan elsétáljunk e probléma mellett. Természetesen életkori sajátosság, hogy keresik a társaik, barátaik társaságát, talán még kellemetlen helyzetben is érzik magukat a felnőttekkel. Mégis azt gondolom, hogy létezik egy egészséges szülő-kamasz kommunikációs kapcsolat, amely megvalósítható. Ugyanígy a szülő és a tanár között is és a fiatal és pedagógusai között is. Biztos nagyobb odafigyelést és összhangot igényel. Én akkor is azt gondolom, észre kell venni a gyerek rezgéseit, alkalmat kell biztosítani a megfelelő érzelmi kinyilatkoztatásoknak.

Segíteni kell a serdülőknek, hogy érezzék a korlátokat, de ugyanakkor nyugodt bizalommal is tudjanak fordulni akár a szülő, akár a pedagógus felé. Persze egy kulcskérdés lehet, hogy a kamaszra ebben az életkorban, milyen mértékben lehet hatást gyakorolni. Én úgy látom, és azt tapasztalom, hogy lehet fogadtatja az erőfeszítéseknek. Olykor csak egy könnyen alkalmazható kérdőívre lenne csupán szükség.

18. Felhasznált Irodalom

Könyvek:

Atkinson, Hilgard, Smith EE, Nolen-Hoeksema S, Fridrickson BL, Loftus GR. (2005): Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (2001): A depresszió kognitív terápiája. Animula Kiadó, Budapest.

Csépe A. (szerk. 2007): Összefogás a depresszió ellen. Kézikönyv a segítő foglalkozásúak számára. Semmelweis Kiadó, Budapest.

Faludi G. (1988): A szorongás mai szemmel. Artunion/Széchenyi Könyvkiadó, Budapest.

Grün A. (2009): Kiút a depresszióból. Jel Egyházi Könyvkiadó Bt., Budapest.

Kaufman M. (2003): Hogyan segítsünk depressziós kamasz gyermekünknek? Hajja és Fiai Könyvkiadó Kft., Budapest.

Kozma T, Tomasz G. (szerk. 2000): Szociálpedagógia szöveggyűjtemény. Osiris Kiadó-Educatio Kiadó, Budapest.

Kulcsár É. (2004): A serdülőkori fejlődés pszichológiai jellemzői. Trefort Kiadó, Budapest.

Kulcsár É. (2005): A serdülőkori fejlődés pszichológiai jellemzői. Trefort Kiadó, Budapest.

Murányi-Kovács E. (1980): A serdülőkor (10-16. év). Kossuth Könyvkiadó, Budapest.

Murányi-Kovács E, Kabainé Huszka A. (1988): A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája. Tankönyvkiadó, Budapest.

Ranschburg J. (1998): Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Ranschburg J. (2004): Gepárd-Kölykök. Urbis Könyvkiadó, Budapest.

Ranschburg J. (2010): A mélységből kiáltok. Saxum Kiadó, Budapest.

Pikó B. (szerk. 2010): Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Popper P, Rihmer Z, Tringer L. (2004): Rosszkedv, szomorúság, depresszió. Saxum Kiadó, Budapest.

Szendi G. (2005): Depresszióipar. Sík Kiadó, Budapest.

Vekerdy T. (2002): Kamaszkor Körül. Holnap Kiadó, Budapest.

Folyóiratok:

Turi E. - Tóth I. - Gervai J. (2011): A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülő körében. Psychiatria Hungarica, (26. évf.), 6. sz., 415-426.

Turi E. , Gervai J. , Aspan N. , Halász J. , Nagy P. , Gádos J. (2013): A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban, Psychiatria Hungarica, (23. évf.), 2. sz. , 165-179.

Paksi B., Schmidt A. (2006) : Pedagógusok mentálhigiénés állapota. Különös tekintettel az iskolai érték átadást, egészségfejlesztést és problémakezelést befolyásoló dimenziókra. Új Pedagógiai Szemle, (56. évf.), 6. sz. , 48-65.

Volentics A. (2005): A depresszió előtűnetei gyermek- és serdülőkorban. Fejlesztő Pedagógia, (16. évf.), 5-6 sz. , 9-11.

Internetes oldalak:

Csorba J. (2003): A gyermek – serdülőkori depresszió és kezelése. Semmelweis Egyetem, Budapest. <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/V/4/272.htm> (letöltve: 2013. január. 01.)

Gádos J. (1996): Depresszió és szorongásos zavarok gyermek- és serdülőkorban. Vadaskert Kórház és Szakambulancia, Budapest. <http://sunrise.sote.hu/htsz/gados.htm> (letöltve: 2013. január. 04.)

Mayer L. (2008): A stresszteli életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálata populációs és klinikai mintán. Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest.
http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/mayerlaszlo.d.pdf (letöltve: 2013. január 04.)

Rostás R. (2010): Stressz és iskola (konferencia a Parlamentben).
http://epa.oszk.hu/00000/00035/00141/pdf/EPA00035_upsz_2010_5_92-103.pdf (letöltve: 2013. szeptember 20.)

Vetró Á. (2010): Depresszió és kezelése gyermek- és serdülőkorban.
http://www.medicalonline.hu/szerzo.php?w_id=2567 (letöltve: 2013. szeptember 24.)

Melléklet

He = Határeset

N = Normális

R = Rendellenes

	Serdülő	Szülő	Pedagógus
1.	N	N	N
2.	N	N	He
3.	N	N	He
4.	He	He	He
5.	He	N	N
6.	N	N	N
7.	N	N	N
8.	N	N	N
9.	N	N	N
10.	N	N	N
11.	N	N	N
12.	N	N	N
13.	N	N	N
14.	N	N	N
15.	N	N	N
16.	N	N	N
17.	He	N	N
18.	N	N	N
19.	N	N	N
20.	N	N	N
21.	N	N	N
22.	N	N	N
23.	N	N	N
24.	N	N	N
25.	N	N	N
26.	N	N	N
27.	N	N	N
28.	N	N	N
29.	N	N	N

	Serdülő	Szülő	Pedagógus
1.	N	N	N
2.	N	N	N
3.	N	N	N
4.	N	N	N
5.	N	N	N
6.	N	N	N
7.	N	N	N
8.	N	N	N
9.	N	N	N
10.	N	N	N
11.	N	N	N
12.	N	N	N
13.	N	N	N
14.	N	N	N
15.	N	N	N
16.	N	N	N
17.	N	N	N
18.	N	N	N
19.	N	N	N
20.	N	N	N
21.	N	N	N
22.	N	N	N
23.	N	N	N
24.	N	N	N
25.	N	N	N
26.	N	N	N
27.	N	N	N
28.	N	N	N
29.	N	N	N

Az SDQ (Gyermek Nehézségek és Képességek Kérdőív) összesített pontszám eredményei a nemdepressziós serdülők esetében

Az SDQ (Gyermek Nehézségek és Képességek Kérdőív) proszociális magatartás eredményei a nem depressziós serdülők esetében

He = Határeset

N = Normális

R = Rendellenes

	Serdülő	Szülő	Pedagógus
1.	He	N	N
2.	N	N	N
3.	He	N	N
4.	He	He	N
5.	N	He	He
6.	He	N	He
7.	N	He	He
8.	N	He	He
9.	N	N	N
10.	N	N	N
11.	He	R	R
12.	N	He	He
13.	N	N	N
14.	N	N	N
15.	N	N	N
16.	He	He	He
17.	N	He	He
18.	He	N	N
19.	N	N	N

Az SDQ (Gyermekek Nehézségei és Képességei Kérdőív) összesített pontszám eredményei a depressziós serdülők esetében

	Serdülő	Szülő	Pedagógus
1.	N	He	N
2.	N	N	N
3.	N	N	He
4.	He	N	N
5.	N	He	He
6.	N	N	N
7.	N	N	N
8.	N	N	N
9.	N	N	N
10.	N	N	N
11.	He	He	He
12.	He	He	He
13.	N	N	N
14.	N	N	N
15.	N	N	N
16.	He	He	He
17.	N	N	N
18.	N	N	N
19.	N	N	N

Az SDQ (Gyermekek Nehézségei és Képességei Kérdőív) proszociális magatartás pontszámok a depressziós serdülők esetében

A depressziós serdülők
esetében kapott részletes
eredmények faktorokra
lebontva

	y		
	5	5	4
	6	2	3
	3	3	2
	4	3	2
	6	6	7
	2	2	2
	3	2	2
	2	3	2
	2	3	2
	7	7	7
I.	2	3	3
	6	2	3
	4	2	2
	6	2	2
	6	7	5
7.	3	5	4
	6	3	2
	4	3	2
	3	3	2
	5	6	6
	2	3	2
	5	2	2
	2	5	4
	2	4	4
	6	5	5
I.	4	2	4
	6	3	3
	3	2	4
	3	3	3
	6	6	5
II.	2	4	5
	4	2	3
	2	4	4
	2	4	2
	6	7	7
III.	3	5	4
	5	3	2
	2	5	4
	2	2	4
	6	6	6

A nem depressziós serdülők
esetében kapott részletes
eredmények faktorokra
lebontva

	y		
	2	2	2
	3	2	3
	2	3	2
	2	3	3
	6	6	6
	2	3	4
	4	2	2
	2	2	4
	2	2	3
	6	7	7
I.	3	3	3
	5	2	2
	2	4	5
	3	2	2
	6	7	7
7.	3	2	2
	6	4	3
	3	5	5
	3	3	3
	7	6	6
	3	2	3
	6	3	2
	4	2	3
	4	3	2
	6	6	6
I.	3	2	3
	4	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	8	7	6
II.	2	3	2
	6	3	2
	2	2	3
	2	2	3
	6	6	7
III.	2	3	2
	5	2	3
	3	4	4
	2	2	2
	8	7	7

I-XIX=a depressziós serdülők száma

I-XXIX=a nem depressziós serdülők száma

1-5: a faktorok (hiperaktivitás, érzelmi tünetek, viselkedésszabályozási problémák, kortárskapcsolat nehézségei, proszociális magatartás)

Gy=serdülők (gyerekek)

Sz=szülők

P=pedagógusok

A faktorok esetében a dolgozatban megjelölt táblázat pontszámítási rendszere szerint jártam el. Az első négy faktort egyben, az ötödiket külön tüntettem fel az előző oldal táblázataiban.

I.	3	2	2
	4	2	3
	3	2	2
	2	2	2
	6	6	7
	2	2	2
	6	3	2
	2	3	2
	3	4	2
	7	6	6
I.	5	6	5
	7	4	4
	2	5	4
	2	2	4
	5	5	5
II.	2	4	3
	5	3	3
	2	4	3
	2	3	3
	5	5	5
III.	2	2	2
	3	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	6	7	7
IV.	3	3	2
	6	4	2
	2	3	2
	2	2	2
	7	7	7
V.	3	2	2
	7	2	2
	3	4	3
	2	2	3
	6	7	7
VI.	4	4	3
	7	2	4
	4	4	3
	2	4	3
	5	5	5
VII.	3	4	3
	4	2	4
	2	4	4

I.	3	2	3
	3	3	2
	3	4	4
	3	2	2
	8	7	6
	2	2	2
	3	2	2
	3	2	2
	2	2	3
	7	7	7
I.	3	3	3
	4	3	3
	2	2	3
	2	2	2
	7	7	7
II.	2	2	2
	4	2	2
	2	3	3
	2	3	3
	6	6	6
III.	2	2	2
	6	3	2
	2	4	4
	2	2	2
	6	6	6
IV.	2	2	2
	3	2	2
	3	2	3
	2	2	2
	7	6	6
V.	3	3	3
	6	3	2
	2	2	2
	2	2	2
	6	6	7
VI.	2	2	3
	2	2	2
	3	2	3
	4	2	2
	7	6	7
VII.	3	3	3
	6	3	3
	3	3	2

	2	4	3
	6	6	6
VIII.	4	3	2
	6	2	2
	3	2	2
	3	2	2
	8	7	6
IX.	2	2	2
	3	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	7	8	8

	4	2	2
	6	6	6
VIII.	2	2	2
	5	2	2
	2	4	4
	2	2	3
	7	6	6
IX.	3	2	2
	3	2	3
	3	3	2
	3	3	3
	7	6	6
X.	3	2	2
	4	2	2
	2	2	4
	2	2	2
	6	6	6
XI.	2	2	2
	4	2	2
	2	2	2
	2	2	2
	7	8	8
XII.	3	2	2
	2	2	2
	3	3	4
	2	3	2
	8	6	7
XIII.	3	2	3
	3	2	2
	3	3	3
	3	2	2
	7	6	6
XIV.	3	3	3
	3	3	2
	3	3	3
	2	3	3
	7	6	6
XV.	2	2	2
	6	2	2
	2	3	3
	2	2	2
	7	7	7
XVI.	2	2	2

	2	2	2
	2	3	2
	2	2	2
	8	8	8
XVII.	2	3	2
	5	2	2
	2	2	3
	2	3	3
	7	6	7
XVIII.	3	3	2
	3	2	2
	3	4	4
	3	2	3
	6	7	7
XIX.	2	2	2
	5	3	2
	2	2	3
	2	2	2
	7	6	7

Gyermek Depresszió Kérdőív (CDI)

Név: _____

Dátum: _____

Kitöltési útmutató

A gyermeknek olykor különböző érzelmi és gondolati támadnak. A következőkben ilyen érzések és gondolatok csoportjait fogod olvasni. Mindegyik csoportból válaszd ki azt az egy mondatot, amely rád az utóbbi időben leginkább illet. Miután kiválasztottad azt az egy mondatot, csak azután térj rá a következő csoportra.

Nincsen jó vagy rossz válasz. Feladatod csak az, hogy, hogy válaszd ki azt az egy mondatot, amely legjobban jellemzi az érzéseidet az elmúlt 2 hétben. Karikázd be a kiválasztott állítás számjelét.

1. 0. Nem vagyok szomorú. 1. Gyakran vagyok szomorú. 2. Mindig szomorú vagyok.	15. 0. Mindig noszogatni kell magam arra, hogy a házi feladatot megcsináljam. 1. Gyakran kell noszogatni magam arra, hogy a házi feladatot megcsináljam. 2. A házi feladat elkészítése nem jelent gondot.
2. 0. Nekem semmi sem sikerül. 1. Sosem vagyok biztos abban, hogy a dolgom hogyan sikerül. 2. Amit csinállok, az jól sikerül.	16. 0. Mindig rosszul alszom. 1. Gyakran alszom rosszul. 2. Elég jól alszom.
3. 0. Mindent jól csinállok. 1. Sok mindent rosszul csinállok. 2. Mindent rosszul csinállok.	17. 0. Csak néha érzem magam fáradtnak. 1. Gyakran érzem magam fáradtnak. 2. Mindig fáradtnak érzem magam.
4. 0. Sok mindenben örömmel lelem. 1. Csak néhány dologban lelem örömet. 2. Semmi sem szerez örömet nekem.	18. 0. Csaknem mindig étvágytalan vagyok. 1. Gyakran vagyok étvágytalan. 2. Elég jó az étvágyam.
5. 0. Mindig rossz vagyok. 1. Gyakran viselkedem rosszul. 2. Néha rossz a magaviseletem.	19. 0. Nem gondolom, hogy valami komoly bajom van. 1. Gyakran tartok tőle, hogy valami komoly bajom van. 2. Tartok tőle, hogy valami komoly bajom van.
6. 0. Néha azt gondolom, hogy valami rossz dolog történik majd velem. 1. Aggódok, hogy valami rossz dolog történik majd velem. 2. Biztos vagyok benne, hogy valami rossz dolog történik majd velem.	20. 0. Nem érzem magam magányosnak. 1. Gyakran magányosnak érzem magam. 2. Mindig magányosnak érzem magam.
7. 0. Gyűlölöm magam. 1. Nem szeretem magam. 2. Elégedett vagyok magammal.	21. 0. Az iskolában sosem jó kedvem. 1. Néha van csak jó kedvem az iskolában. 2. Gyakran vagyok jó kedvű az iskolában.
8. 0. Minden, ami rossz, az én hibám. 1. Sok minden, ami rossz, az én hibám. 2. Ami rossz, az általában az én hibám.	22. 0. Sok barátom (barátnőm) van. 1. Van néhány barátom(nőm) de többet szeretnék. 2. Nincs egyetlen barátom sem.
9. 0. Nem gondolok arra, hogy megöljem magam. 1. Gondoltam rá, hogy megöljem magam, de nem tenném. 2. A legszívesebben megölném magam.	23. 0. A tanulás rendben megy. 1. Nem tanulok olyan jól, mint azelőtt. 2. Sokat rontottam azokban a tantárgyakban is, amelyekből azelőtt jó voltam.
10. 0. Mindig sírhatnék van. 1. Gyakran van sírhatnék. 2. Néha van csak sírhatnék.	24. 0. Sose tudok olyan jó lenni, mint más gyerek. 1. Ha akarom, tudok olyan jó lenni, mint a többi gyerek. 2. Eppen olyan jó vagyok, mint más gyerek.
11. 0. Mindig felbosszant valami. 1. Gyakran felbosszantanak. 2. Csak néha vagyok bosszús.	25. 0. Engem senki sem szeret igazán. 1. Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán. 2. Biztosan van, aki szeret engem.
12. 0. Szeretem mások társaságát. 1. Gyakran nem kívánom a mások társaságát. 2. Egyáltalán nem kívánom a mások társaságát.	26. 0. Általában megcsinálom azt, amit mondanak. 1. Sokszor nem csinálom azt, amit mondanak. 2. Sosem csinálom meg azt, amit mondanak.
13. 0. Képtelen vagyok bármiben is dönteni. 1. Nehezen tudok valamiben dönteni. 2. Nem esik nehezemre dönteni.	27. 0. Jól kijövök a többiekkel. 1. Gyakran összeveszek másokkal. 2. Szinte mindig veszekszem valakivel.
14. 0. A külsőmmel elégedett vagyok. 1. Sok minden zavar a külsőmben. 2. Csúnya vagyok.	

Elért pontszám: ____

Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ-Magy)

S 11-17

Mindegyik állítás esetében arra kérünk, jelöld meg, mennyire igaz Rád: "Nem igaz", "Valamennyire igaz" vagy "Határozottan igaz". Kérünk, hogy a lehető legpontosabban válaszold meg a kérdéseket, akkor is, ha nem vagy teljesen biztos a válaszban, vagy a kérdés ostobának tűnik! Kérünk, hogy a kérdőívet az elmúlt 6 hónap alapján töltsd ki.

Neved:

Fiú / lány

Születési idő:

	Nem igaz	Valamennyire igaz	Határozottan igaz
Próbálok kedves lenni másokhoz. Törődöm az érzéseikkel	☐	☐	☐
Nyughatatlan vagyok, nem tudok sokáig nyugton maradni	☐	☐	☐
Sokszor fáj a fejem, a hasam vagy hányingerem van	☐	☐	☐
Általában megosztom másokkal (ételen, játékon, tollakon, stb.)	☐	☐	☐
Nagyon mérges tudok lenni és gyakran dühbe gurulok	☐	☐	☐
Többnyire egyedül vagyok. Általában elvonulok, egyedül játszom	☐	☐	☐
Rendszerint azt teszem, amit mondanak	☐	☐	☐
Sokat aggódok	☐	☐	☐
Segítek, ha valakit bántottak, feldúlt vagy beteg	☐	☐	☐
Állandóan izgek-mozgok, feszkelődöm	☐	☐	☐
Van egy vagy több jó barátom	☐	☐	☐
Sokszor verekszem. Másokra tudom kényszeríteni az akaratomat	☐	☐	☐
Gyakran boldogtalan, lehangolt vagyok vagy sírok	☐	☐	☐
Kortársaim általában kedvelnek	☐	☐	☐
Könnyen elterelődik a figyelmem, nehezemre esik koncentrálni	☐	☐	☐
Új helyzetekben feszült vagyok, könnyen bizonytalanná válok	☐	☐	☐
Kisebb gyerekekhez kedves vagyok	☐	☐	☐
Gyakran hazugsággal vagy csalással vádolnak	☐	☐	☐
A többi gyerek vagy fiatal gyakran fenyeget, belém köt	☐	☐	☐
Sokszor segítek önként is (szülőknak, tanároknak, gyerekeknek)	☐	☐	☐
Végiggondolom a dolgokat, mielőtt cselekedni kezdek	☐	☐	☐
Elveszem mások holmiját otthon, az iskolában vagy máshol	☐	☐	☐
Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel	☐	☐	☐
Sok mindentől félek, könnyen megijedek	☐	☐	☐
Befejezem a munkát, amit csinálok. Kitartó a figyelmem	☐	☐	☐

Megjegyzés vagy egyéb aggodalom?

Kérünk, fordíts, a túloldalon további kérdéseket találsz

Összességében gondolod-e, hogy nehézségeid vannak a felsorolt területek egyikén vagy akár több téren is: érzelmek, koncentráció, viselkedés vagy más emberekkel való érintkezés?

Nem	Igen- kisebb nehézségek	Igen- határozott nehézségek	Igen- súlyos nehézségek
☐	☐	☐	☐

Ha a válaszdod „Igen” volt, akkor kérjük, válaszolj e nehézségekkel kapcsolatos alábbi kérdésekre is:

- Mióta vannak ezek a nehézségek?

Kevesebb, mint egy hónapja	1-5 hónapja	6-12 hónapja	Több, mint egy éve
☐	☐	☐	☐

- Nyugtalanítanak-e vagy kínoznak-e ezek a nehézségek?

Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
☐	☐	☐	☐

- Gátolják-e ezek a nehézségek mindennapi életviteledet az alábbi területeken?

	Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
CSALÁDI ÉLET	☐	☐	☐	☐
BARÁTSÁGOK	☐	☐	☐	☐
ISKOLAI TANULÁS	☐	☐	☐	☐
SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉGEK	☐	☐	☐	☐

- Megterhelik-e ezek a nehézségek a környezetben élőket (család, barátok, tanárok, stb.)?

Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
☐	☐	☐	☐

Aláírásod

Dátum

Közreműködésedet nagyon köszönjük

Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ) + hatás-felmérés 3–4 és 4–16 évesek, szülői/tanári kitöltés*

Mindegyik állítás esetében arra kérjük, hogy jelölje meg, mennyire igaz az a gyermekére/tanulójára. Három lehetőség van: „Nem igaz”, „Valamennyire igaz” vagy „Határozottan igaz”. Kérjük, a lehető legpontosabban válaszoljon, akkor is, ha nem teljesen biztos a válaszában, vagy az állítás ostobának tűnik. Kérjük, hogy a kérdőívet az elmúlt 6 hónap vagy az ideai iskolaév tapasztalata alapján töltsse ki.

A gyermek neve:

Fiú / lány

Született:

	Nem igaz	Valamennyire igaz	Határozottan igaz
1. Mások érzeit figyelembe veszi	☐	☐	☐
2. Nyughatatlan, túlságosan mozgékony, nem tud sokáig nyugton maradni	☐	☐	☐
3. Gyakran fáj a feje, a hasa, van hányingere	☐	☐	☐
4. Szívesen megoszt dolgokat más gyerekekkel (nyalánkságot, játékot, ceruzát stb.)	☐	☐	☐
5. Gyakran hisztizik, könnyen dühbe gurul	☐	☐	☐
6. Többnyire elvonul, inkább egyedül játszik	☐	☐	☐
7. Rendszerint szófogadó, teljesíti, amit a felnőttek kérnek	☐	☐	☐
8. Gyakran, sok minden miatt aggódik, szorong	☐	☐	☐
9. Segít, ha valakit bántottak, szomorú, feldúlt vagy beteg	☐	☐	☐
10. Állandóan izeg-mozog, fészkelődik	☐	☐	☐
11. Van legalább egy jó barátja	☐	☐	☐
12. Gyakran verekszik, vagy komolyan fenyeget más gyerekeket	☐	☐	☐
13. Gyakran boldogtalan, lehangolt vagy sír	☐	☐	☐
14. Más gyerekek általában kedvelik	☐	☐	☐
15. Könnyen elterelődik a figyelme, elkalandozik	☐	☐	☐
16. Új helyzetekben feszült és kapaszkodó, könnyen elbizonytalanodik	☐	☐	☐
17. Kisebb gyerekekhez kedves	☐	☐	☐
18. Gyakran vitába száll felnőttekkel	☐	☐	☐
19. A többi gyerek beleköt, fenyegeti	☐	☐	☐
20. Sokszor segít önként is (szülőknek, tanároknak, gyerekeknek)	☐	☐	☐
21. Végiggondolja a dolgokat, mielőtt cselekszik *(3-4 éveseknél az állítás: Képes megállni és végiggondolni a dolgokat, mielőtt cselekszik)	☐	☐	☐
22. Lop otthonról, az iskolából vagy máshonnan *(3-4 éveseknél az állítás így hangzik: Képes rosszindulatú lenni másokkal)	☐	☐	☐
23. Jobban kijön felnőttekkel, mint gyerekekkel	☐	☐	☐
24. Sok mindentől fél, könnyen megijed	☐	☐	☐
25. A feladatokat teljesíti, figyelme kitartó	☐	☐	☐

Megjegyzés vagy egyéb aggodalom?

Kérjük fordítson, a túloldalon további kérdéseket talál!

SDQ, + hatás-felmérés, 3-4 és 4-16 évesek

Összességében gondolja-e, hogy gyermekének/tanulójának nehézségei vannak a felsorolt területek egyikén vagy akár több téren is: érzelmek, koncentráció, viselkedés vagy más emberekkel való érintkezés?

Nem	Igen- kisebb nehézségek	Igen- határozott nehézségek	Igen- súlyos nehézségek
☐	☐	☐	☐

Ha válasza „Igen” volt, akkor kérjük, válaszoljon e nehézségekkel kapcsolatos alábbi kérdésekre is:

• Mióta vannak ezek a nehézségek?

Kevesebb, mint egy hónapja	1-5 hónapja	6-12 hónapja	Több, mint egy éve
☐	☐	☐	☐

• Nyugtalanítják-e vagy elszomorítják-e gyermekét/tanulóját a nehézségek?

Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
☐	☐	☐	☐

• Gátolják-e a nehézségek gyermeke/tanulója mindennapi életét az alábbi területeken?

	Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
<i>CSALÁDI ÉLET</i>	☐	☐	☐	☐
<i>BARÁTSÁGOK</i>	☐	☐	☐	☐
<i>TANULÁS</i>	☐	☐	☐	☐
<i>SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉGEK</i>	☐	☐	☐	☐

• Megterhelik-e ezek a nehézségek Önt vagy a család egészét?

Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
☐	☐	☐	☐

Aláírás..... Dátum.....

Anya/Apa/Más (kérjük részletezze):

Közreműködését nagyon köszönjük!

©Roben Goodman, 2005

Összességében gondolja-e, hogy gyermekének/tanulójának nehézségei vannak a felsorolt területek egyikén vagy akár több téren is: érzelmek, koncentráció, viselkedés vagy más emberekkel való érintkezés?

Nem	Igen- kisebb nehézségek	Igen- határozott nehézségek	Igen- súlyos nehézségek
☐	☐	☐	☐

Ha válasza „Igen” volt, akkor kérjük, válaszoljon e nehézségekkel kapcsolatos alábbi kérdésekre is:

• Mióta vannak ezek a nehézségek?

Kevesebb, mint egy hónapja	1-5 hónapja	6-12 hónapja	Több, mint egy éve
☐	☐	☐	☐

• Nyugtalanítják-e vagy elszomorítják-e gyermekét/tanulóját a nehézségek?

Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
☐	☐	☐	☐

• Gátolják-e a nehézségek gyermeke/tanulója mindennapi életét az alábbi területeken?

	Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
CSALÁDI ÉLET	☐	☐	☐	☐
BARÁTSÁGOK	☐	☐	☐	☐
TANULÁS	☐	☐	☐	☐
SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉGEK	☐	☐	☐	☐

• Megterhelik-e ezek a nehézségek Önt vagy a család egészét?

Egyáltalán nem	Csak kissé	Eléggé	Nagyon
☐	☐	☐	☐

Aláírás Dátum

Anya/Apa/Más (kérjük részletezze):

Köszönetét nagyon köszönjük!

©Roben Goodman, 2005

