

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM BÖLCÉSZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA
FEJLŐDÉS – ÉS KLINIKAI PSZICHOLÓGIAI DOKTORI PROGRAM
**A NARRATÍV SZEMLÉLET KÍNÁLTA TÖBBLET
LEHETŐSÉGEK A GYERMEKKLINIKAI MUNKÁBAN**

Doktori (PhD) értekezés

ÉCSI JÚLIA

TÉMAVEZETŐ:

PROF. DR. Péley Bernadette



Pécs

2018

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	5
2. Elméleti háttér	6
2.1. Fejlődési pszichopatológia	6
2.2. A fejlődési pszichopatológia és etiológia	7
2.3. Az ADHD tünetei, diagnózisa, epidemiológiája	9
2.3.1. <i>Vezető tünetek</i>	9
2.3.2. <i>Differenciáldiagnosztika</i>	12
2.3.3. <i>Komorbidityon túli nehézségek: vezető tünetek mögötti jellegzetességek különböző életkori periódusokban</i>	14
2.3.4. <i>Epidemiológia</i>	15
2.3.5. <i>Nemi arányok a Figyelemhiányos hiperaktivitás zavarban</i>	16
2.4. ADHD etiológiája.....	17
2.4.1. <i>Genetikai meghatározottság</i>	17
2.4.2. <i>Neurobiológiai tényezők</i>	18
2.4.3. <i>A genetikai és neurobiológiai tényezőkön túl</i>	20
2.5. ADHD: fejlődési pszichopatológiai nézőpontok	22
2.6. Társkapcsolati nehézségek, avagy az elsődleges tüneteken túl	23
2.6.1. <i>Tünetekből levezethető nehézségek a szociális kapcsolódás tekintetében</i>	25
2.6.2. <i>Szociális kapcsolatok problematikusága a szabályozás tükrében</i>	28
2.6.3. <i>Szociális kapcsolódás nehézségei gyermekkori depresszióban</i>	31
2.7. Elbeszélések, élettörténeti epizódok, narratív pszichológia	33
2.7.1. <i>Narratív pszichológia</i>	33
2.7.2. <i>Tudományos narratív pszichológia</i>	34
2.7.3. <i>Narratív pszichológiai tartalomelemzés</i>	35
2.7.4. <i>Narratív kategoriális tartalomelemzés (NARRCAT)</i>	36
2.7.5. <i>Elbeszélések, történetek, narratívák funkcionális megközelítése</i>	48
2.7.6. <i>Az elbeszélések fejlődésszemponitú megközelítése</i>	51
2.7.7. <i>Az élettörténet és identitás kapcsolata, szociális keretbe ágyazottsága</i>	55
2.7.8. <i>Élettörténeti epizódok, jelentős életesemények</i>	60
3. Kutatói kérdések, hipotézisek	61
4. Vizsgálati módszerek	62
4.1. Vizsgálati minta	62
4.2. A vizsgálat menete.....	63

4.3. Vizsgálati eszközök	64
4.3.1. Csoportosító változóként alkalmazott szülői kérdőívek	65
4.3.2. Gyermekviselkedési Kérdőív (CBCL) (5. melléklet).....	67
4.3.3. A vizsgálati személyek élettörténeti epizódjai	67
4.3.4. Az szövegek feldolgozásának szempontjai	68
5. Eredmények	75
5.1. Gyermekviselkedési Kérdőív Önértékelő változatából (CBCL) nyert adatok elemzése 75	
5.1.1. CBCL kérdőívből származó eredmények.....	75
5.1.2. A CBCL kérdőívből származó eredmények megvitatása	80
5.2. A CBCL kérdőív faktorai mentén kért történetekben megjelenő nyelvi markerek relatív gyakoriságának elemzése.	83
5.2.1. Eredmények	83
5.2.2. A CBCL faktorok mentén kért történetekben megjelenő nyelvi kódok gyakorisági eredményeinek megvitatása	88
5.3. A kérdőíves és a narratív módszer összehasonlítása	89
5.3.1. Eredmények.....	90
5.3.2. A CBCL kérdőív faktoraiból és a nyelvi kódokból származó klasszifikációs különbségek megvitatása	96
5.4. Narratív kategorilis tartalomelemzésből származó eredmények.....	97
5.4.1. A Társas referencia modul Személyközi referencia almodulja és a Tagadás modul mentén kapott eredmények	97
5.4.2. A Személyközi referencia és Tagadás modulok mentén kapott eredmények megvitatása	101
5.4.3. Az Aktivitás és passzivitás modul mentén kapott adatok elemzése a CBCL kérdőív faktorai mentén kért történetekben	102
5.4.4. Tematikus szerepek modul eredményei	102
5.4.5. A Szereplői funkciók mentén kapott adatok elemzése a CBCL faktorok mentén kért történetekben.....	106
5.4.6. A Tematikus szerepek modulja és a Szereplői funkciók mentén kapott eredmények megvitatása	111
6. Összegzés.....	113
7. Limitációk és kitekintés	115
8. Felhasznált Irodalom	116
9. Mellékletek.....	128
9.1. Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat iskolaigazgatóknak	128

9.2. Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat szülők számára.....	129
9.3. Szülői feladatlap (CDI-P)	131
9.4. Hiperkinetikus Zavar Kérdőív - Szülői változat.....	132
9.5. Gyermekviselkedési Kérdőív - CBCL (ÖNÉRTÉKELŐ VÁLTOZATA)	133
10.Doktori értekezés benyújtása és nyilatkozat a dolgozat eredetiségéről	134
11.Köszönetnyilvánítás	135

1. Bevezetés

A XXI. században sokféle és változatos kutatásokkal találkozhatunk, melyek a figyelemhiányos hiperaktivitást, mint pszichiátriai kórképet vizsgálják, különböző szempontok alapján. Hazánkban is számos aspektusát vizsgálták már e zavarnak. A zavar tekintetében egységes etiológiáról a mai napig nem beszélhetünk.

Kutatási témámat elsősorban az előző vizsgálatom inspirálta, melyben narratív módszertani keretben figyelemhiányos hiperaktivitással élő tíz-tizenegy éves gyermekekkel foglalkoztam. Céлом az volt, hogy feltérképezzem az ADHD zavarával diagnosztizált gyermekek saját magukról kialakult képét, és alátámaszom azt a feltevést, miszerint a gyermekeknek nehézségekbe ütközhet viselkedéses problémáikra való rálátás, mikor saját magatartási és társas helyzetüket kell megítélni, e mellett, azt feltételeztem, hogy a gyerekek által elbeszélte élettörténeti epizódokban jobban tetten érhetőek az életük számos területét meghatározó, a társas interakciókban megjelenő nehézségek és konfliktusok. Eredményeim nagy része az elvárásoknak megfelelően alakult, az elbeszélte élettörténeti epizódok által nemcsak a magatartásukkal való problémákról, hanem azok háttéréről és a gyermek belső működési modelljeiről is értékes információkat kaptam. Ezen eredmények további kérdéseket indított el, különös tekintettel a mentális betegségek diagnosztikájával kapcsolatban. A betegségek felismerésének és kezelésének kritikus pontja, a tudomány kritériumainak való megfelelés. A diagnosztikus munka bizonyítható adatok és tények ismeretében történik. Mégis azt gondoljuk, hogy az adekvát diagnosztikus folyamathoz, a megismeréshez, megértéshez, a kezelési lehetőségek megtervezéséhez szükségszerűek és elengedhetetlenek a nehezebben operacionalizálható adatok is. Korábbi kutatási eredményeimre alapozva azt gondolom, hogy sokkal árnyaltabb képet kaphatunk a személyiségről a feltérképezés során, amit majd a megértésben és a diagnosztikus munkában hasznosítani lehet, ha a fejlődésen, interakciókon és élettörténeteken alapuló modelleket is beemeljük a munkába (Péley, 2013a). Az individuumon belüli folyamatok feltárására lehetséges mód az összetett történeti útvonalak megismerése, az egyedi specifikusságok kiemelésére pedig az élettörténeti epizódokban rejlő többlet információ szolgáltathat alapot. Az élettörténeti epizódok elemzésével, vizsgálat tárgyát képezhetik az énről szóló történetek bizonyos összetevői, formai jellegzetességei, változói, melyekből úgy gondoljuk, hogy következtetések vonhatók le jelen kutatásban a szelf és másik viszonyáról, a társas kapcsolatok működési mintázatáról (László, 2005a).

Kutatásunkban szubklinikai csoportokkal dolgoztunk, fő célcsoportunkat az aktivitás és figyelemzavaros tünetekkel élő gyermekek alkották, e mellett két másik referenciacsoportot emeltünk be a munkába: a depresszív tünetekkel élő – és egészséges személyek csoportját.

Összefoglalóan egy olyan lehetőséget látunk a tervezett vizsgálatban, mely a fent tárgyalt mentális betegségek narratívumokban megjelenő mintázatainak feltérképezéséhez járulhat hozzá.

2. Elméleti háttér

2.1. Fejlődési pszichopatológia

Az ADHD sem egységes etiológiával sem egységes tünettannal nem rendelkezik, így meglehetősen nehéz bármiféle elméleti keretbe elhelyezni ezt a gyermekkorban kezdődő pszichiátriai kórképet. Mivel az etiológiai heterogenitás igen jelentős, ezért igyekszünk fejlődéspszichopatológiai keretben szemlélni a zavart. Néhány bevezető gondolattal szeretném bemutatni azt az elméleti háttérrel, melybe véleményünk szerint jól illeszthető az aktivitás és figyelem zavara.

A fejlődési pszichopatológia szemléletének kialakulása az 1970-es évekre tehető. Egy olyan keretet, szemléletet tükröz, mely értelmezni, tisztázni kívánja a biológiai, pszichológiai és szociális tényezők közötti kölcsönhatásokat. Multidiszciplinaritás jellemzi, egyirányúság helyett a többszörös szinten történő elemzésre törekszik.

A fejlődési pszichopatológia a tipikus fejlődés és a kóros eltérések közötti összefüggéseket vizsgálja. A pszichopatológiai jelenségeket a különböző életszakaszok során bekövetkező lényegi változásokkal összefüggésben tanulmányozza. Lehetőséget teremtve az atipikus testi, értelmi, szociális, érzelmi és iskolai fejlődés fordulópontjainál jelentkező pszichopatológiai jelenségek tanulmányozására (Achenbach, 1990 in: Perczel Forintos, 2012). A normális, abnormális fejlődés biológiai, pszichológiai, szociális aspektusainak kölcsönhatásait próbálja feltárni (Cicchetti, 2006). Sroufe és Rutter (1984) úgy gondolkodott a fejlődési pszichopatológiáról, mint egy olyan ágazatról, mely függetlenül az életkortól (patológia kezdeti időpontjától), az okoktól, a viselkedésben bekövetkező változásoktól, a fejlődési mintázatok összetettségétől képes tanulmányozni a viselkedéses maladaptációk egyéni mintázatait és eredetét (Sroufe & Rutter, 1984). A fent leírtakkal összefüggésben számos kutatás és elmélet jelent meg a fejlődési pszichopatológia, mint új ágazat definiálására. Készült egy összefoglaló írás a (Institute of Medicine, 1989 in: Cicchetti, 2006) *Mentális, viselkedési és fejlődési zavarok gyermek és serdülőkorban* címmel, mely a fejlődési pszichopatológia integratív nézőpontjából íródott. Összességében hasonlóan gondolkodtak a fejlődési pszichopatológiáról, mint a már említett szerzők: a fejlődési pszichopatológiának figyelembe kell vennie a kialakulóban lévő és folyamatosan változó viselkedéses repertoárt, a

kognitív és nyelvi funkciókat, a szociális és emocionális folyamatokat, az agy anatómiájában és fiziológiájában bekövetkező változásokat ahhoz, hogy valóban egy globális szemléletet tudjon közvetíteni (Cicchetti, 2006). A fejlődési pszichopatológia nem tapad egyetlen elmélethez sem, sőt integrálni kívánja azokat. Azt hangsúlyozza, hogy az egyének mozoghatnak a patológia és a normalitás működési formái között. Az egyéni adaptív és maladaptív működésmódok nagymértékben hozzájárulnak ahhoz, hogy a különböző patológiák megjelenési módjait, természetét és határait megértsük. Rutter (1988 in: Cicchetti, 2006) azt gondolta, hogy kulcsfontosságúak lehetnek azok a fordulópontok az ember életében, mikor egy maladaptív fejlődési pályáról a védekező mechanizmusok működésbe léptetésével egy adaptívabb pályára lehet irányítani az egyéneket.

A fejlődés kontextualizmus elve is ide kapcsolható, mely azt mondja, hogy kapcsolat van a változó, aktív individuum és a folyamatosan kibontakozó, dinamikusan változó környezet között (Cicchetti, 2006). A társadalmi kontextusnak nem csak a pszichológiai folyamatokra, hanem a biológiai struktúrákra, folyamatokra is hatása van. Kezdték felismerni a fejlődési pszichopatológiával foglalkozók, hogy a közeg, melyben az egyén fejlődik nagy hatással lehet az epigenezisre (Boyce, és mtsai, 1998).

Normalitás mentén kezdték vizsgálni a patológiai jelenségeket. Mivel úgy gondolták, hogy a pszichopatológiák a normális működés elakadásaiból torzításaiból, degenerációiból alakulnak ki. Ezt fordítva is így gondolták a pszichopatológiákból lehet következtetni a normális működés menetére, mint egy kétirányú modell.

A kulturális különbségek hangsúlyozása fontos elv, kultúrák között más és más számít adaptív és maladaptív működésmódnak. A kockázati és protektív tényezők különböző hatással lehetnek az egyénre attól függően, hogy milyen kulturális normák, értékek, hiedelmek veszik körül. Egy kontinuumon elhelyezve a kultúrák lehetnek társcentrikusak (közösség, család, összekapcsolódás) vagy individualisták (egyéniség, autonómia, egyéni teljesítmény hangsúly). Az adaptív és maladaptív viselkedésnek különböző küszöbértékei lesznek attól függően, hogy az adott kultúra, vagy szűkebb társas közeg mit tart kívánatosnak (Cicchetti, 2006).

2.2. A fejlődési pszichopatológia és etiológia

Rizikó és protektív faktorok

Elsősorban az oksági folyamatok meghatározása okoz nehézséget. Tehát egy feltételezett kockázati tényező jelenléte egy adott patológia esetén nem egyértelműen tekinthető valós előzménynek, mivel nem tudhatjuk, hogy az valójában a patológia előtt jelentkezett-e vagy

sem. Tehát, hogy hozzájárult-e a negatív eseményhez, vagy a negatív esemény bontotta ki. Például a drogfogyasztás terén nem lehet tudni, hogy a drogfogyasztó barátok miatt kezdett-e drogozni az egyén vagy először kábítószer használó lett majd ennek kapcsán kapcsolódott hasonló deviáns csoportokhoz. Vagy ugyanilyen példa a depresszió és kábítószer összefüggése, szintén kétutas modell. Nagyon fontos megvizsgálni, hogy a feltételezett kockázati tényező jelen volt-e a negatív esemény vagy patológia kialakulása előtt. Az egyszerű ok-okozati viszonyok (ha X megjelenik, Y a következmény), melyek általában determinisztikusak igencsak leegyszerűsíthetik a patológiák és azok háttér és rizikótényezőinek vizsgálatát. Ezen egyszerű oksági viszonyokon felül gondolkodik a fejlődési pszichopatológia, mikor bizonyos kórképek etiológiájáról beszél (Cicchetti, 2006; Kazdin, és mtsai, 1997).

A komplex oksági modellek felismerik, hogy többféle hatás ugyanazt a kimenetelt is eredményezheti; a rizikótényező és a kimenetel közötti kapcsolat gyakran nem lineáris, hanem kétirányú vagy kölcsönösséget feltételez. Az, hogy bizonyos hatások mentén megjelenik-e a kimenetel szintén egy újabb szintet emel be a rizikótényezők csoportjába, például ilyen lehet az időtartam, az időzítés, és a kontextuális jellemzők. Többféle kifejezéssel találkozhatunk, amik a kimenetellel kapcsolatban megjelenhetnek: *korreláció*: két olyan jellemző, amely kapcsolatban áll egymással, de nem lehet levezetni a kapcsolódásból, hogy melyik tényező a kockázati vagy előzmény jelenség; *rizikó tényezők*: itt egyértelműen az időbeli tényezőket kell alapul venni, mégpedig abban a vonatkozásban, hogy az adott kimenetel egyértelműen az előzmény (rizikó tényező) után kell, hogy jelentkezzen. Például magas zsírtartalmú ételek fogyasztása összefüggésben áll a később megmutatkozó magas koleszterinszinttel; *markerek*: olyan rögzített rizikótényezőkről beszélhetünk ez esetben, melyek nem oki hatást gyakorolnak a kimenetelre, ilyen például a nem, faj, születési év, genotípus. A változó rizikótényezőre a legjobb példa az életkor. Ha ez változik, változást eredményezhet a potenciális negatív kimenetelben (ADHD életkoronként eltérő jellegzetességei); *oki rizikótényezők*: olyan kockázati tényező, mely megváltoztathatja az eredmény valószínűségét. Az, hogy egy eseményről, mint rizikótényezőről beszélünk még nem jelenti azt, hogy ez az egyetlen oki rizikótényező.

Az utolsó mondat lehet a kulcsa annak a szemléletnek, mely a legtöbb mentális rendellenesség etiológiája mentén megragadható: valószínűleg több oki rizikótényezőről (*multiple causal*) beszélhetünk a legtöbb esetben, tehát több út vezethet (*multiple paths*) az adott kimenetelhez, mely felfogás jól illeszthető az ADHD etiológiájához is (Kazdin, és mtsai, 1997).

Protektív faktorok

A kockázati tényezőkkel összefüggésben a védőfaktorok vizsgálata, elemzése is fontos. A védőfaktorok ellensúlyozhatják a kockázati folyamatokat, így csökken a valószínűsége annak, hogy a kockázati folyamat patológiát, negatív eseményt okoz. A protektív tényezők csökkenthetik a negatív kimenetelt magas rizikójú csoportokban, de csak korlátozott hatása van alacsony kockázatú csoportokban. Például vegyük alapul a szülői alkoholizmust, mint kockázati tényezőt a serdülőkori droghasználattal kapcsolatban. A magas szülői felügyelet, mint protektív faktor redukálhatja a serdülőkori szerhasználatot azokban a családokban, ahol a szülők alkohol problémával küzdenek (magas rizikójú csoport), ellenben azokban a családokban, ahol nincs szülői alkohol probléma, ott a szülői protektivitás kevésbé hozható összefüggésbe a szerhasználattal (Cicchetti, 2006).

2.3. Az ADHD tünetei, diagnózisa, epidemiológiája

A diagnózisalkotás a lehetséges tünetek széleskörű felmérésével és az eredmények kiértékelésével történik. A BNO – 10 és DSM V kritériumrendszerében a következő tünetcsoportok figyelhetőek meg: figyelmetlenség, hiperaktivitás és impulzivitás. A diagnózisadás fejlődési szinthez is kötött, hiszen mérlegelni szükséges, hogy adott gyermek adott életkorában a viselkedési mintázat súlyossága eltér-e a normatív mintától, illetve fontos kritérium, hogy több eltérő helyzetben is megjelenjenek és funkcióromlást okozzanak (család, óvoda, iskola). Az életkori határa a tünetek megjelenésének eltérést mutat a BNO – 10 és DSM V között. Előbbinél legkésőbb hét éves korig jelentős adaptációs nehézségeket kell okoznia, míg az utóbbi osztályozási rendszerben ez a korhatár 12 éves korra tolódott ki (DSM-V, 2014; BNO-10, 2004; Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017).

2.3.1. Vezető tünetek

A BNO – 10 jóval szigorúbb rendszer alapján teszi lehetővé az ADHD diagnosztikáját (min. tíz tünet), ezzel szemben a DSM V mint egy spektrumon helyezi el a tüneteket az enyhétől (min. hat tünet) a súlyosabbig (18 tünet).

A BNO – 10 alapján akkor állítható fel a diagnózis, ha a figyelmetlenség kilenc tünete közül legalább hat, a hiperaktivitás öt tünetéből minimum három és az impulzivitás négy tünete közül legalább egy fennáll. Ezen kívül kritérium még, hogy a tünetek több mint egy élethelyzetben okozzanak funkcióromlást és hét éves kor előtt detektálhatóak legyenek (BNO-10). Tehát a BNO – 10 mentén mindhárom tünetcsoport meghatározott tünetszámára szükség van a diagnózis felállításához.

A DSM V rendszere megengedőbb, vagy a figyelmetlenség kilenc tünete közül szükséges hat fennállása, vagy a hiperaktivitás/impulzivitás kilenc tünete közül kell, hogy hat jelen legyen a diagnózishoz. Ezeknek a minimum tüneteknek legalább hat hónapon keresztül negatív befolyással kell lenni a szociális, iskolai és munkahelyi tevékenységekre. A DSM V felhívja a figyelmet, hogy az ADHD csak akkor diagnosztizálható, ha nem egy pszichés zavar következményeként jelentkeznek a tünetek. 17 év felett már kevesebb minimum tünetszámot kell produkálni ahhoz, hogy a diagnózis felállítható legyen (18 tünetből 5 jelenléte szükséges).

A tünetek megfogalmazásában is eltérést találunk a két osztályozási rendszer között, a DSM V a felnőttkori tüneteket is számításba veszi, míg a BNO – 10 sokkal inkább gyerekközpontú marad a tünetek leírásánál, néhány példa mentén ez jól szemléltethető (DSM-V, 2014; BNO-10, 2004; Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017):

BNO – 10

Példák a Figyelmetlenség vezető tüneteire

- Gyakran nem figyel megfelelően a részletekre, vagy gondatlan hibákat vét az iskolai és egyéb munkában vagy más tevékenységben.
- Gyakran nehézséget jelent a figyelem megtartása a feladat- vagy játéktevékenységen belül.
- Gyakran elveszíti a feladatokhoz vagy tevékenységekhez szükséges dolgokat (játékokat, iskolai felszerelést, ceruzákat, könyveket vagy szerszámokat).

Példák a túlzott aktivitás vezető tüneteire

- Gyakran elhagyja a helyét az osztályban vagy más helyzetekben, amikor az ülve maradást várják el.
- Gyakran rohangál, ugrál, vagy mászik olyan helyzetekben, amikor az nem helyénvaló (serdülőknél vagy felnőtteknél nyugtalanság érzése).

Példák az impulzivitás vezető tüneteire

- Gyakran kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna.
- Gyakran félbeszakít másokat (pl. beszélgetéseket vagy játékokat) (BNO - 10).

DSM V

Példák a figyelmetlenség vezető tüneteire

- Gyakran nem csinálja végig az instrukciókat, és nem fejezi be az iskolai feladatokat, házi munkát, vagy munkahelyi kötelességeit (pl. elkezdi a feladatokat, de hamar hanyatlik, és könnyen elterelődik a figyelme).

- Gyakran nehézséget okoz számára, hogy megszervezze a feladatokat vagy tevékenységeket (pl. nehézséget okoz az egymást követő feladatok kezelése, valamint a dolgai rendben tartása; rendetlen, szervezetlen munka; rossz az időkezelése; nem tartja be a határidőket).
- Gyakran könnyen elterelik a figyelmét külső ingerek (idősebb serdülők vagy felnőttek esetén akár a témához nem kapcsolódó gondolatok).

Példák a túlzott aktivitás vezető tüneteire

- Gyakran elhagyja a helyét olyan helyzetekben, amikor egy helyben kellene ülnie (pl. felkel a helyéről az osztályban, az irodában vagy más munkahelyen, vagy más olyan helyzetben, ahol ülve kellene maradnia).
- Gyakran szaladgál vagy mindenre felmászik olyan helyzetekben, ahol ez nem megfelelő. (Megjegyzés: serdülőknél és felnőtteknél ez korlátozódhat arra, hogy nyugtalanul érzi magát).

Példák az impulzivitás vezető tüneteire

- Gyakran kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna (pl. befejezi mások mondatát, nem várja ki a sorát a beszélgetésekben).
- Gyakran félbeszakít másokat vagy tolaodóan viselkedik (pl. félbeszakítja mások beszélgetését, játékát, vagy tevékenységét; használja mások dolgait anélkül, hogy engedélyt kérne vagy kapna rá; serdülők vagy felnőttek esetében betolakszik abba, amit mások csinálnak, vagy átveszi az irányítást mások tevékenysége felett). (DSM-V)

Minkét osztályozási rendszer alcsoportképzést is lehetővé tesz. Három típusát különíthetjük el a zavarok: figyelemhiány zavar (túlnyomórészt csak a figyelemzavar tünetei figyelhetőek meg), hiperaktív impulzív típus (a hiperaktív és impulzív tünetek a mérvadóak), kombinált megjelenési forma (mind a figyelemhiány mind a hiperaktivitás és impulzivitás tünetei kimerítik a diagnózishoz szükséges feltételeket - ADHD) (Selikowitz, 2010; Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017).

A diagnózis felállításában elsősorban a fentebb ismertetett diagnosztikus rendszerek tüneti összefoglalói kell, hogy mérvadók legyenek. A tünetek részletes kikérdezése és értékelése kiemelten fontos, emellett a szülőktől, pedagógusoktól kapott információk is elengedhetetlenek. A vizsgálatokat szakmai team kell, hogy végezze (pszichiáter, pszichológus, gyógypedagógus, esetenként logopédus).

Diagnózisadás menete

Kiemelt fontosságú egy részletes anamnézis felvétele a szülőkkel/gondviselővel, melyben tisztázásra kerülnek a következő lényegi információk: tünetek első jelentkezési időpontja, lefolyása, funkciókárosodás mértékének kikérdezése. A standard anamnézis felvétele mellett érdemes hosszmetzeti képben gondolkodni és az életkoronként eltérő tünetekre rákérdezni a gyermek adott életkoráig, valamint feltérképezni a pre – és perinatális rizikótényezőket is. Kiemelt fontosságú továbbá, hogy a vizsgáló team szem előtt tartsa a lehetséges komorbid zavarokat és differenciáldiagnosztikai szemszögből is vizsgálja az adott esetet.

A szülők számára rendelkezésre áll néhány kérdőív, melyet a pszichiáter/pszichológus vezető szálként is alkalmazhat és együtt a szülőkkel végighaladva az itemeken pontosabb képet eredményezhet a tünetekről.

Hasznos információkhoz jutnak a szakemberek, ha a gyermekkel kapcsolatban álló pedagógusokkal is felveszik a kapcsolatot. Ilyenkor érdemes a gyermek oktatási/nevelési intézményen belüli viselkedéséről, szociális kapcsolódásáról, azok esetleges nehézségeiről informálódni. Ebben segítség lehet egy szempontsor, melyet a szakmai team állít össze vagy kifejezetten pedagógusoknak szóló kérdőívet alkalmaznak.

A pszichés státusz felmérésében segítséget nyújthat, ha van lehetőség a gyermeket közösségben megfigyelni, ennek többszöri megismétlése erős ajánlásként szerepel az irányelvek között. Ezeken felül elengedhetetlen annak feltérképezése, hogy a gyermek hogyan látja saját nehézségeit (családon belül, közösségben, társas kapcsolataiban stb.), érzékeli-e azokat. Ennek felmérésére számos önkitöltő kérdőív áll rendelkezésre, mely véleményünk szerint felvet egy problémát, - mely a dolgozat egyik központi kiindulópontja - hogy a gyermekek milyen módon képesek általánosságokban megfogalmazott állításokat magukra vonatkoztatni és értékelni egy skála segítségével szituatív információk hozzákapcsolása nélkül.

A fizikális vizsgálatok az esetleges szomatikus betegségek feltérképezése miatt fontosak. A gyógypedagógiai vizsgálatok a tanulási zavarok és részképességzavarok felismerésében nyújtanak segítséget. Laboratóriumi és képalkotó eljárások abban az esetben szükségesek, ha olyan komorbid betegségekre derül fény, mint például az anyagcserezavar vagy epilepszia stb. (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017).

2.3.2. Differenciáldiagnosztika

Az ADHD mellett találunk komorbid zavarokat, melyek akár önmagukban is fennállhatnak, ekkor okoznak differenciáldiagnosztikai problémát. A pszichiátriai komorbiditás jelenléte

természetesen bonyolíthatja a diagnózist, a kezelést és a prognózist egyaránt. Néhány pontban szeretném körüljárni a leggyakoribb komorbid kórképeket az ADHD esetében.

Oppozíciós zavar (ODD), magatartás zavar (CD)

A figyelemhiányos hiperaktivitás tekintetében számos kutatásban olvasható, hogy a zavar gyakran komorbid az oppozíciós – és magatartás zavarokkal. A komorbid zavarok előfordulását tanulmányozták ADHD esetén 6-17 éves korosztályban Biderman és munkatársai (1998 in: Yüce, Uçar, & Say, 2015). Magas arányban fordult elő ADHD mellett az oppozíciós zavar (46%-ban a gyermek, és 33%-ban a serdülő mintában) és a magatartászavar (25% gyermekeknél, 42% serdülőknél) egyaránt (Yüce, Uçar, & Say, 2015). Mu-Hong Chen és munkatársai (2013) prospektív vizsgálatban 2003-tól 2010-ig követtek nyomon tisztán ADHD diagnózisú valamint ADHD és oppozíciós zavar, ADHD és magatartászavar diagnózisú eseteket. Kutatásuk arra enged következtetni, hogy fokozott a kockázata az unipoláris és bipoláris depresszióknak ADHD esetén, azonban az ADHD és a fent említett komorbid zavarok együttes jelenléte növelte ezt a rizikót (Chen, és mtsai., 2013).

Tanulási zavarok

A tanulási nehézségek is gyakori komorbid állapotok az ADHD esetén. Például Morgan és munkatársai (1996 in: Yüce, Uçar, & Say, 2015) arról számoltak be, hogy az ADHD figyelemhiányos típusa esetén gyakoribbak a matematika tanulásával kapcsolatos nehézségek. Egy másik kutatásban olvasható, hogy a tanulási zavarok aránya ADHD esetén megközelíti a 45%-ot (Yüce, Uçar, & Say, 2015).

A figyelemhiányhoz kapcsolódó tanulási nehézségek az idő előrehaladtával növekedhetnek az ADHD esetében és összetéveszthetők a tanulási zavarokkal. Az nem meglepő következtetés, hogy a figyelemhiány tünetei hátrányos hatással vannak a tanulási folyamatokra és a tanulási zavarok klinikai szintű megnyilvánulásához vezethetnek. Ha komorbiditásról van szó akkor súlyosabb prognózissal is kell számolni. Tehát kiemelt fontosságú az ADHD diagnosztizáláskor a tanulási folyamatokat is megvizsgálni (Yüce, Uçar, & Say, 2015).

Depresszió és szorongásos zavarok

Gyakran megjelenik komorbid képként a depresszió és szorongás az ADHD diagnózisú gyerekeknél, de sokkal inkább a serdülők körében. Az internalizációs problémák gyakrabban fordulnak elő az ADHD figyelemhiányos altípusában. A depresszió és a szorongásos zavarok később jelennek meg komorbid képként az ADHD-ban, míg a magatartászavar és az oppozíciós zavar kora gyermekkorban fennállhat az ADHD mellett. A depresszió tünetei - mint az alvászavarok, koncentrációs nehézségek és ingerlékenység – és a szorongásos zavarok tünetei - mint például a tartós szorongás és koncentráció hiánya - összetéveszthetők az ADHD

tüneteivel és akár téves diagnózist is eredményezhetnek. Az ADHD-t kísérő depresszió vagy szorongásos zavar tehát nehezíti teszi a diagnózis adását és nagy valószínűséggel súlyosabb lefolyást eredményezhet. Roy és munkatársai (2014 in: Yüce, Uçar, & Say, 2015) tanulmányozták a lehetséges közvetítő utakat az ADHD-s betegek később kialakuló depressziós zavarai között. Azokban az esetekben, ahol komorbid zavarként jelent meg az ADHD mellett a szorongás és/vagy a diszruptív viselkedési zavarok ott nagyobb valószínűséggel jelent meg a későbbiekben depresszív zavar is (Yüce, Uçar, & Say, 2015).

Az ADHD-val foglalkozó irodalom fentiekén kívül az alábbi komorbid zavarokat sorolja ADHD érintettség esetén: mentális retardáció, autizmus spektrum zavar, addikciók, pszichotikus zavar, mániás epizód, kevert epizód (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017; Yüce, Uçar, & Say, 2015).

2.3.3. Komorbiditáson túli nehézségek: vezető tünetek mögötti jellegzetességek különböző életkori periódusokban

Életkoronként eltérő jellegzetességeket mutathatnak az ADHD-s személyek, ez már egy mondat erejéig említésre került, miszerint a szakemberek megfelelő mértékű tudásán és felelősségén múlik, hogy adott életkorban a fejlődési szinthez mérten mérlegeljék, hogy a vezető tünetek mögötti jellegzetességek elérik-e a zavar szintjét. Így természetesen diagnosztikai nehézségként is említhetjük az alább bemutatásra kerülő életkoronként eltérő problémákat. Egy mondat erejéig visszakanyarodva a fejlődési pszichopatológiai kerethez az, hogy az életkort *változó rizikótényezőnek* tekinthetjük már említésre került, viszont az alábbiak mentén válik érthetővé, hogy hogyan illeszkedik a fejlődési pszichopatológia kontextusába.

A tünetek egészen csecsemőkortól kezdve fennállhatnak, de legkésőbb a gyermek hetedik (BNO-10) / tizenkettedik (DSM V) életéve körül már jól látható adaptációs nehézségeket mutatnak (Gádoros, é.n.; Biederman, Mick, & Faraone, 2000). Életkori periódusonként a tünetek eltérőek lehetnek, az adott szakasz sajátosságait hordozva.

Csecsemőkori

Napszakeltolódás, eltérő mértékű alvászavarok, extrém motoros nyugtalanság, ingerlékenység figyelhető meg csecsemőkori korban. Megnyugtatósa a csecsemőnek nagyon nehéz, hiszen ha felveszik, ringatják, akkor sem tud megnyugodni. Mozgásfejlődése gyakran eltér a normatív fázisoktól és kimaradhatnak szakaszok. A felállás hamarabb megtörténik ugyan, de járás helyett nagy valószínűséggel a szaladás jellemző (Földi, 2004; Vetró, 2000; Benyák, 2007).

Kisgyermekkor

Két-három éves korban gyakran sodorják magukat veszélyhelyzetbe és a cselekvéses aktivitás is kimagasló. Gyakoriak náluk a balesetek és könnyen kárt tudnak tenni környezetükben. A makacsság és akaratosság már itt jellegzetes tünetként jelenhet meg. Nem ritka, hogy a szobatisztaság ideje kitolódik (Földi, 2004).

Óvodáskor

Az óvodáskor vezető tünetei közé lehet sorolni a figyelmetlenséget, fáradékonyságot, szervezatlenséget, észlelési zavarokat, alkalmazkodási nehézségeket, a jó értelmi képesség ellenére kérdéses iskolaérettséget, ingerlékenységet (Földi, 2004; Vetró, 2000).

Kisiskoláskor

Iskoláskorban megfigyelhető a szétszórtság, szertelenség, befolyásolhatóság, gyenge várakozástűrés, képességszint alatti teljesítés. Önálló munkavégzés nehézséget jelent számukra, képtelen figyelmét tartósan fenntartani. Gyakori, hogy félbeszakítják órán a tanárokat és társaikat, valamint elhagyják helyüket a tanórákon. Mikor az ADHD zavarával küzdő gyermekek kilenc-tíz éves korukat betöltik, tanulmányi eredményeik sok esetben számottevően romlanak (Földi, 2004; Vetró, 2000; Wender, 1993).

Pubertáskor

Kamaszkorra a mozgásos aktivitás, hiperaktivitás tünetei valamelyest csökkenhetnek, de az impulzivitásból adódóan a veszélyes helyzetek preferálása és figyelmetlenség általában megtartott. Másodlagos tünetek is megmutatkoznak ebben a korban, mint például: alacsony önértékelés, csökkent motiváció az iskolai feladatok elvégzésben (Benyák, 2007; Vetró, 2000).

A fent leírt korosztályonként eltérő vezető tünetek alapján meghatározott jellegzetességek természetesen időtartamban és súlyosságban is egyéni eltéréseket mutathatnak és a megfelelő diagnózis, a helyes kezelés és a kedvezőbb prognózis érdekében, elengedhetetlen a nehézségek egyéni feltárása (Wender, 1993).

2.3.4. Epidemiológia

Az ADHD-ra nézve az epidemiológiai adatok jelenős szórtságot mutatnak annak fényében, hogy a tanulmányok milyen módszereket alkalmaznak, különös tekintettel a diagnosztikai eszközökre és az információforrásokra. Emellett az epidemiológiai adatok aszerint változékonyságot mutathatnak, hogy a BNO-10 vagy a DSM V kritériumrendszere alapján történik-e a diagnózisadás. A prevalencia növekedését vetheti fel a tény, melyet fentebb részletesen ismertettem, hogy a DSM V rendszerében a 17 éves kor feletti diagnózishoz kevesebb tünet szükséges, illetve gyermekkorban a tünetek megjelenési időpontját 12 éves

korhatárra tolták ki (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017; Chinawa, & Obu, 2015). Polanczky és munkatársai (2007) az 1978 és 2005 közötti időszak prevalencia adatainak szisztematikus áttekintésére tettek kísérletet és/hogy meghatározzanak egy összevont világméretű prevalenciát az ADHD esetében. Észak-Amerikából, Dél-Amerikából, Európából, Afrikából, Ázsiából, Óceániából és a Közel-Keletről származó adatokat vetették össze. Az összevont prevalencia, melyet a kutatási eredményeik alapján kaptak: 5,29%. Ez a becslés értelemszerűen jelentős változékonyságokat mutatott, melyek okai a szerzők szerint a következők lehetnek: eltérő diagnosztikai kritériumok, információforrások változékonysága, vizsgálatok földrajzi eredete. A földrajzi elhelyezkedés csak Észak-Amerikából, Afrikából és a Közel-Keletről származó becslések között mutatott jelentős ingadozást. Európában és Észak-Amerikában nem volt szignifikáns különbség (Polanczky, és mtsai., 2007). Hét évvel később frissítették adatbázisukat és hasonló eredményeket kaptak az ADHD prevalenciájával kapcsolatban: 5,3% (Polanczky, és mtsai., 2014).

2.3.5. Nemi arányok a Figyelemhiányos hiperaktivitás zavarban

A nemi eloszlást az ADHD esetében a fiúk javára 3:1-hez találták, azonban felnőtt korban ez az arány kiegyenlítődni látszik (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017; Chinawa, & Obu, 2015; Quinn, 2011). Tudományos magyarázattal nem rendelkeznek a szindrómával foglalkozó szakemberek a fiúk gyakoriságát mutató számadatokra. Léteznek azonban olyan magyarázatok, melyek helytállóak lehetnek. Lányoknál a diagnózis felállítását megnehezíti, hogy nehezen figyelhetők meg a hiperaktivitás és impulzivitás szembeűnő tipikus tünetei. Kevésbé zavaró tüneteket mutatnak, mint a fiúk és nagyobb valószínűséggel figyelmen kívül hagyják, ha csak figyelemhiányos tüneteket mutatnak (Gershon, 2002). A figyelmetlenséget, és az abból adódó kísérő tüneteket, mint például az érzelmi labilitást, általában más okokkal magyarázzák a szakemberek. Az ADHD zavarával küzdő lányok többnyire érdektelennek, depressziósnak, visszahúzódónak tünnek a környezet számára, míg az ADHD diagnosztizált fiúk hiperaktivitásukkal, gyakran társuló magatartási nehézségeikkel felhívják magukra a figyelmet és sokkal gyakrabban kerülnek szakemberekhez (Szűcs, 2003). Az ADHD-val diagnosztizált lányok kevesebb elsődleges tünetet és externalizációs társuló problémákat mutatnak, mint a fiúk (Gershon, 2002). A lányok esetében az esetleges aluldiagnosztizálás felveti annak a kérdését, hogy mire ellátásban részesülnek már nagy valószínűséggel számos társuló nehézséggel is küzdenek.

2.4. ADHD etiológiája

Nem egyszerű meghatározni az ADHD etiológiáját. Nagyon sarkalatos lenne azt mondani, hogy csak genetikai tényezők vagy csak pszichoszociális tényezők a felelősek. A fejlődési pszichopatológiai keret pont ezt tudja elkerülni.

A genetikai vizsgálatok azt mutatják, hogy az öröklődés erősen meghatározó a zavar kialakulásában. Azzal együtt, hogy örökletesség faktorról beszélünk, például az ADHD-s szülők nem megfelelő nevelési stílusa súlyosbíthatja, mint egy kibontó mechanizmusként működhet a viselkedési problémák, figyelmi problémák és impulzivitás tekintetében (Rube & Reddy, 2006).

Az ADHD etiológiájával kapcsolatos kutatások alapján feltételezhető, hogy a genetikai sérülékenységgel, neurobiológiai okkal együtt környezeti rizikótényezőkkel is számolni kell.

2.4.1. Genetikai meghatározottság

Genetikai vizsgálatok alapján az ADHD heritabilitása magas: 60-91% közé sorolható (Somogyi, Máté, & Miklósi, 2015). Családkutatások kimutatták, hogy generációkon át megfigyelhetőek a tünetek bizonyos csoportosulásai. Fokozott kockázati tényezőt jelent a gyerekekre nézve, ha szülő ADHD-ban érintett. Alapvetően a genetikai vizsgálatok azt erősítették meg, hogy az elsőfokú rokonok kapcsolat mentén nő a kockázati tényező az ADHD öröklődésével kapcsolatban. Adoptációs vizsgálatokból nyert adatok alapján valószínűsíthető, hogy a genetikai faktor a legerősebb prediktor az ADHD-t tekintve (Franke, és mtsai., 2012). Minél erősebb a genetikai kapcsolat, annál nagyobb százalékosan a valószínűsége a zavar kialakulásának. Az ADHD-s gyerekek szüleinek 25-35%-a felnőtt korban is mutatja a zavar tüneteit. Az ADHD-s gyermekek testvérei 25-50%-ban mutatják az ADHD tüneteit vagy diagnosztizálják őket a zavarral. Az ADHD-s gyerekek egypetéjű ikerpárjainak 70-92%-a szintén érintett lesz a zavarral. Az ADHD-s gyerekek egypetéjű ikerpárjai 70-92%-ban szintén érintettek lesznek a zavarral.

Molekuláris genetikai vizsgálatok alapján számos gén hozható összefüggésbe az ADHD tüneteivel. Jelenleg azt gondolják, hogy poligénes meghatározottságról van szó, tehát több gén járul hozzá a zavar kialakulásához, egyenként mind kisebb kockázattal, azonban kombinációjuk magasabb rizikótényezőt jelenthet (Barkley, 2017).

Az egyik legszélesebb körben tanulmányozott kandidáns (az a gén, amelynek egy tulajdonság továbbörökítésében kiemelt szerepe van) gén a dopamin D4-es receptor (DRD4) gén. Ezen felül kandidáns géneként találkozhatunk kutatásokban a dopamin transzporter (DAT1) génnel, a dopamin bioszintézisében, valamint inaktiválásában szerepet játszó enzimek génjeivel, szerotonin transzporter génnel (5-HTT), szerotonin receptor génnel (HTR1B) (Martel, és

mtsai., 2011; Mózes, Bence, Sasvári-Székely, & Keszler, 2010; Katonai, Székely, & Sasvári-Székely, 2011).

Az ADHD kialakulásának kockázatát növelheti, ha az egyén nagy valószínűséggel örökli az ADHD-t és kibontó tényezőként különböző környezeti hatásokkal találkozik, melyek növelik a zavar kialakulásának esélyét (pl. anyai dohányzás, alkoholfogyasztás a terhesség ideje alatt, prenatális fertőzések, krónikus emelkedett stressz szint terhesség alatt, alultápláltság stb.) (Barkley, 2017).

A fenti gondolatmenetet követve, mivel egyértelmű genetikai markert jelenleg még nem találtak, ami minden esetben felelős lenne az ADHD kialakulásáért, ezért érdemes a környezeti hatásokat és a gén-környezet korrelációkat is figyelembe venni. Például passzív gén-környezet korreláció során az ADHD-s szülő olyan rizikótényezőkkel terhelt környezetet hozhatnak létre, mely erőteljes kockázatot jelent – a genetikai érintettség mellett – a gyermekeik számára az ADHD kialakulásában (Somogyi, Máté, & Miklósi, 2015).

2.4.2. Neurobiológiai tényezők

A neuropszichológiai kutatások az ADHD etiológiájának heterogenitását támasztják alá. A prefrontális lebenyben elhelyezkedő végrehajtó funkciók atipikus működésével számos elméletalkotó hozza összefüggésbe az ADHD zavarát. Azonban mai napig sincs egységes szemlélet abban, hogy a végrehajtó funkciók mely aspektusai és azok milyen mértékben érintettek a zavarban. Néhány olyan elmélet kerül bemutatásra, melyek szoros kapcsolatba hozhatók a szociális és társas kapcsolati problémákkal valamint a szabályozás problematikusságával az ADHD esetén.

A kilencvenes évek második felében Barkley (1997) elméleti munkája volt az első mely a végrehajtó funkciók atipikusságáról számolt be ADHD esetén, a *Viselkedés gátlás modelljében* a válaszgátlás zavarát emelte ki, mely a végrehajtó funkciókban és a viselkedés szabályozásában is károsodott területként jelenik meg. A gátlási funkciók atipikus működése a végrehajtó funkciók egyéb aspektusaira is hatással lehet, összességében gyengébb kontrollfolyamatokat idéz elő (Barkley, 1997).

Barkley elsődleges deficitként azonosította az ADHD esetében a viselkedésgátlás problematikusságát. A viselkedésgátlást három összetevős folyamatként írta le: prepotent (uralkodó) válasz gátlása, az alternatív viselkedéses reakciókat lehetővé tevő késleltetés védelme, interferencia szabályozás (interferencia = a hosszútávú memóriából történő előhívást gátló tényező). Barkley modelljében az egyén képtelen a viselkedés gátlásra, mely hozzájárul a végrehajtó funkciók maladaptív működéséhez. A végrehajtó funkciók működését

úgy definiálja, mint egy szelf irányította tevékenységet, mely nagymértékben hozzájárul a szelf-szabályozáshoz. Modelljében a végrehajtó funkciók magukban foglalják a munkamemóriát, az érzelmek, a motiváció és az éberség szabályozását, az internalizált beszéd kialakulását és a megelőző viselkedéses tervek átdolgozását, melyekre másodlagosan kiterjed az atipikus gátlási működés (Goldman, 2005; Barkley, 1997; Takács, 2013). Barkley úgy látta, hogy a viselkedésgátlás problematikussága az elsődleges, a végrehajtó funkciók bizonyos aspektusainak alulműködése másodlagos problémaként jelenik meg ADHD esetén. A viselkedéses válasz gátlásának nehézsége és a kapcsolódó végrehajtók alulműködése látható azokban az esetekben mikor a válasz késleltetése szükséges (Goldman, 2005; Barkley, 1997).

Edmond Sonuga-Barke (2002 in: Takács 2013) *Kétutas modelljében* (dual process) az elsődleges gátlási modell, - mely Barkley nevéhez fűződik - kiterjesztését javasolta és elméletében a motivációs kontroll (késleltetési nehézség) aspektusát is beemelte (Takács, 2013; Tárnok, 2007). Az ADHD tüneteinek háttere a gátlási (plusz végrehajtó funkciók) és motivációs elképzelések mentén elkülönül, míg a gátlási nehézséget vizsgáló eljárások a háttérben inkább kognitív diszfunkciókat emelik ki - viselkedésszervezés, a munkamemória zavarai, a figyelem irányításának nehézségei, a problémamegoldó képesség alulműködése - addig a motivációs és aktivációs elképzelés a lassabb reakcióidőt, a megnövekedett jutalomérzékenységet, a büntetés - mint visszajelzés - feldolgozás nehézséget és a jutalomkésleltetési nehézséget hangsúlyozza (Sonuga-Barke, 2002; Takács, 2013; Somogyi, Máté, & Miklósi, 2015).

A figyelemzavart a gátlás deficitjével és a végrehajtó funkciók zavarával, míg a hiperaktivitás-impulzivitást a motivációs rendszerrel és az aktivációs rendszerrel próbálja összekapcsolni (Sonuga-Barke, 2002; Tárnok, 2007).

Sonuga-Barke elméletében igen nagy jelentőséggel bírnak a szűken vett szociális környezet visszajelzései (szülők, tanárok) és különböző kulturális faktorok. Érdekes lehet a jutalomkésleltetés szempontjából, hogy adott kultúrán és mikroköznyezetben belül mi számít büntetésnek és melyek azok a kvázi jutalmak, melyek gátlása elegendő megbecsülést hordoz (Sonuga-Barke, 2002; Takács, 2013; Tárnok, 2007).

A diagnosztikai jegyek meghatározásában két útvonal együttesen és külön-külön is szerepet kaphat, ennek alapján fontos mindkét szempontot figyelembe venni a diagnosztikai folyamatoknál illetve a neuropszichológiai kutatások során (Takács, 2013). A kétutas modell neurobiológiai megközelítését is kidolgozta Sonuga-Barke (2003), mely értelmében a két útvonal eltérő frontostriális körökhöz kapcsolható (dorzális/ventrális-orbotofrontális)

(Sonuga-Barke, 2003; Tárnok, 2007). A kétutas modellt jelenleg teljes egészében igazolni nem sikerült az empirikus munkáknak.

A *Kognitív energetikai modell* ADHD-ra adaptált változata Sergeant (2000, in: Goldman, 2005; Sergeant, 2000; Shiels, & Hawk, 2010) nevéhez fűződik. Gyakorlatilag a modell lényege, hogy három különálló, ám szorosan kapcsolódó szint mentén írja le az információfeldolgozás és a válaszreakciók kifutásának folyamatát és annak problematikusságát az ADHD esetén. A három szint olyan területeket foglal magába, mint például a kódolás-döntés-motoros kivitelezés, erőfeszítés és éberségi szint, adaptív kontroll folyamatok, értékelés és irányítás (végrehajtó funkciók bizonyos aspektusai) (Goldman, 2005; Sergeant, 2000; Shiels, & Hawk, 2010).

A frontális és prefrontális kéreg a megismerő funkciók működésében játszik szerepet. Az ADHD zavarában csökkent dopamin és noradrenalin szint jellemzi a prefrontális kérget. Az említett két neurotranszmitter szerepe jelentős a viselkedés fenntartásában, munkamemória működésében, tanulás szabályozásában (dopamin), míg a noradrenalin az újdonság-detekció, az éber állapot, a feldolgozás agyi rendszereinek működésében játszik fontos szerepet (Szabó, Hombolygó, & Csépe, 2014).

Annyi bizonyos, hogy az ADHD-ban tetten érhető viselkedéses különbségek mögött sokkal valószínűbb, hogy multifaktoriális eltéréseket találunk, melyek nagy valószínűséggel egyetlen deficitre épülő modellel kevés sikerrel magyarázhatóak.

2.4.3. A genetikai és neurobiológiai tényezőkön túl

A szakemberek többsége ma úgy vélekedik, hogy a különböző környezeti, pszichoszociális faktoroknak a jelentősége nem az oki tényezőkben rejlik, viszont a genetikai és neurobiológiai faktorok felerősítésében vagy gyengítésében meghatározó szerepük lehet.

Prenatális, perinatális rizikótényezők

Rizikótényezőkként tartják számon a teljesség igénye nélkül a következőket: az anya dohányzása és alkoholfogyasztása a terhesség alatt, intrauterin fertőzések, alacsony születési súly, prenatális stressz, prenatális vérzés stb. Senol és munkatársai (2001 in: Guney, Cetin, & Iseri, 2015) retrospektív vizsgálatban 121 ADHD-s alany prenatális és perinatális időszak eseményeit vizsgálta. Eredményeik azt mutatták, hogy a kontroll csoporthoz képest magasabb arányban volt jelen az ADHD érintettek anamnézisében a császármetszés, az anyai dohányzás, a terhesség alatti magas vérnyomás, anyai stressz a terhesség idején, újszülöttkori sárgaság, oxigénhiányos állapot. A korai hipoxiás állapotok, a neurális fejlődés deficitjei kapcsolatban állhatnak az agy korai fejlődési periódusaival. A frontális lebeny bármely

perinatális sérülése nagy valószínűséggel befolyásol bizonyos kognitív funkciókat, mint például a figyelem, tervezés, motiváció, mely szoros kapcsolatban áll az ADHD tünettárával (Guney, Cetin, & Iseri, 2015). Jelentős kockázati tényezőként emelték ki az alacsony születési súlyt és a koraszülést egy nemrégiben végzett longitudinális vizsgálat alapján, melyben 2057 főt követtek nyomon 5 hónapos kortól 8 éves korig. Úgy találták, hogy a koraszülés és az alacsony születési súly járul hozzá leginkább az ADHD tüneteinek kialakulásához (Galera, és mtsai., 2011). Millberger és munkatársai (1996 in: Guney, Cetin, & Iseri, 2015) beszámoltak arról, hogy az ADHD-s gyermekek 22 százalékánál előfordult a szülés előtti anyai dohányzás, míg a kontroll csoport tagjainál 8%-ban fordult elő azonos előzmény. Hjern és munkatársai (2010 in: Guney, Cetin, & Iseri, 2015) hasonló eredményre jutottak a terhesség alatti anyai dohányzás és az ADHD kialakulásának összefüggésével kapcsolatban (Guney, Cetin, & Iseri, 2015).

A prenatális anyai alkoholfogyasztás és ADHD zavarának kialakulásával kapcsolatban azonban ellentmondó kutatási eredmények vannak. Yolton és munkatársai (2014) összefoglaló tanulmányában olvasható, hogy a súlyos alkoholproblémák a terhesség idején erős rizikófaktorként jelennek meg az ADHD tüneteinek kialakulásában, azonban a mérsékelt anyai alkoholfogyasztás a terhesség idején és a későbbi ADHD tünetek között nem találtak szignifikáns kapcsolatot (Yolton, 2014). Kesmodel és munkatársai (2012) munkájukban nem találtak szoros összefüggést az alacsony vagy mérsékelt terhesség alatti alkoholfogyasztás és a gyermekek öt éves korban vizsgált figyelmi és bizonyos végrehajtó funkciók tesztelésének eredményei között (Kesmodel, és mtsai., 2012).

Bada és munkatársai (2011) anyai életstílus tanulmányában összefüggéseket találtak szülő és tanári tünetbecslő skála segítségével (CBCL) a prekamaszkorú gyermekek externalizáló viselkedési problémái és a prenatális időszak kokain epizódjai között (Bada, és mtsai., 2011).

Pszichoszociális stresszorok mint rizikótényezők

Kockázati tényezőként jelenik meg a bántalmazás, az érzelmi trauma, a szexuális abúzus, alacsony szociális státusz, szülők közti kapcsolódási problémák, apai bűnözés, anyai mentális zavarok, biztonságos családi környezet hiánya stb. (Guney, Cetin, & Iseri, 2015). Gurevitz és munkatársai (2014) retrospektív vizsgálatot végeztek, melyben többek között pszichoszociális tényezőket is találtak, melyek összefüggésbe hozhatóak az ADHD fejlődésével: családon belüli stressz, szülők közti konfliktusok, depriváció, válás, anyai depresszió (Gurevitz, Geva, Varon, & Leitner, 2014). Latimer és munkatársai (2012) viselkedési rendellenességek (ADHD, oppozíciós zavar - ODD, magatartászavar - CD) környezeti kockázati tényezőit

vizsgáló szisztematikus áttekintésében hasonló pszichoszociális kockázati tényezőket emelnek ki: anyai szorongás, örökbefogadás, anyai depresszió, korai depriváció, szülői nevelési stílus (Latimer, és mtsai., 2012).

Összességében elmondható, hogy az ADHD okai leginkább genetikai vagy neurobiológiai alapokon nyugszanak, bár nem elhanyagolhatóak a különböző környezeti hatások, pre - és perinatális tényezők, önmagukban azonban a szociális faktorok nem mutatnak evidenciát a zavar kialakulásában, inkább erősítő/kibontó tényezőként regisztrálhatjuk őket (Barkley, 2017).

2.5. ADHD: fejlődési pszichopatológiai nézőpontok

Az ADHD napjainkban az egyik leggyakoribb neuropszichiátriai kórkép, mely nagyrészt krónikus lefolyású. Napjainkban végzett vizsgálatok, a környezeti faktorokon túl, melynek az oki funkció helyett, inkább a kibontó (fokozó/gyengítő) szerepét hangsúlyozzák, olyan tényezőket emelnek ki a szakemberek, melyek azt támasztják alá, hogy az ADHD sokkal inkább genetikai tényezők függvénye. A számos kutatás ellenére sem beszélhetünk egységes etiológiáról, ez a tapasztalat illeszkedik Sroufe (1990 in: Cicchetti, 2006) fejlődési pszichopatológiáról megfogalmazott elképzeléséhez: a fejlődési pszichopatológia egyik fő feladata fejlődési útvonalak meghatározása, melyek egy része nagyobb más része kisebb valószínűséggel vezet patológiához. Ide kapcsolható az ekvifinalitás (különböző előéletű emberek ugyanazt a patológiát mutatják) és multifinalitás (ugyanazon tapasztalattal más-más patológia alakulhat ki) elve is, melynek célja, hogy magyarázni tudja az adaptív és maladaptív egyéni mintázatok fejlődését. Ennek értelmében bármilyen folyamatot, pszichopatológiát, attribúciót vizsgálunk, figyelembe kell venni az egyéni jellemzők, tapasztalatok, a társadalmi hatások, az egyéni fejlődéstörténetek komplex mátrixát (Cicchetti & Rogosch, 1996; Cicchetti, 2006.; Tóth & Cicchetti, 2013). A fejlődési pszichopatológia tehát többszemponútú megközelítést tesz lehetővé és ezzel összefüggésben tárgyaljuk az ADHD kialakulásának etiológiáját.

Az alábbiakban szeretném körüljárni a figyelemhiányos hiperaktivitás kialakulásának lehetséges okait fejlődési pszichopatológiai keretbe ágyazva.

Az ADHD kialakulásának több lehetséges útvonala létezik, akár ekvifinalitás akár multifinalitásról beszélünk (Nigg, Hinshaw, & Huang-Pollock, 2006).

Az ADHD heterogenitása klinikai szinten nyilvánvaló. Ugyanazon diagnózis mentén találkozhatunk enyhébb és súlyosabb formáival, a hármas tünetcsoportból van, hogy valamely tünetek erőteljesebben, mások finomabban jelentkeznek. Az impulzuskontroll hiányával, a

figyelemproblémákkal, motoros nyugtalansággal küzdő gyermekek sokszor eltérő érzelmi, viselkedési nehézséget mutathatnak. Szorosan ide kapcsolható, hogy a komorbid zavarok megjelenése is gyakori: egyes esetekben oppozíciós zavarok (ODD) vagy magatartási nehézségek (CD) jelentkeznek. Ezek mellett gyakran társul az ADHD mellé internalizációs probléma, szociális szorongás, emocionális problémák, más esetekben tanulási zavarok is megjelenhetnek másodlagos diagnózisként (Nigg, Hinshaw, & Huang-Pollock, 2006; Steinberg & Drabick 2015). Az is nagyon valószínű, hogy különböző fejlődési utak, különböző komorbid társulásokhoz vezetnek, lehetnek ezek kontextuális tényezők, temperamentum sajátosságok, vagy az adott egyén életére jellemző specificitások. Az ADHD etiológiájára vonatkozó kutatások több lehetséges oki és rizikótényezőt sorakoztatnak fel, ezek kombinációi melyek az ADHD háttérében állhatnak: genetika, neurobiológia, környezeti faktorok (Steinberg & Drabick 2015). Mivel az okok, a tüneti lista és a társuló nehézségek is heterogének, így sokkal inkább elképzelhető, hogy az ADHD-t többszörös oki folyamatok okozzák - számolni kell kibontó tényezőkkel is - mintsem egyetlen központi folyamat. A többszörös fejlődési utak meghatározáshoz még számos vizsgálatra lenne szükség az ADHD etiológiáját tekintve (Nigg, Hinshaw, & Huang-Pollock, 2006).

2.6. Társkapcsolati nehézségek, avagy az elsődleges tüneteken túl

Az ADHD diagnózisa, tüneteinek további interperszonális problémákhoz vezethetnek és ezzel együtt újabb tüneteket is okozhatnak.

Az ADHD mentén számos negatív kimenetellel találkozhatunk, mint például az iskolai nehézségek, szegényes szociális kapcsolatok, társkapcsolati problémák, családi konfliktusok. A dolgozat szempontjából nagy jelentőséggel bírnak a szociális kapcsolatok problematikusságai, melyet a következő fejezetben részletesen tárgyalunk.

Az ADHD kapcsán felmerülő társkapcsolati problémákat több oldalról meg lehet közelíteni, ez a megközelítés könnyen levezethető a hármas fő tünetcsoportból. Mind a figyelemzavar, mind a motoros nyugtalanság, mind az impulzivitás mentén felsorakoztatható jó néhány olyan viselkedési szinten megjelenő probléma, mely hátráltathatja az ADHD-s gyerekek adaptív szociális kapcsolódását.

Az ADHD diagnózisa kapcsán sokszor felmerül a szabályozás problémája. Ezen belül ~~itt~~ beszélhetünk a viselkedés szabályozásáról és az érzelmek szabályozásáról is. Utóbbihoz kapcsolódó nehézségek állíthatók leginkább kapcsolatba a társkapcsolatok problematikusságával.

A pszichológia tudományának kezdetektől fogva témája volt a fejlődés társas környezete, az ember szociális beágyazottsága. A gyermekek életkoruk előrehaladtával egyre differenciáltabban és tudatosabban vesznek részt a társas kapcsolatokban. Már kezdetben, a születéstől fogva megjelennek a kommunikációs képességek és az igény a társas kapcsolódásra. Feltételezhető tehát, hogy ebben az időszakban alapozódnak meg a későbbi társas pozíció alapjai. A gyermeki fejlődés során az ember képes lesz aktívan is alakítani társas viselkedését és szociális pozícióját. A társas viselkedési képesség, valamint a szociális kompetencia fejlődéséhez és differenciálódásához elengedhetetlen az érzelmi, értelmi és én-fejlődés együttes dinamikája. Már a korai évektől érdeklődést mutatnak a gyerekek egymás iránt, majd óvodába kerülve kezdetleges csoportok alakulnak a gyerekek között. Az iskolába kerülés időszaka, a 6-7. életév jelentős fordulópontra a társas kapcsolatok fejlődését tekintve. Speciális képességek gyors ütemben fejlődnek, mellyel párhuzamosan a társas kompetencia is fejlődik. Nem utolsósorban fejlődik a gyermekek kommunikációs készsége, differenciáltabbá válik hanghordozásuk, nonverbális kommunikációjuk kifinomultabbá válik. Hat-tíz éves kor között javul az önkontrolljuk, képesek lesznek kiegyensúlyozottan és türelmesebben részt venni a „beszélő-hallgató” dialógusokban. Ezek a fejlődő kompetenciák részben a szociális kapcsolatok fejlődéséből következhetnek, például a közös játékkal háttérbe szorul az óvodás korra jellemző egocentrizmus, erősödik az önkontroll képessége az által, hogy a társak véleménye kitüntetett szerephez jut ebben az időszakban. A szociális kompetenciának meghatározó szerepe van abban, hogy a gyermek mennyire tud sikeresen, tartósan és hatékony kialakítani és fenntartani társas kapcsolatokat. A szociális kompetencia összetevői közé sorolható a kognitív, kommunikációs és egyéb képességek, melyekben az életkor előrehaladtával bizonyos mértékű egyéni kontinuitás figyelhető meg (Mészáros, 2004).

Lényegesen kisebb érdeklődés övezte a kortárskapcsolati problémákat a pszichiátriai zavarokon belül, mint a tipikus fejlődésmentet mutató gyerekek körében.

Az ADHD diagnosztikai kritériumaihoz nem tartozik szorosan hozzá a kortárskapcsolati problémakör. Az ADHD diagnózisú gyerekek azonban gyakran küzdenek szociális és társas kommunikációs és kapcsolati nehézségekkel. Nehézségek figyelhetőek meg a kortárskapcsolatok területén, kevés barátjuk van és a barátokhoz való kapcsolódás is gyakran korlátokba ütközik. Problémát okozhat többek között az együttműködés, a megoszthatóság gondolata. A kortársakhoz való kapcsolódás során gyakran megjelenik az én-központúság, az impulzivitás, az intruzivitás, a vezetés iránti igény és az ellenséges viselkedés.

Az ADHD-s gyerekeknek alacsonyabb a szociális elfogadottságuk, kevésbé kedveltek és gyakran elutasítják őket társaik, nagyobb valószínűséggel kerülnek a „nem barát” kategóriába egy közösségen belül. Kevés kölcsönösségen alapuló kapcsolatuk van. A reciprocitáson alapuló barátságoknak pedig kiemelt szerepük van az egyén jólétének fenntartásában (Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010).

2.6.1. Tünetekből levezethető nehézségek a szociális kapcsolódás tekintetében

Kérdés lehet, hogy a szociális diszfunkció hogyan jelenik meg a hármas tünetcsoporton keresztül, hogyan kapcsolható mégis az elsődleges tünetekhez. Az ADHD-s gyerekek szociális diszfunkcionalitásához hozzájáruló magatartási mintázatok szorosan kapcsolhatóak a tünetekhez. Például az intruzív viselkedés megjelenik az impulzivitás tüneteiben (gyakran félbeszakít másokat, türelmetlen, meggondolatlanul cselekszik) (Nijmeijer és mtsai., 2008). Tehát a társak közötti kölcsönhatások mentén zavaró lehet az impulzivitásból adódó olyan viselkedéses megnyilvánulások, mint például, hogy úgy cselekszik, hogy nem veszi figyelembe a lehetséges alternatív válaszokat, vagy figyelmen kívül hagyja a hosszútávú következményeket, türelmetlen a játékok vagy a sorban állás során. A hiperaktivitás tüneteit végiggondolva a szociális interakciókkal összefüggésben ezek a gyerekek gyakran túl aktívak, szüntelenül beszélnek, nem tudnak csendben játszani, ami negatív hatást gyakorolhat kortárs kapcsolataikra/amit nehezen viselhet a másik fél (Bacchini, Affuso, & Trotta, 2008). Alacsony frusztrációs tolerancia jellemzi őket: érzelmeiket nem képesek kordában tartani és uralni. Érzelmek irányítják viselkedésüket, gondolataikat. Előfordul, hogy a történéshez képest inadekvát módon túlságosan erős és szabályozhatatlan dühroham alakul ki náluk.

Ha kudarc éri őket képtelenek csak kicsit mérgesnek és feszültnek lenni, ők azonnal fékezhetetlen dührohamot kapnak és rendkívül ingerültek lesznek. Nem ritka, mikor órákon át tart egy ilyen kirohanás az ADHD diagnózisú gyermeknél. A benne felgyülemelő feszültséget általában a mellette lévő személyeken vagy tárgyakon vezeti le és nem ritka az sem, hogy a roham közben kiabálja sérelmeit és fenyegetőzik (Selikowitz, 2010).

A figyelmi problémák szintén negatív irányba befolyásolhatják a kapcsolatokat, hiszen nem tudnak huzamosabb ideig figyelni társaikra sem. A figyelmi problémák kapcsán nem biztos, hogy átlátják a többlépcsős játékszabályokat, lassabb reakcióidő jellemzi őket, sokszor félénkebbek társaiknál (Nijmeijer, és mtsai., 2008). Tehát a figyelemzavar korlátozza a gyerekeket a szociális készségek megszerzésében, hiszen a gyermek képtelen a megfigyelő tanulásra, nehézségekbe ütközik, hogy végig tudja kísérni a sikeres szociális kapcsolódásokat,

melyekben megfigyelhetőek az alapvető társas érintkezéshez szükséges magatartásformák (Aili, Norharlina, Manveen, & Wan Salwina, 2015).

Összességében tehát a szociális interakciók problémái az ADHD alapvető dimenzióinak közvetlen következményei lehetnek (Nijmeijer, és mtsai., 2008).

Néhány kutató azt gondolja, hogy a zavar egyik meghatározó jellemzője lehet a kortárskapcsolati problémakör. Az ADHD-s gyerekek csaknem fele társkapcsolati problémákkal is küzd. Whalen és Henker (1991 in: Nijmajer és mtsai., 2008; Uekermann és mtsai., 2010) azt találta, hogy az ADHD-s fiúk (6-12 év) szignifikánsan gyakrabban minősítették negatívan társaikat, több problémát sorakoztattak fel velük szemben, mint a nem ADHD-s fiúk csoportja. Sokkal gyakrabban találkoznak elutasítással, mint társaik. Az ADHD-s gyerekek gyakran kapnak stimulánsokat, mellyel kapcsolatban azt állapították meg, hogy a gyógyszerszedéssel egyenes arányosságban pozitív irányba tolódik a szociális hálóban betöltött szerepük (Nijmeijer, és mtsai., 2008; Uekermann, és mtsai., 2010).

Tehát az ADHD problémájával küzdő gyermekeknek komoly nehézséget okoz, a mindennapi tevékenységeikben, beleértve a játék és iskolai foglalkozásokat, viselkedésüket, érzelmeiket megfelelő kontroll alatt tartani, melynek következtében, súlyos externalizációs problémákat figyelhetünk meg, mint például viselkedési és magatartásbeli maladaptív megnyilvánulások (Belsky, Pasco Fearon, & Bell, 2007).

Szociális preferencia vizsgálatban például három tényezőt vettek alapul, mely befolyásolhatja a szociális kívánatosságot: ADHD, temperamentum jegyek és az iskolai bulling kapcsán az áldozat és agresszor szerepeket is ide sorolták. Az ADHD esetében rizikótényezőként említik az intruzív szociális kapcsolódást és azon képesség hiányát, hogy jól tudjanak az ADHD-s gyerekek tájékozódni a szociális interakciókban, hiányzik az a képesség, hogy a társas kapcsolódások mentén olvassanak ezekből a helyzetekből, tapasztalatokat szerezzenek és később ezt felhasználják. Az ADHD-s gyerekek átlag feletti kockázatnak vannak kitéve mind az agresszor szerep mind az áldozat szerepkör betöltésére. Összefüggéseket találtak az iskolában jelentkező bulling és az ADHD, a szorongás, a gyenge szociális készségek és az alacsony önértékelés között. Az impulzív viselkedés az agresszorok körében gyakoribb jelenség. Két utat találtak: egyiket az agresszor szerep lehetséges magyarázatára, másikat az áldozat szerepre az ADHD esetén. Az ADHD tünetei mellett gyakran megjelenő kevésbé adaptív/provokatív viselkedés agressziót idéz elő a kortársakból, így megjelenhet az áldozatszerep, másrészt az agresszív viselkedés, ami gyakran megjelenik az ADHD-s gyerekeknél felerősödhet amint azt tapasztalják, hogy áldozatuk nem tud megküzdeni a helyzettel. Mikor erőszakos magatartás társul az ADHD mellé, nagyban nő a kortárs elutasítás

kockázata. A szerzők többsége egyet ért azzal, hogy az agresszív magatartást mutató gyerekek alacsonyabb szociális készségekkel rendelkeznek. Ha az ADHD-s gyerek viselkedéséhez erőszakos magatartás társul, nagyban megnő a kortárs elutasítás kockázata. A nemek kérdésében azt találták, hogy az ADHD-s fiúk gyakrabban vesznek részt az iskolai zaklatásban, és gyakrabban érinti őket a szociális elutasítás jelensége. Dario és munkatársai (2008) összefüggést találtak a nem és az áldozat/agresszor szerep között. Az ADHD-s lányok nagyobb valószínűséggel válnak áldozattá, míg az ADHD-s fiúk gyakrabban agresszor szerepet töltenek be a kortárs közösségben. Azt találták, hogy mind az áldozatok, mind az agresszorok olyan jellemzőkkel rendelkeznek, mint az érzelmi szabályozás nehézsége és a gyenge (társkapcsolati) problémamegoldó képesség.

Az agresszorrá válást közvetítheti az ADHD-ban gyakran megjelenő kontroll hiány, impulzivitás, empátiahiány a fokozott helyzetekben. A szerzők ördögi körként jellemzik az ADHD-s gyerekek elutasítását és agresszorrá válását. A kontroll hiánya magasan korrelál az ADHD-val, mely gyakran az agresszív viselkedés magas szintjéhez vezet a kortárs csoportban. Az elutasítás által létrehozott harag újabb agresszív reakciókat válthat ki, mely megerősítheti a kirekesztés folyamatát. Az áldozattá válás folyamatát a következőképpen ragadják meg a szerzők: az ADHD-val gyakran együtt jár a provokatív viselkedés és az inadekvát reakciók a társas helyzetekben, mely agresszív viselkedést válthat ki a kortársakból, így az érintett ADHD-s gyermek csúfolás és bulling tárgya lesz. Ezen felül az ADHD egyik vezető tünete a figyelemzavar iskolai kudarokat okozhat a tanulás során a gyermeknek, veszt önbecsüléséből, mely gyakran előre jelzi a társak zaklatását. Sok esetben az alacsony önbecsülés és az áldozattá válás körforgásként írható le, melyben először jelenik meg az önbecsülés hanyatlása (Bacchini, Affuso, & Trotta, 2008).

Szociális interakciókat vizsgálva ADHD-s és kontroll személyek között azt találták (ismeretlen vizsgálati személyek), hogy az ADHD-s gyerekek nagyon hamar elérték a társas elutasítás állapotát, ami összefüggésbe hozható a csoportos játékhelyzetben mutatott az agresszív, romboló és az alapvető szociális normáknak nem megfelelő magatartásukkal. Beszédesebbek voltak társaiknál, gyakrabban fordult elő magas mozgásos aktivitás, magatartásukban gyakoribbak voltak a verbális és nonverbális negatív irányú megnyilvánulások, mint a nem ADHD-s gyerekek esetében.

Szimulációs osztálytermi kísérletben ADHD-s és kontroll személyek interakcióinak megfigyelése nyomán azt a következtetést teszik, hogy az ADHD-s gyerekek magasabb kontrollt akartak gyakorolni a szabadjáték helyzetekben és kevésbé voltak kooperatívok, mint társaik. Az ADHD-s gyerekeknek nehézségekbe ütközik kialakítani és fenntartani kielégítő

szociális kapcsolatokat. Hajlamosak a játékhelyzetekben irányítgató, bomlasztó viselkedésükkel és alacsony frusztrációtűrésükkel zavarni a csoportdinamikát. Nem meglepő, hogy csak néhány barátjuk van (Tur-Kaspa, 2005).

Nijmeijer és munkatársai (2008) összefoglaló írásukban az ADHD kapcsán felmerülő szociális diszfunkciókat tanulmányozták. A megfigyeléses vizsgálatok kapcsán azt a következtetést tehetjük, hogy az ADHD-s gyerekek szociálisan tolakodóbbnak tűnnek, mint társaik, azonban többször kezdeményeznek kapcsolódást társaikkal, mint a kontroll csoportok tagjai. Valójában tehát nem a kapcsolattartás mennyiségi mutatói csökkentek, hanem a kapcsolódás mentén mutatott adaptív viselkedés minősége, ami problémás esetükben. Két elemet találtak ami gyakran kapcsolatba hozható az ADHD-s gyerekek szociális működésének gyengülésével. Az elsőre példa a szabályok megsértése, ellenséges és kontrolláló viselkedés, verbális és fizikai agresszió a társas érintkezések során. Második elemként a gyakran megjelenő nyugtalan és tolakodó viselkedést említik, például: kiabálás, túlzott motoros aktivitás, nem megfelelő időben való beszélgetés, más gyerekek játékanak félbeszakítása. Mindkét elem kapcsolatban áll a kortárs elutasítással.

Az inadekvát szociális viselkedés következménye lehet a társas elutasítás, a közösségben való népszerűtlenség és a kevés barát. Az ADHD-s gyerekek népszerűtlenségének okait vizsgálva arra jutottak, hogy a társak fontos információkkal szolgálhatnak e téren. A társak véleménye jobb prediktor lehet a későbbi pszichés státuszra való következtetés során, mint a felnőtt (szülői/tanári) viselkedéses skálák, talán azért, mert a társak véleménye olyan kölcsönhatásokon alapul, melyeket nem tudtak átélni és megfigyelni sem a szülők sem a tanárok. Egy nagyméretű szociometriai felmérés során 165 ADHD-s gyermek és osztálytársaik vettek részt, melyben gyakran az ADHD-s gyermekek osztálytársaik elutasításában részesültek és nem akartak velük barátkozni. Nehézségként jelenik meg, hogy egy csoportban a népszerű gyerekek, akik véleménye nagymértékben szerepet játszik a társas hierarchia kialakításában gyakrabban választották barátjukként a nem ADHD-s gyerekeket, csökkentve ezzel a csoportban betöltött pozitív státuszát az ADHD-s gyerekeknek. Az elutasítás viszonylag rövid együttlét (egy nap, vagy kétszer húsz perces játék) után is megfigyelhető (Nijmeijer, és mtsai., 2008).

2.6.2. Szociális kapcsolatok problematikussága a szabályozás tükrében

Az ADHD-s gyerekekre jellemző, hogy nehezen tudják gátolni impulzív reakcióikat, ami aztán nem megfelelő, zavaró viselkedéshez vezethet. Szélsőséges, olykor kiszámíthatatlan reakciók figyelhetők meg, mikor stresszhelyzetbe kerül a gyermek. Ez aztán az interakciók

minőségét és a kommunikáció maladaptivitását okozhatja, mivel az ADHD-s gyermek válaszadásait nem előzi meg a tervezés folyamata, így kifutó reakcióik gyorsak lesznek és nem feltétlenül ésszerűek az adott helyzetben. Az érzelem és a viselkedésgátlás nehézsége szoros összefüggést mutat az impulzív reakciókkal. A gátlás képessége lehetővé teszi a figyelem, a viselkedés, a gondolatok és érzelmek kontrollálását. A gátlás része a végrehajtott funkcióknak, mely a frontális lebeny által szabályozott. Az érzelmek megfelelő szabályozása szoros függő viszonyban van a viselkedés megfelelő szabályozásával. Ha ez nehézségekbe ütközik sokszor érzelmi és viselkedéses problémákat okoz. Számos kutató a viselkedésgátlás nehézségét emelte ki a zavar centrális problémájaként, mely szoros összefüggésbe hozható a szociális kapcsolódási problémákkal. A viselkedésgátlás nehézsége és a gyenge impulzus szabályozás evidenciaként említhető az ADHD tekintetében, ez magával vonja a kevésbé hatékony érzelmi szabályozást. Ezeknek következményeként képtelenek késleltetni a reakciót addig, míg az adott szociális helyzet és viselkedésük következménye átgondolásra kerül. Így gyakran viselkedésük és cselekedeteik elhamarkodottak, a pillanat hevében jönnek létre, anélkül, hogy megfontolnák a lehetséges következményeket (pl.: ártalom, csalódás, kudarc, büntetés stb.). A hibákból való tanulás nehézségekbe ütközik az ADHD-s gyerekeknél, a hasonló helyzetekben képtelenek a megfelelő szelf-szabályozási stratégiákat és szociális készségeket alkalmazni. A viselkedés és érzelemszabályozás nehézségei láthatóak az intenzív, kevésbé modulált, a szituációnak nem megfelelő viselkedésben, és a szociális normákra való érzéketlenségben (Aili, Norharlina, Manveen, & Wan Salwina, 2015).

Az ADHD-s gyerekek esetében számos tanulmány számol be az érzelmekkel kapcsolatos nehézségekről, melyek magukban foglalják az érzelmek nehézkes szabályozását, a túlzott érzelmkifejezést - ez főleg a negatív töltetű emóciókra vonatkozik, mint például a harag, agresszió szabályozására. A frusztrációval szembeni megküzdés szintén problémás esetükben (Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010). Az Egyesült Államokban az ADHD-s gyerekek több mint egyharmadánál találtak érzelmi nehézségeket (Strine, és mtsai., 2006). Az ADHD mentén gyakran találkozhatunk olyan viselkedésmintákkal, mely a negatív érzelmek diszregulációjából erednek. Az érzelmek szabályozási nehézsége magával vonhatja, hogy a gyermek mikor intenzív haragot él át szembeszegül a szabályoknak, dacos lesz, és viselkedésében az azonnali megtorlás jelenhet meg (Bunford, Evans, & Wymbs, 2015). Könnyen dühbe gurulnak, heves reakcióik vannak, így könnyű őket felbosszantani akár apró megjegyzésekkel is (Aili, Norharlina, Manveen, & Wan Salwina, 2015).

Egyszerű és gyakori példa egy osztálytermi szituáció, mikor a tanár olyan tevékenységgel vádolja az ADHD-s gyermeket, amit nem ő követett el, ebben az esetben az ADHD-s

gyerekek nagy többsége képtelen csendben maradni, megjelenik egy intenzív válaszreakció a tanár felé, melyben kiáll magáért, ez gyakran kevésbé adaptívan, a csoport normarendszerének nem megfelelően történik. A helyzet frusztrálja a gyermeket és megjelenik az intenzív düh, mely után nem képes szabályozni az érzelmi reakciók intenzitását, és ezzel együtt ellenállni a kifutó viselkedéses válasznak, vagy figyelembe venni a hosszú távú következményeket, például az igazgatói irodába küldést vagy beírást. A negatív érzelmek szabályozásán túl előfordulnak olyan esetek, mikor a pozitív érzelmek szabályozása ütközik akadályba. Ebben az esetben az érzelmi diszreguláció a túlzott lelkesedésben, izgatottságban, túlfűtöttségben manifesztálódik. Példa lehet erre, mikor a gyerekekkel egy számukra kedvező eseményt közlünk, ilyenkor előfordulhat, hogy túlfűtöttségükben tapsolnak, ugrálnak, nevetnek, hangosan reagálnak és nehezen tudnak megnyugodni. Ez a többi gyerek számára olykor infantilisnak, furcsának tűnik, mely szintén a szociális elutasításhoz vezethet. Mindkét esetben nehézségekbe ütközik az érzelmek kezelése, a negatív és pozitív érzelmek túlzott manifesztálódása látható.

Az érzelemszabályozás magában foglalja, hogy egy érzelm megjelenését követően az egyén képes gátolni a viselkedési reakciót, melyet az adott érzelm generál, képes a fiziológiai izgalmi szintet csillapítani, a figyelmét összpontosítva képes viselkedéses válaszát egy adaptív cél érdekében összerendezni. Az ADHD-val küzdők körében a leggyakrabban szabályozatlan érzelm a düh és a harag, ugyanakkor a szomorúság, boldogság és a félelem is megjelenik, mint szabályozatlan emóció. Akár pozitív akár negatív érzelmi szabályozási nehézségről beszélünk, mindkét esetben megjelenhet az ADHD-s gyerekeknél, hogy akadályokba ütközik az, hogy rugalmasan és szociálisan adaptív módon reagáljanak környezetükre.

Az érzelemszabályozásnak fontos része az érzelmek pontos detekciója, néhány kutatás beszámol arról, hogy az ADHD-s gyerekeknek nehézségekbe ütközik az érzelmek felismerése, míg más kutatások nem tudták megismételni ezeket az eredményeket, tehát lehet, hogy az érzelemfelismerési nehézség a szabályozási problémákhoz hozzájárul, ez azonban az ADHD esetében eddig nem bizonyított. Ha a különböző altípusait szemléljük az ADHD-nak a kutatók egyetértenek abban, hogy a gátlás problémája leginkább a hiperaktív/impulzív és a kombinált formában, azaz az ADHD-s gyermekek esetében figyelhető meg. Ezzel összefüggésben az érzelmi szabályozási nehézségek is leginkább a fenti két csoportban figyelhetőek meg, a tisztán figyelemzavaros altípusban kevésbé. Tehát gyakran megjelenik az erőteljes érzelm hatására a viselkedéses diszkontroll folyamata, mely a viselkedésgátlás nehézségében csúcsosodik (Bunford, Evans, & Wymbs, 2015).

Dodge és munkatársai (in: Tur-Kaspa, 2005) olyan általános modellt fejlesztettek ki, mely többszintű szociális-kognitív folyamatokat tár fel, magában foglalva a szociális információk feldolgozását. Szerintük a gyerekek egy adott szociális helyzet megoldásakor biológiailag meghatározott válaszkészlettel, és egy olyan adatbázissal rendelkeznek, mely magában foglalja a múltbéli tapasztalatokat és a válaszrepertoárjukat. A gyermek a környezettől meghatározott társadalmi jeleket, mint inputokat kap, az ezekre történő válaszreakciókat a szociális információk feldolgozásának mikéntje befolyásolja. A modell azt feltételezi, hogy ez a feldolgozás lépcsőzetes, a jelek kódolását az értelmezésük követi, majd a célok tisztázása után a kívánt kimenetel meghatározását a viselkedéses válasz felépítése követi, és végül a környezet számára is érzékelhető választott reakció lép érvénybe. Ha a folyamat egy bizonyos pontján hiba csúszik be, beszélhetünk itt akár a kognitív képességek deficitjéről vagy a környezeti ingerek észlelésének és értelmezésének pontatlanságáról, akkor a kifutó viselkedéses válasz maladaptivitását eredményezhetik. Tur-Kaspa and Michal (2003 in: Tur-Kaspa, 2005) szociális információfeldolgozási folyamatokat, illetve a társas interakciókban való részvétel motivációs hátterét vizsgálták ADHD-s és kontroll csoportokban és alapul vették Dodge és munkatársai elméletét. Eredményeik azt mutatják, hogy az ADHD-s személyek alacsonyabb szociális információfeldolgozási képességekkel rendelkeznek, valamint a szociális interakciókban viselkedésük arra irányul, hogy kontrollt gyakoroljanak társaik felett és az interakciókat ellenőrzésük alatt tartásák.

Úgy tűnik, hogy az ADHD-s gyerekek kevésbé adaptív megoldásokat mutatnak, kevésbé tudják impulzív viselkedésüket kontrolálni és kevésbé voltak adaptívak a kapcsolatfenntartás és problémamegoldás terén a szociális interakciókban (Tur-Kaspa, 2005).

Összességében a fentiek tükrében láthatjuk, hogy az ADHD-s gyerekeket társaik gyakran elkerülik, negatív, durva és időnként agresszív megnyilvánulásaik miatt. A kölcsönösségen alapuló szociális kapcsolatok problematikusak esetükben és gyakran hiányoznak életükből (Aili, Norharlina, Manveen, & Wan Salwina, 2015).

2.6.3. Szociális kapcsolódás nehézségei gyermekkori depresszióban

Mivel a disszertáció elméleti háttere és módszertana is leginkább a szociális környezetben lévő kapcsolódások adaptivitására vagy éppen maladaptivitására helyezi a hangsúlyt az ADHD tekintetében, ezért úgy gondoljuk, hogy néhány szóban itt érdemes tárgyalni, hogy miért kapott helyet az ADHD tünetekkel élők és a kontroll csoport mellett a dolgozatban a depresszív tünetekkel élők csoportja is.

A gyermekkori depressziónál sem diagnosztikus kritérium a szociális kapcsolati probléma, mégis hangsúlyos a zavart tekintve a diszfunkcionális szociális készségek és interakciók. A társadalmi támogatás hiánya a gyerekeknél kockázati tényezőként jelenhet meg a depresszió kialakulását tekintve. A barátok fontos szerepet töltenek be a stresszel való megküzdés terén, egy szoros, közeli baráti kapcsolat jelenléte védelmet nyújthat a depresszív hatásokkal és stresszel szemben. A kortárs kapcsolatok nagyobb valószínűséggel nyújtanak védelmet a depressziós tünetekkel szemben, mint a szülői kapcsolatok. Cillessen, Van Lieshout, és Haselager (1992 in: Parker, és mtsai., 2006) egy öt éves longitudinális vizsgálatban azt találták kamaszkor előtt álló fiúk körében, hogy a társas elutasítás megtapasztalása magányhoz vezet, ami növeli a depresszió kialakulásának kockázatát (Parker, és mtsai., 2006).

A depressziós gyerekek hajlamosak arra, hogy negatívabbnak állítsák be társas helyzetüket, mint tipikusan fejlődő kortársaik. Egy magyarázat lehet erre, hogy a depresszió viselkedéses tüneteinek tükrében a problémamentes kortárs csoport nem túl hízelgő általánosításokat tesz a depressziós gyerekekre. A depressziós gyermekek könnyen válnak elutasítottá a kortárs közösségben, perifériára kerülnek, kevés barátjuk van, önértékelésük és önbecsülésük hanyatlani kezd. Szociális viselkedésük olykor szélsőséges is lehet. Előfordul, hogy passzívak máskor nyugtalanságuk helyezkedik előtérbe, magatartási problémák is előfordulnak esetükben. A kortársaik szemszögéből olykor kiszámíthatatlannak tűnnek (Slee, 1995).

Depressziós gyermekekkel végeztek vizsgálatot, melyben kortárs közösségben figyelték meg őket kétszer hat perces szabad játék során. Eredményeik nagyban összecsengenek a fent leírt szociális kapcsolódási nehézségekkel: többen voltak egyedül, kevesebb interakciót kezdeményeztek, sokkal negatívabb viselkedést mutattak, mint tipikusan fejlődő társaik (Segrin, 2000).

A depressziós gyerekek annak ellenére, hogy próbálnak nyitni a szociális érintkezések tekintetében, több időt töltenek egyedül és gyakrabban vesznek részt negatív interakciókban a kortársaikkal. Érzelmeket nehezebben szabályozzák, konfliktuskezelési technikáik olykor maladaptívak. Ezekkel összhangban a depressziós gyerekek válasza a szelf-percepció profil kérdőívén azt sugallja, hogy ők kevésbé érzik magukat szociálisan kompetensnek, ugyanúgy ahogy több különböző specifikus szociális kompetenciában is gyengébbnek értékelték magukat (Altmann & Gotlib, 1988).

2.7. Elbeszélések, élettörténeti epizódok, narratív pszichológia

2.7.1. Narratív pszichológia

A narratív pszichológiai megközelítés az 1980 évek tájára tehető, alapfeltevése az, hogy jelentős mértékben narratív módon szerveződik az ember mentális működése (Pólya, 2003). A narratív pszichológia kifejezés Theodor Sarbin nevéhez köthető. A narratívumot a pszichológia tőmetaforájának nevezte az 1986-ban megjelenő *A narratív pszichológia* című kötetében. E fogalom Steven Pepper metafizikai-tipológiájából származik. Pepper (In. Kopasz, 2010) úgy vélte, hogy minden világhipotézis egyfajta alapvető vagy tőmetaforából származtatható. Az új jelenségeket az ember nem tudja hova illeszteni, mert az új dolgokra vonatkoztatható kategória, vagy osztály nem áll rendelkezésére. Megoldásként analógiát kutat az új vagy ismeretlen és az ismert között. A tőmetaforák részleges hasonlósággal születnek, amely egyben segítségként és korlátként is befolyásolja az új dolog megismerését, értelmezését, azaz az emberi világ eseménysorozatainak konstrukcióját. Pepper (In. Kopasz, 2010) a világek hat típusát vezette le a tőmetaforák segítségével: animizmus, miszticizmus, formalizmus, mechanizmus, organicizmus, kontextuálisizmus.

Sarbin, Pepper nyomán, a narratívumot is tőmetaforaként kezeli, mivel az emberi ítéletalkotás, észlelés, gondolkodás narratív struktúrák szerint szerveződik. A narratívum felfogható az egyén cselekvéssorozatainak szervezőelvéként (Kopasz, 2010). A pszichológiai kutatásokban a narratív megközelítés jelen van mint metaelmélet, mint a reprezentáció narratív szerveződésének elve és mint empirikus változók készlete (Pólya, 2003).

Ehmann, *A szöveg mélyén* (2002) című könyvében a fent leírtakat (narratív pszichológia három tárgykörét) világosan és éles határokat húzva mutatja be:

1. A narratív pszichológia, mint metaelmélet. Képviselői, az elbeszélő funkcióra úgy tekintenek, mint egy általános antropológia jellemzőre, ami a valóság értelmezését segíti elő.
2. A második tárgykör, az elbeszélés egyéni pszichikumban betöltött funkcióját tanulmányozza. Ide sorolható az empirikus kutatás, a szövegkutatás és a reprezentációkutatás is.
3. A harmadik pontban az elbeszélés, mint pszichológia állapotok és viszonyulások hordozója jelenik meg. Itt a narratív pszichológia az elbeszélések lélektani szempontból tanulmányozható jellemzőit feltáró eszközök hordozója.

Tehát a narratív pszichológiát tekintve nem beszélhetünk egységes szemléletről, teóriáról, mivel a pszichológiai írásokban a narratív megközelítés, mint elmélet, mint irányzat, mint módszer is szerepel (Ehmann, 2002).

Ezek mellett fontos megemlíteni néhány releváns közös pontot is a narratív pszichológiai megközelítésben: személyes tapasztalat narratív szerveződése, narratív struktúra mely jelentésgeneráló funkcióval bír, narratív konstrukció nyelvi oldalának kiemelése (Pólya, 2003). A narratív pszichológia a jelenségek olyan megközelítésmódja, amely az elbeszélést a jelenségek lényegi mozzanatának tekinti. A narratívum tulajdonságai hozzájárulnak a jelenségek megismeréséhez, valamint a mögöttük feltételezhető elméletek, vagy szabályszerűségek általánosításához is. Így beszélhetünk az érzelmek, emlékezet, gondolkodás narratív elméleteiről, személyiség vagy identitáselméletekről a narratívák tükrében (László, 2001).

2.7.2. Tudományos narratív pszichológia

A tudományos narratív pszichológia mint irányzat megjelenése az elmúlt évtizedre tehető. A narratív pszichológiának ezen ága abból indul ki, hogy a pszichológia bizonyos területeinek tanulmányozásakor elengedhetetlen a séma-szerű értelmező és az alulról felfelé haladó úgynevezett analitikus módszerek együttes alkalmazása, ennek oka, hogy számos terület bonyolultsága a pszichológián belül – személyiség, társadalmi, kulturális folyamatok – megkívánja ezt. Az irányzat az elbeszélésre, mint eszközre tekint, hiszen egy elbeszélés azáltal, hogy struktúrával rendelkezik, anyagi, empirikus tulajdonságai vannak, szoros kapcsolatot mutat az identitás állapotaival, így alkalmas lehet pszichológiai folyamatok empirikus módon való megragadására (László, 2008). A történetek különböző kompozíciós elvek mentén jönnek létre az egyéni és csoporttörténetek szintjén is, a kompozíciós elvek mentén megragadhatóvá válnak a pszichológiai kategóriákkal leírható egyéni és csoportszintű belső állapotok, állapotváltozások (Ehmann, és mtsai, 2014). A tudományos narratív pszichológia kizárólag én-elbeszélésekkel, valamint egy csoport múltjára-jelenére-jövőjére vonatkozó narratívákkal foglalkozik. Ha elfogadjuk azt, hogy az elbeszélésre, mint komplex pszichológiai tartalmak hordozójára tekintünk, akkor a humán társas alkalmazkodásról lényegi információkat kapunk, melyek empirikusan megalapozottak. Az élettörténeti elbeszélésekben megjelennek azok a módok miszerint az egyén a társas világhoz köthető viszonyát szervezi, valamint az, hogy miként alkotja meg személyes identitását. A történetek élményminőségei valamint kompozíciós tulajdonságai az elbeszélő megküzdési módjairól, viselkedéses adaptációiról is információval szolgálnak. Tudományos vizsgálat tárgyává akkor

tud válni egy elbeszélés, ha létezik olyan módszer mely megbízhatóan – ismételhetően -, illetve a pszichológiai konstrukció oldaláról empirikusan ellenőrizhető módon képes megragadni a pszichológiailag fontos jelentéseket, így válhat vizsgálhatóvá az identitás, az én és a valóság kapcsolatának jellemzői (László, 2008).

2.7.3. Narratív pszichológiai tartalomelemzés

A fent kirajzolódó módszer megalkotásához a narratológia kutatások elmélete, módszertana jelentős hozzájárulást tett. Az elbeszélés-kutatások mentén olyan eszközök kerültek előtérbe, melyek által az eseményekből történetek válnak az elbeszélők által, illetve, olyan hatások kerülnek felszínre melyek a jelentés megalkotás/jelentésalkotás mentén tetten érhetőek. A narratológiának köszönhetően megjelentek az elbeszélések formális-strukturális elemzései (László, 2011). A narratív pszichológiai tartalomelemzés a következő összefüggésre épít „Az elbeszélés véges számú strukturális vagy kompozíciós „helyet” tartalmaz, amit ugyancsak véges számú pszichológiai jelentésteli tartalommal lehet kitölteni, miközben a felszíni szöveg végtelenül változatos marad” olvasható László János cikkében (László, 2005b, 1366. o.). Az, hogy az elbeszélő személy/csoport pszichológiai állapotai és az alkalmazott narratív kompozíciós technikák között megfelelést feltételez az ismertetett módszer, a következőn alapul: ahogy az elbeszélő jelentést ad élete eseményeinek párhuzamba állítható a pszichológiai kategóriákkal leírható belső állapotaival. A módszer a pszichológiai kategóriák kifejeződésének tekinti az én-elbeszélések és csoport-narratívák összetett mintázatait (László, 2011). A narratív pszichológiai tartalomelemzés mentén az elbeszélések strukturális tulajdonságaihoz pszichológiai tartalmak hozzákapcsolására van lehetőség. Így vált a narratív pszichológiai tartalomelemzés a tudományos narratív pszichológia eszközévé. Számos olyan kompozíciós elem létezik, mely a narratív pszichológiai tartalomelemzés számára hasznosságot nyert, ilyen például a szereplői funkciók, a téri-idői elbeszélői perspektíva, az összefüggés az elbeszélő események jelentése és az elbeszélés időviszonyai között, érzelmi-téri távolságszabályozás a szereplők között, az elbeszélés pszichológiai perspektívája (viselkedés leírás kívülről vagy a lelki állapotok ismeretében történik), értékelés.

Az eseményekről szóló elbeszélések jelentéstartalmának lényeges árnyalatait képesek kiemelni a nyelvi transzformációk, melyek a narratív kompozíciós elvek sajátos osztályát képezik. Ide sorolható a mentalizáció vagy az intencionalitás is. Ezeken felül lényeges pszichológiai következtetésekre ad lehetőséget az érzelmek mintázatának feltérképezése (elbeszélői és szereplői oldalról is) ugyancsak, mint az elbeszélői és szereplői ágencia vagy

aktivitás arányának vizsgálata. A fent leírt narratív kompozíciós elvekre narratív pszichológiai tartalomelemző eljárásokat dolgoztak ki (László, 2008).

Valamennyi elbeszélésben jelen van az idő, az elbeszélői perspektíva, az értékelés, az érzelmek, a pszichológiai perspektíva (a narrátor és szereplők közötti mentális állapotok eloszlása), az ágencia, az intencionalitás és még valamennyi narratív kategória. Kulcsszerepet kapnak a fent leírt narratív kategóriák, melyek által az események konstrukciójának módját vizsgálja a narratív pszichológiai tartalomelemzés az egyéni vagy csoportos életeseményekről szóló elbeszélésekben (László, 2011).

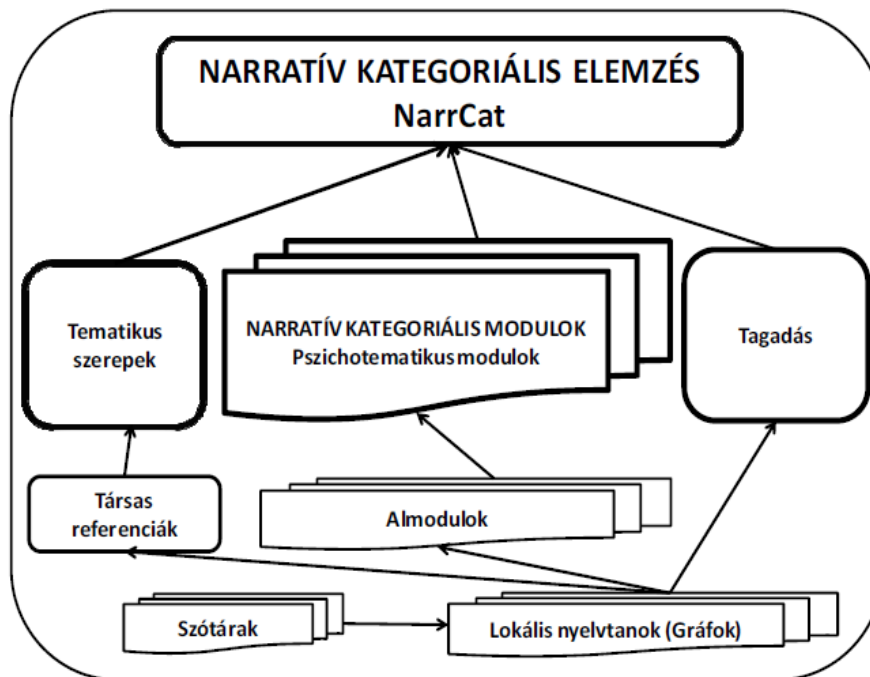
2.7.4. Narratív kategoriális tartalomelemzés (NARRCAT)

A narratív pszichológiai tartalomelemzés számára kifejlesztett szoftver a NARRCAT (Narrative Psychological Content Analytical Tool) (Csertő & László, 2011). A szoftver magyar nyelvű szövegek vizsgálatára alkalmas fejlesztés, rendszere moduláris és narratív kategoriális tartalomelemzést tesz lehetővé (Ehmann & Balázs 2015). A modulok (például érzelem, ágencia, idő, értékelés, tagadás, szereplői funkciók) mentén pszichológiai jelenségek narratív jegyeinek kódolása a cél (Szalai, 2011). Az intézményes fejlesztések a pszichológusok részéről a Pécsi Tudományegyetemen és az MTA TTK Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézetében, míg a nyelvészek részéről az MTA Nyelvtudományi Intézetben, a Szegedi Tudományegyetemen zajlottak (Ehmann, és mtsai, 2014). A NarrCat szoftverfejlesztés két nyelvtechnológiai előfeltétel mentén alakulhatott ki: korpusznyelvészet kialakulása ezen belül magyar nyelvű nemzeti korpuszok létrehozása, valamint a Max Silberztein által kifejlesztett Nooj korpusznyelvészeti fejlesztő környezet. A Nooj környezete olyan szövegek vizsgálatára alkalmas, amelyek igen nagy terjedelműek, továbbiakban szöveggörpuszok. A Nooj környezetben különböző szempontok szerint lehet szótárakat kialakítani, valamint lehetőség nyílik helyi nyelvtanok megalkotására is a szoftver segítségével (Ehmann & Balázs, 2015). A gráfok és lokális nyelvtanok mentén nyelvtani szerkezetek, szókapcsolatok azonosítására is lehetőség nyílik, tehát nem pusztán szólisták azonosításáról beszélhetünk (Szalai, 2011).

Ahhoz, hogy a narratív kategoriális tartalomelemzés lényegét tisztán lássuk vissza kell kanyarodni a tudományos narratív pszichológiához, melynek lényege a következő: az egyéni és csoporttörténetek különböző kompozíciós elvek mentén jönnek létre, ezek a kompozíciós elvek az egyének és csoportok belső pszichológiai kategóriákkal leírható állapotainak hordozói. Ezt a gondolatmenetet tovább fűzve a narratív kategoriális tartalomelemzés lényege a következőképpen ragadható meg: a kompozíciós elveket és (narratív) kategóriákat

pszichológiai kategóriákkal párosítja és statisztikai elemzés alá vonja az eredményeket. Következésképpen a módszer és elmélet hozadéka az, hogy a kapott eredmények értelmezése mentén megragadhatóvá, bejósolhatóvá válnak az egyének és csoportok pszichológiai – és identitás állapotai/folyamatai. A NarrCat által végezhető narratív kategóriális tartalomelemzéskor számítógép segítségével végzett adatredukció történik (speciális tematikájú): „az egyéni és csoportnarratívumok meghatározott egységeit (mondatokat/mondatrészeket) a későbbi narratív pszichológiai elemzés alapjául szolgáló kategóriákká transzformáljuk” (Ehmann, és mtsai, 2014, 137. o.). Például: 'Büszke vagyok apámra' = *a Szelf mint Ágens absztrakt pozitív érzelme a Másik mint Recipiens iránt a jelenben.* (Ehmann, és mtsai, 2014). Lehetővé válik a szó szint feletti nyelvi alakzatok azonosítása az egyéni és csoporttörténetekben (Csertő & László, 2011).

A NarrCat szerkezeti felépítése (Ehmann, és mtsai, 2014).



A NarrCat szerkezete

(Forrás: Ehmann, és mtsai, 2014, 138.o.)

A NarrCat rendszere moduláris felépítésű, melynek alapját szótárak alkotják. A szótárak szókincsét egyrészt olyan szövegtörzsekből nyerték, melyek a magyar írott nyelv általános szókincsét magában foglalják (Szeged Korpusz, Magyar Nemzeti Szövegtár), másrészt speciális pszichológiai szövegtörzsekből (például: klinikai pszichológiai populációk szövegei, mélyinterjúk, normál populációval készített félig strukturált interjúk, nemzeti, történelmi vonatkozású szövegek) (Ehmann, és mtsai, 2014).

Az alábbiakban a kutatás szempontjából jelentős modulok kerülnek részletes bemutatásra, melyek narratív kategóriák/elemek feldolgozására jöttek létre (László, 2005a):

Társas referencia modul

A Társas referencia modul két almodullal rendelkezik: Személyközi referenciák almodul és Csoportközi referenciák almodul. Az én-te-ő-mi-ti-ők referenciák azonosítására szolgál a Személyközi referencia almodul, mely részletes bemutatásra kerül (Ehmann, és mtsai, 2014).

Szelf-referencia

Azokban az esetekben beszélhetünk szelf-referenciáról ha a szövegekben egyes szám első személyű névmásokat látunk. Ezen felül az igék ragozása abban az esetben, ha egyes szám első személyben kerül ragozásra. A főnevek birtokos ragozásának egyes szám első személyű formái is a szelf-mi referencia azonosítására szolgálhatnak. A modul tehát olyan kifejezések esetén jelez találatot, melyben egyes szám első személy szerepel (ige, névmás, birtokos raggal szereplő főnév) (Hargitai, és mtsai, 2005).

Az alábbiakban a szelf-referencia nyelvi markereire találunk példákat.

A SZELF-REFERENCIA NYELVI JEGYEI	PÉLDÁK
<p>Egyes szám / 1. sz. igék</p> <ul style="list-style-type: none"> - kijelentő mód, jelen idő, általános tárgy - kijelentő mód, jelen idő, 2. sz. határozott tárgy - kijelentő mód, jelen idő, határozott tárgy - kijelentő mód, múlt idő, általános tárgy - kijelentő mód, múlt idő, 2. sz. határozott tárgy - kijelentő mód, múlt idő, határozott tárgy - feltételes mód, általános tárgy - feltételes mód, 2. sz. határozott tárgy - feltételes mód, határozott tárgy - felszólító mód, általános tárgy - felszólító mód, 2. sz. határozott tárgy - felszólító mód, határozott tárgy 	<p>Terminális igei toldalékok</p> <ul style="list-style-type: none"> -ok, -ek, -ök -lak, -lek, -alak, -elek -om, -em, -öm -tam, -tem, -ttam, -ttem, -ottam, -ettem, -öttem -talak, -telek, -ttalak, -ttelek, -ottalak, -öttelek -tam, -tem, -ttam, -ttem, -ottam, -ettem, -öttem -nék, -nák, -enék, -nám, -ném -nálak, -nélek, -análak, -eném -nám, -ném, -anám, -eném -jak, -jek, -jam, -jem, -jalak, -jelek, -alák, -elek -jam, -jem, -am, -em
<p>Névmások:</p> <p>Személyes Birtokos Visszaható</p>	<p>én, engem, tőlem, nekem, velem, általam, stb. enyém, enyémről, enyémhez, enyémmel, stb. magam, magamért, magamról, magamhoz, stb.</p>
<p>Birtokos személyraggal ellátott főnevek -egy birtok esetén -több birtok esetén</p>	<p>Nem terminális névszói toldalékok</p> <ul style="list-style-type: none"> -m, -am, -em, -om, -öm -im, -aim, -eim, -jaim, -jeim

A szelf-referencia nyelvi jegyei

(Forrás: Hargitai, és mtsai, 2005, 9.o.)

Az élettörténeti elbeszélések természetüknél fogva az én élményeiről, megtapasztalásairól szólnak és én-elbeszéléseknek nevezzük őket, ha a főszereplő és az elbeszélő maga az én. Az én jelenlétével az elbeszélésekben önhivatkozások formájában találkozhatunk (László, 2005a; László, 2005b). A pszichológiában mindig központi helyen szerepelt az én-ként való létezés kérdésköre. Az énnel foglalkozó, az arra vonatkozó elméletek különböző fogalmak, fogalmi egységek köré rendeződnek, ilyen a teljesség igénye nélkül az önbecsülés, ágencia, kontroll, én-tudatosság, önfenntartás stb. (Hargitai, és mtsai, 2005). Pszichés zavarok háttérében állhat az énrre vonatkozó tendenciák túlsúlyban való megjelenése, például a megnövekedett introjekciós tendenciák, a mindent birtokolni akarás (bel – és külvilági tartalmak) mentén eljuthatunk a túlzott materiális birtoklásig, az egocentrizmusig és akár a nárcisztikus zavarokig. A saját létezés kiterjesztésének felerősödése összefüggésben állhat a realitás határvesztésével és megnyilvánulhat például paranoiában, vallási téveszmékben, megalomániában (László, 2005a).

Voltaképpen a szelfre vonatkozó nyelvi markerek arányai révén az egészséges és patológiás működésmód mód között lehetőség nyílik a különbségtételre. Különböző pszichés állapotokat és tulajdonképpen az ezeket reprezentáló élettörténeti narratívumokat tudjuk elkülöníteni a fent leírt nyelvi markerek arányai mentén (Hargitai, és mtsai, 2005; László, 2005a).

A szelf/én-referencia pszichológiai tartalmát többek között depresszió kutatásban is lehet alkalmazni az én-érzés erősödésének vagy éppen csökkenésének viszonylatában (Hargitai, és mtsai, 2005). Hargitai és munkatársai (2005) kapcsolatot találtak a szelf-referencia megemelkedett értéke és a depresszió között. Fontos azonban megemlíteni, hogy a magas szelf-referencia érték nem kizárólag a depresszív dinamikával hozható összefüggésbe. Az elbeszélések, történetek tartalmától függően a szelf-referencia (például teljesítménytörténet, fontos másikkal kapcsolatos jó történet) kapcsolatba hozható az autonómiával, energizáltsággal a személy egységének fenntarthatóságával is. A valenciát tekintve a pozitív történetekben megjelenő megnövekedett szelf-referencia arány összefüggésbe hozható a valósághoz való adaptációval, az önfenntartással, tehát az én, mint integrált egység érzésének megtarthatóságával (Hargitai, 2005).

Mi-referencia

A mi-referencia a következő kategóriákat foglalja magában: többes szám első személyű igék, névmások, birtokos személyraggal ellátott főnevek (Kovács, 2012). A modul olyan

kifejezések esetén mutat találatot, melyben többes szám első személy szerepel (ige, névmás, birtokos raggal szereplő főnév) (Hargitai, és mtsai, 2005).

A következőkben a mi-referencia nyelvi markereire találunk példákat.

A MI-REFERENCIA NYELVI JEGYEI	PÉLDÁK
Többes szám / 1. sz. igék -kijelentő mód, jelen idő -kijelentő mód, múlt idő -feltételes mód -felszólító mód	Terminális igei toldalékok -unk, -ünk, -juk, -jük -tuk, -tük, -tunk, -tünk -nánk, -nénk -junk, -jünk, -juk, -jük
Névmások: Személyes Birtokos Visszaható	mi, minket, tőlünk, nekünk, velünk, általunk, rólunk miénk, mienkből, mienkhez, mienknél, stb. magunk, magunkért, magunkról, magunkhoz, stb.
Birtokos személyraggal ellátott főnevek - egy birtok esetén - több birtok esetén	Nem terminális névszói toldalékok -ünk, -unk, -ink, -aink, -eink

A mi-referencia nyelvi jegyei

(Forrás: Kovács, 2012, 56.o.)

A mi-referencia vizsgálat tárgyát képezheti, ha csoportkohézió és az adott csoporttal való azonosulás szempontjai kerülnek előtérbe (Ehmann, és mtsai, 2014). Tehát a pszichológia vonatkozása az összetartozásra, élményközösségre utal, a mi-referencia által például a házasságon belüli összetartozásról, elköteleződésről is információkat nyerhetünk (Kovács, 2012).

Tagadás modul

A szövegekben a tagadás modul a következő esetekben jelez találatot: tagadó névmások, tagadószavak, tagadó határozószavak, tagadó névutók, fosztóképzők (Ehmann, és mtsai, 2014). Megkülönböztethetünk nyílt/explicit (például nem, ne, nincs, sincs) és emellett rejtett/implicit (például -tlan, -tlen fosztóképzők) tagadási formákat. A nyílt tagadási formák szótár mentén érhetőek el a szövegekben, míg az implicit tagadási formákhoz morfológiai elemzések mentén juthatunk el, vagy egyes névszói kifejezések által (például nélkül, helyett, kívül) (Hargitai, és mtsai, 2005).

Alább a tagadás nyelvi markerei találunk példákat.

Nyelvi jegyek	TAGADÁS	
	EXPLICIT	IMPLICIT
Létige tagadó alakjai	nincs, nincsenek, sincs, sincsenek	
Tagadó- és tiltószavak	nem, ne, sem, se, dehogy	
Névmások	semmi, senki, sehány, semennyi, semmilyen, semelyik, semekkora	
Határozószavak	sehol, sehova, soha, sose, sehogy, semmire, semminél, semmihez, semmiképp, stb.	
Fosztóképzők	-tlan, -tlen, -atlen, -etlen, -talan, -telen, -tlanul, -tlenül, -talanul, -telenül, -atlanul, -etlenül	
Bizonyos névutós szerkezetek	nélkül, kívül, helyett	

A tagadás nyelvi jegyei

(Forrás: Hargita, és mtsai, 2005, 8.o.)

A tagadás modulra, mint relációs modulra is tekinthetünk, ennek magyarázata, az, hogy átalakíthatja bizonyos pszichotematikus modulok pszichológiai korrelátumait, például a depresszió kapcsán láthatjuk, hogy a szelf-referencia nyelvi jegyeinek magas aránya önmagában még nem jelez feltétlenül depresszív dinamikát, viszont magas tagadás aránnyal együtt már nagy valószínűséggel igen. Relációs modulként narratív kategoriális mintázatelemzésekkor lehet kiemelkedő szerepe (Ehmann, és mtsai, 2014).

A tagadás, tagadó formák megjelenése élettörténeti narratívumokban nem ritka jelenség, ugyanakkor a tagadás szélsőséges mértékekben is megjelenhet az elbeszélésekben, a megnövekedett arány mögött a világ elértéktelenedésének képe állhat, mely mögött negatív világnézet, destrukció és valamely énes veszély sejthető (László, 2005a; László, 2005b; Hargitai, és mtsai, 2005). Némely esetben a tagadás a történetekben ambivalenciára utalhat a jelenségek szempontjából, például képes megfordítani a jelentést, vagy kiemelni bizonyos konstrukciók egyik-másik pólusát, fontos azonban megjegyezni, hogy magát a jelenséget nem tagadja, utal egy alternatív perspektíva lehetőségére (például nem, sem, fosztóképzős tagadás). Az absztrakt tagadás esetében maga a konstrukció törlődik, nem csak az egyik vagy másik pólus tagadása történik meg, ez a fajta úgynevezett megsemmisítő tagadás utalhat a destrukcióra is. Kézdi (1995 In: László, 2005a) egy érdekes jelenségre hívja fel a figyelmet a magyar kultúra nyelvhasználatában, kiemelve a tagadás jelenségét (negatív kód részének tekinti), melyet az öngyilkosságot tárgyaló elméletében a krízis nyelvi jelzőjének gondol. Kultúránkban a negatív kódok gyakori használata maszkolhatja a krízisben lévő személyek elbeszéléseiben megnövekedett tagadó formákat, következésképpen magának a krízis

észlelésének nehézségét írja le ezáltal, melynek jelentős szerepe lenne az öngyilkosságok, öndestruktív működések megakadályozásban (László, 2005a).

Hargitai és mtsai (2005) vizsgálataikban azt feltételezték, hogy a narratívum témája, annak élményminősége befolyásolja a tagadás nyelvi markerinek gyakoriságát a történetekben. Eredményeik szerint a tagadás nyelvi jegyei nagyobb arányban vannak jelen a negatív életeseményekről szóló narratívákban (például félelem, veszteség, rossz társkapcsolati történetek). Alapul véve a veszteség és félelem/szorongás narratívákat a tagadás modul mentén kapott gyakorisági adatokat összevetették az elbeszélők projektív személyiségvizsgáló eljárásban (TAT) kapott eredményeivel. A tagadó szerkezetek magasabb aránya ott volt kimutatható, ahol megjelentek a funkcióbeszűkülés és a világ értéktelenítésére vonatkozó személyiségjegyek. Tehát a veszteségnarratívákat alapul véve a tagadó szerkezet megnövekedett aránya azoknál a személyeknél volt tapasztalható, akiknél az energizáltság, a vágyak tettekre váltása, a teljesítmény iránti igény hiányzott. A fentiekhez értelemszerűen hozzákapcsolódik a környezet oldaláról az a hatás mely a fenti személyeknél hiány érzésében nyilvánul meg, környezetéből hiányzik valami (például barátok, család, státusz) mely fontos elem lehet a boldogság, kiegyensúlyozott élet szempontjából (László, 2005a; Hargitai, és mtsai, 2005). A létezés örömeinek, az aktív tevékenység által való előrejutás megtapasztalásának hiánya intrapszichés beszűkülés szintjén manifesztálódik (László, 2005a).

Ágencia modul

Almoduljai az Aktivitás és az Intencionalitás. Aktivitás almodul az aktivitás-passzivitás szótárak mentén, az Intencionalitás almodul az intencionalitás-megszorítás szótárak mentén kap bemenetet. Az, hogy a vizsgált személy vagy csoport milyen mértékben tud hatással lenni környezetére, a szereplők aktivitásának és passzivitásának vizsgálata által feltérképezhető. Az ágens gondolkodásának hatékonyságát és célirányosságát az intencionalitás-megszorítás nyelvi markerei mutathatják (Ehmann, és mtsai, 2014).

Az Aktivitás almodul tehát bemenetet kap az aktivitás-passzivitás szótártól, ennek illetve a modul kidolgozásának menete Szalai és László nevéhez fűződik. A szótár alapját a Magyar Nyelvtudományi Intézet Korpusznyelvészeti Osztálya biztosította számukra, mely a tízezer leggyakoribb igét tartalmazta. Aktív igék közé sorolták azokat, melyek ágense saját magának tulajdonította a történéseket, önszántából cselekszik, hatással van környezetére (például ad valakinek valamit, elér valamit). Az állapotváltozás, történés igéi a passzív kategóriába sorolhatók, olyan történésekről van szó, melyek a személyen kívül álló okok mentén jöttek létre, változtak (például valami kialakul, valaki valamilyen helyzetbe kerül). A passzív

kategóriába sorolhatók ezen kívül még a passzívum utódjának nevezett igék (-ódik, -ődik képzős visszaható igék), valamint a középigék jelentős része (-ul/-ül, -odik/edik/ödik képzős igék). Bizonyos igéket azonban kizártak a szótárba kerülésből: mentális igék (gondol, remél, hisz), érzelmeket kifejező igék - nem a külvilág megváltoztatására vonatkoznak - (kedvel, szeret), létigék, hangutánzás igéi, természeti állapotokra vonatkozó igék (például hajnalodik), fiziológiai változásokra utaló igék (például izzad) (Szalai, 2011).

Pszichológiai szempontból az ágencia rendkívül összetett fogalom. Ha a fejlődés-, személyiség- és szociálpszichológiai oldalról foglalkozunk az ágencia jelenségével azt mondhatjuk, hogy szoros kapcsolatban áll az énhatékonysággal, a kontroll érzésével, az irányítási képességgel. Az aktivitás és asszertivitás az ágenciához, annak hiányához pedig a passzivitás és gyakran az áldozatszerep társulhat (Kaló, 2012). Fejlődéslélektani elméletek, kutatások is tárgyalják az ágencia kérdéskörét, például Stern (2002 In: Szalai, 2011) elméletében két-hat hónapos kor között jelenik meg az „én mint ágens” azaz a hatóerő élménye, mely összefüggésben áll a kauzalitással. Szintén erre hívja fel a figyelmet Piaget, a csecsemőknél négy-nyolc hónapos kor táján megjelenik az aktív kísérletező funkció és ennek kapcsán az okság megtapasztalása (Szalai, 2011).

Szalai számára egy korábban végzett vizsgálat anyaga rendelkezésre állt, melyből különböző szempontok alapján felvett interjúk szövegeit (sikertörténetek, veszteségtörténetek, jó kapcsolati élmény, rossz kapcsolati élmény), valamint a Koherenciaérző skála, Big Five Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív, Tematikus Appercepciós Teszt eredményeit használta fel. A szövegekből az aktivitás-passzivitás szótár segítségével kinyerte az elbeszélőkre és szereplőkre vonatkozó aktív és passzív igéket. Többek között céljuk az aktivitás mintázatainak feltárása volt, eltérő témájú történetekben, s feltételezték, hogy a mintázat alapján következtetni lehet a különböző élménytípusok és az ágencia kapcsolatára. Ezen felül lehetőség nyílt a tesztbattéria mentén összevetni egymással a kérdőívek által kiegyensúlyozottnak mondott személyeket (szükségképpen a kiegyensúlyozottsághoz társul a hatékonyság, kontroll, önérvényesítő képesség stb.) azokkal a személyekkel, akik kevésbé mondhatóak cselekvőképesnek, elégedettnek. Eredményeik közül néhányat emelek ki: azok a személyek, akik kontrollálhatóbbnak látják a nehéz élethelyzeteket, jobban képesek kezelni érzelmeiket, kevésbé hordoznak depresszióra utaló tüneteket és magasabb aktivitásszinttel (aktív-passzív igék aránya adott szövegben) működnek különböző élethelyzetekben. Ez magában hordozhatja azt az értelmezést is miszerint ezek a személyek magasabb hatékonysággal küzdenek meg a problémákkal, nagyobb fokú felelősségvállalás jelenik meg náluk.

Azok a személyek viszont, akik a normál populáción belül depresszív tüneteket hordoznak alacsonyabb elégedettséget mutatnak, szorongásaik, érzelmeik felett kisebb mértékű kontrollra képesek, magasabb aktivitásszinttel mutatják be a rossz élmények mesélése során (T/1 személyű) a közös eseményeket, ebből a megosztott felelősségre is lehet következtetni. Másokat pedig magasabb aktivitásszinttel mutatnak be más témájú szövegekben, ez utalhat arra, hogy nagyobb szerepet szánnak másoknak életük alakulásában, mint maguknak (Szalai, 2011).

Bemutatásra kerül egy másik vizsgálat, mely a modul kidolgozása előtti időkre tehető, de szoros összefüggésben áll az ágencia nyelvi jegyeivel.

Szalai, László és Fereczhalmy itt bemutatott kutatása arra irányult, hogy feltérképezzék, azt, hogy az ágencia növelését és csökkentését célzó nyelvi jegyek hogyan befolyásolják az elbeszélő szociális percepcióját. Az eljárás a következőképpen épült fel: három személyes krízistémát dolgoztak fel (alkoholprobléma, munkanélküliség, hajléktalanság), mindhárom témára két-két szövegváltozatot alakítottak ki, az egyikben az ágencia növelését (aktív igék és intencionális kifejezések), másikban az ágencia csökkenését (passzív igei szerkezetek, intencionális kifejezések tagadása, kihagyása) jelző kifejezésekkel dolgoztak. Fontos szempont a szövegek létrehozását tekintve, hogy azok lezáratlanok maradtak, tehát a krízisekkel való megküzdés sikeressége vagy sikertelensége nyitott kérdés maradt.

Azt feltételezték, hogy a vizsgálati személyek (szövegolvasók) ítéletére befolyásoló hatása lesz a manipulált szövegeknek, mégpedig az elbeszélő által leírt események feletti felelősség, a krízissel való megküzdés sikerének vagy kudarcának tekintetében. A vizsgálati személyeknek a szövegek elolvasása után az elbeszélőkkel kapcsolatos kérdésekre kellett válaszolniuk, melyek az elbeszélő jövőbeni énhatékonyságával, megküzdési stratégiáival, felelősségvállalással voltak összefüggésben. Eredményeik azt mutatták, hogy az aktív és intencionális kifejezések, - melyek az ágencia növelését célzó jegyek – hozzásegítették a vizsgálati személyeket ahhoz, hogy az elbeszélőt céltudatosabbnak, energikusabbnak, hatékonyabbnak érzékeljék. Az ágencia nyelvi jegyeit használó elbeszélők problémamegoldását, megküzdési stratégiáit is hatékonyabbnak ítélték meg a vizsgálati személyek. Szalai és munkatársai (2011) úgy vélik, hogy a passzív igék és az intencionalitás hiánya olyan személy képzetét kelti, aki a körülmények által sodródik, kevésbé képes felelősséget vállalni sorsáért.

Az Intencionalitás almodul az intencionalitás-megszorítás szótárak mentén kapja a bemenetet, a kidolgozás Ferenczhalmy és László nevéhez köthető. Az intencionalitás arra vonatkozik, hogy saját és mások viselkedésének milyen szándékot tulajdonítunk. Mindenekelőtt az igéket

vették alapul a munka során. Igék szintjén a következő jegyek közvetíthetnek intencionalitást: jövő idő (El fogok utazni), feltételes (elmennék nyaralni) és felszólító mód, mentális igék (remél, tervez, szándékozik). További nyelvi kódoknak tekinthetők az intencionalitás mentén: főnevek (cél, akarat, szándék, remény stb.), célhatározók, módhatározók (szándékosan, direkt) (Ferenczhalmy, 2006).

Tematikus szerepek modul

Az Ágencia modullal szoros összefüggésben áll a Tematikus szerepek modulja. A funkció annak azonosítására jött létre, hogy az én és a másik, valamint a saját csoport és a külső csoport ágense vagy recipiense a cselekvésnek, kogníciónak, értékelésnek vagy az érzelemnek (Ehmann, és mtsai, 2014). Az elemzés által a következőkre kaphatunk választ: a szereplők ágensként vagy recipiensként (elszenvedő passzív) jelennek meg az adott szövegben, illetve jelentősége van, hogy mely szereplők jelennek meg ágensként és melyek recipiensként (Békés, 2009). Ide kapcsolható Békés kutatása (2008 In: Kaló, 2012), melyben holokausz narratívákkal dolgozott, célja a trauma reprezentációjának leírása volt. A vizsgált tényezők szemszögéből kapcsolható ide a kutatás. Három tényező mentén elemezte a túlélők történeteit: a cselekvések jellegüket tekintve aktív cselekvést vagy passzív elszenvedést mutatnak, milyen típusú szereplők vannak a történetekben, a szereplőtípusok között melyek a szövegekben megjelenő cselekvések ágensei és recipiensei. Eredményeiből néhányat emelek ki: az elbeszélő a trauma hatására a cselekvések recipiense, elszenvedője lesz és ahogy távolodik az adott eseménytől egyre inkább ágensként jelenik meg, központi szerepei lesznek, elkülönül másoktól, független cselekvővé válik (Kaló, 2012).

Szereplői funkciók modul

A szereplők és funkcióik pszichológiai tartalomelemzése kapcsán fontos már a kategória bemutatása előtt a következőt tisztázni: a szereplői funkciók szövegekben való elemzésekor nem véletlenszerűen és tetszőlegesen kiválasztott egységek keresése a cél, hanem a szöveg magját képező narratív tulajdonságokra, szereplőkre és cselekedetekre építhetünk, azon megfontolásból, hogy a fent leírt tulajdonságoknak pszichológiai értelmezést adunk (László, 2005b). Tehát a szereplők funkciói nem véletlenszerűek, hanem az elbeszélő tapasztalatai mentén jellegzetes mintázatokat hordoznak (Péley, és mtsai, 2005b).

A történetekben megjelenő különböző szereplők, különböző funkcióinak általánosítása Vladimir Propp nevéhez fűződik. Propp orosz varázsmesék elemzés közben rámutatott arra, hogy a mesékben és a történetekben megjelenő korlátozott számú cselekményegységek

kombinációja figyelhető meg. Elemzéséből továbbá kiderül, hogy a cselekményegységek, melyek kombinációja szabályokhoz kötött, a felszínen megjelenő, nagyon sokféle szereplői cselekedetet általánosítják. Mivel a mesékben megjelenő cselekedeteket a szereplők hajtják végre, így azokat szereplői funkcióknak nevezte el. Harminchárom funkciót talált a mesékben, például valamennyi mesében a főhős a segítő és adományozó funkcióval bír.

A szereplői funkciók elemzése az élettörténeti epizódokban számos pszichológiai vonatkozású következtetés levonására alkalmas (Péley, 2002b).

Az élettörténeti elbeszélésekben különösen fontos és informatív lehet a szereplők és a társak cselekedeteit, viselkedését vizsgálni. Az élettörténeti narratívákban megjelenő szereplők funkcióikkal nem kizárólagosan az esemény és a cselekmény fonalát lendítik előre, hanem általuk képet kaphatunk az elbeszélő aktuális, interperszonális viszonyairól, személyiségének állapotáról is. A szereplők az által, hogy az elbeszélő szemszögéből jelennek meg az epizódokban azokat a szándékokat, állapotokat hordozzák, melyekkel az elbeszélő felruházta őket (Péley, és mtsai, 2005b).

A szereplői funkciók vizsgálatánál elengedhetetlen, hogy kiderítsük, hogy a különböző funkciókat, egy interperszonális helyzetet felvázoló történetben ki kivel szemben gyakorolja. Ez a további értelmezés és következtetés szempontjából elengedhetetlen. Például a biztonság és a védekezés pszichológiai szerepe mentén, jól vizsgálható a védelmezés vagy a segítségnyújtás cselekményfunkciója. Nem mindegy például, hogy egy szülő-gyermek kapcsolatban a szülő a védelmező vagy a gyermek. Hiszen míg a szülői védelmező szerep normatívnak mondható, addig, ha a gyermekre hárul a védelmező funkció, annak számos negatív aspektusa lehet, mint például, hogy a gyermeknek ez a szerepvisszafordítás érzelmileg megterhelő lehet.

A szereplői funkciók pszichológiai aspektusból történő elemzése a történet vázát alkotó jegyekre, szereplőkre, cselekedetekre alapozva vizsgálja meg a különböző funkciókat és ezekre alapozva hoz pszichológiai értelmezéseket.

A szereplői funkciók pszichológiai aspektusból történő vizsgálatát mutatja be Péley 2002-ben végzett kutatása, melyben azt a feltételezést kívánta alátámasztani, hogy a korai tárgykapcsolatok zavarai, valamint e zavarokhoz szorosan kapcsolódó hibás szabályozási és kompenzációs mechanizmusok húzódnak meg az ifjúkori kábítószer-függés mögött. Vizsgálatában olyan élettörténeti epizódokat kellett a fiataloknak elmesélni, melyekben a korai szelf-tárgy reprezentációk megfigyelhetők (például egy emlék a szülővel, első rossz emlék, első jó emlék). A történetekben továbbá megjelentek például az önértékelés, értékesség és ehhez kapcsolódóan belső erőfeszítések és támogatások (például egy teljesítmény, amire

büszke vagy), valamint a védekezés és biztonság is (például egy fenyegető helyzet emléke, amit képes volt uralni, illetve amivel nem volt képes megküzdeni).

Az élettörténeti epizódokban megjelenő szereplőket négy kategóriába sorolta: szülők (anya, apa), szűk család, tág család, nem rokon. A szereplői funkciókat huszonegy kategóriába sorolta, melyek jól értelmezhetőek voltak a biztonságnyújtás (például: "védelmező", "segítő"), kiszolgáltatottság (például: "elhagyó", "szorongató") és bizalom-bizalmatlanság (például: "áruló", "ellenség") mentén.

Az egyes történetekben megjelenő szereplők eloszlásából és a szereplőkhöz kapcsolódó funkciók eloszlásából a kutatási kérdést alátámasztó következtetéseket lehetett megfogalmazni (Péley, 2002b).

A modul kidolgozása az előzőekben bemutatott kutatáson alapul, miszerint a fenyegető, szorongató típusú funkciók korai kapcsolati zavarokkal állnak összefüggésben, míg a támogató, gondoskodó funkciók együtt járnak az én-fejlődés normatív menetével. Ezek alapján a következő szereplőket és funkciókat próbálták a modulba helyezni, szereplők: anya, apa, szülő, szűk-család, tág-család, nem rokon. A funkciók közül néhányat említék meg: áruló, elhagyó, sorstárs, védelmező, korlátozó stb. Az operacionalizálási folyamatot a szereplői funkciók modul esetén a *fenyegető* funkció mentén mutatom be. A munka során igyekeztek megragadni azokat a nyelvi mintákat, melyekben a szereplő fenyegető funkcióban jelenhet meg a szövegekben, ilyen például a közvetlen testi sértés igéi (például ver, zúz, csap, bánt stb.), harcot, veszekedés kifejező ige a szereplőtől az elbeszélő felé (például piszkál, ijesztget, fenyeget stb).

A modulhoz kapcsolódóan azt a vizsgálatot mutatom be, melyben a pozitív és negatív szereplői funkciók gyakoriságát mérték a modul segítségével élettörténeti epizódokban (sikertörténetek, veszteségtörténetek, jó kapcsolati élmény, rossz kapcsolati élmény). A vizsgálathoz továbbá az elbeszélők által kitöltött Big Five Kérdőív és a Beck Depresszió Kérdőív eredményeit használták fel. A vizsgálatban a Beck Depresszió Kérdőívben valamint a BFQ érzelem kontroll és impulzus kontroll skáláin kapott eredményekhez viszonyították az összesített pozitív, negatív szereplői funkciók arányát. A Beck Depresszió Kérdőív kitöltéséből származó 12 legmagasabb és 12 legalacsonyabb pontszámmal rendelkező vizsgálati személyeket választották ki történeteikkel együtt, és arra voltak kíváncsiak, hogy a pozitív, negatív szereplői funkciók számában eltérés mutatkozik-e a két csoport között. A BFQ skálák és történetek mentén megfogalmazott kérdés a következő volt: a magas illetve alacsony negatív szereplői funkció gyakoriságot mutató történetekben a vizsgálati személyek érzelem és impulzuskontrollja mentén mutatkozik-e különbség. A következő eredményeket

kapták: jelentősen kevesebb pozitív funkció jelenik meg a depresszió skálán magas pontszámot mutató vizsgálati személyek történeteiben, mint az alacsony pontszámúakéban.

A magas és alacsony negatív szereplői funkció gyakoriságot mutató történetek elbeszélői jelentősen különböztek az impulzuskontroll tekintetében. Alacsony értékeket értek el az impulzuskontroll skálán azok a személyek, akiknek a történeteiben magas számban fordultak elő negatív szereplői funkciók.

A fenti eredmények révén feltételezhetjük, hogy a szereplői funkciók mentén következtetni lehet a szelf-állapotokra, szelf-fejlődési elakadásokra, érzelemregulációs nehézségekre (Péley, és mtsai, 2005b).

2.7.5. Elbeszélések, történetek, narratívák funkcionális megközelítése

A narratívák, azaz az elbeszélések nem az egyetlen módjai a kommunikációnak, egymás megértésének, az identitás kutatásának, a pszichikus szerveződésnek (László, 2005a). Mégis számos irodalmár, pszichológus, antropológus, történelemtudományban jártas tudós úgy véli, hogy a narratíváknak tulajdonított kiemelkedő szerep mögött, egy történeteket őrző, megalkotó, s a történetek által irányított ember képe áll. Narratívákba szerveződnek gondolataink, fantáziáink, terveink, álmunk, emlékeink (Hargitai, 2008). Ebből következtethetünk arra, hogy a narratívák átívelnek kultúrákon, történelmeken, s átfogják az emberiség létezését. Jelen vannak minden társadalomban, minden kultúrában, minden helyszínen (László, 2005a). Segítségükkel képesek vagyunk reflektálni az életünk várt és váratlan eseményeire, értelemmel tudjuk felruházni tapasztalatainkat és élményeinket. Vezetik gondolatainkat és cselekvéseinket. Nem utolsó sorban a narratívák által kommunikálunk egymással és magunkkal. (Hargitai, 2008)

Hardy (1968 In. Hargitai, 2008) a történetek mindenütt jelenvalóságát a következőképpen foglalja össze: „narratívumokban álmodunk, narratívumokban emlékezünk, narratív formájúak az előérzeteink, narratívumokban remélünk, esünk kétségbe, hiszünk, kételkedünk, tervezünk, módosítunk, kritizálunk, alkotunk, pletykálunk, tanulunk, gyűlölködünk és szeretünk.”

A narratívum, történet vagy elbeszélés fogalmának meghatározása nem egyszerű. Számos definiálási próbálkozás született már. Burke (1945 In. Hargitai, 2008) nevéhez fűződik, azaz elgondolás, hogy egy történethez alapvetően szükséges egy cselekvő, egy cselekvés, egy cél vagy szándék, egy helyszín vagy egy eszköztár. Ebből következik, hogy akkor tekinthetünk egy szövegre elbeszélésként, ha a cselekvők bizonyos célok elérése érdekében, bizonyos eszközökkel, bizonyos cselekvéseket végeznek meghatározható időben és helyszínen

(Hargitai,2008). Tehát a prototipikus történetekben fellelhetünk egy élő főszereplőt, egy állítást/állapotot, kísérletet az állítás vagy állapot megváltoztatására, feloldására, a kísérlet eredményét és a főszereplő reakcióját a történésekre, mindezeket egy kauzálisan megszervezett, koherens keretbe ágyazva (Kopasz, 2010). Itt kell megemlíteni, hogy Bruner (In. Hargitai, 2008) vette észre, hogy a narratívákban két féle mezőt vagy tartományt lehet elkülöníteni, melyek egyidejűleg alakulnak ki. A cselekvés mezejét a cselekvő, a szándék vagy cél, a helyzet, az eszközök stb. alkotják. A tudatosság mezeje arról árulkodik, hogy mit tudnak a cselekvés szereplői. Érzéseikről, gondolataikról, vagy éppen arról, amit nem éreznek, nem tudnak és nem gondolnak szintén a tudatosság mezeje informálja a hallgatót.

Genette *Narrative discourse* (1972 In. Hargitai, 2008) című könyvében a narratív valóság három alkotóelemét a következőképpen értelmezi:

1. a narratívum vagy elbeszélés, olyan írott vagy szóbeli szöveg, ami események sorozatát meséli el.
2. a narratív tartalom, azaz a történet maga a cselekmény vázát képezi, a valós vagy fiktív események megjelenítése által.
3. a narráció, azaz az elbeszélő eljárás, ami egyedi elbeszélői jelleggel ruházza fel az eseményt, cselekedetet.

Ez a hármas felosztás nyilvánvalóvá tette, hogy a narratív elemzés az elbeszélés szövegére és a történet tartalmára is irányulhat. Azzal, hogy a felosztásban helyet kapott az elbeszélői eljárás, egyértelművé vált, hogy kiemelkedő szerepe van a narratív kontextusnak. Ez azt jelenti, hogy a narratívának, csak az adott helyzetben, egy másik emberrel való beszélgetésben érhetőek tetten bizonyos jelentései (Hargitai, 2008).

Mindezek mellett az eseményeknek, melyeket narratív formában fogalmazzunk meg, van kezdete, tetőpontja, mélypontja és befejezése (László, 2005a). A mindennapi életben találkozhatunk hiányos vagy nem megfelelően konstruált narratívákkal is, melyekből igyekszünk számunkra koherens, érthető történetet képezni, amely a narratív gondolkodásunk hatékonyságával hozható összefüggésbe (Kopasz, 2010). Ezekben az egymást követő kifejező formákban őrizzük meg az élményeket, történéseket, hétköznapiakat, konstruáljuk újra és adjuk tovább más embereknek őket (László, 2005a).

A történet mesélés igénye mögött a pszichológia tudományában a narratív megközelítés egyik jeles képviselője, Bruner (In. László, 2005a) szerint az áll, hogy feltétlenül meg szeretnénk érteni az életünk során átélt eseményeket, értelmet adva ezzel életünknek (László, 2005a). Mc Adams a történetek elmesélésének okai közé sorolja, hogy a történetek gyönyörködtethetnek és taníthatnak bennünket. Egy számunkra jó és kellemes narratíva elmesélése vagy hallgatása

boldogságot és örömet okoz, ezen felül útmutatást is nyújthat a meg nem élt élethelyzetekhez, vagy segíthet megérteni és újraértelmezni a már átélt eseményeket. Mindezek mellett a narratívák lehetőséget nyújtanak a tudás, tapasztalatok továbbadására is. A történetek iránti igény, összetett jelenség, láthatjuk, hogy nem csupán egy funkciót tölt be az emberek életében. A legtöbb narratívával foglalkozó tudományterület képviselője szerint a történeteket sémák alapján konstruálja az egyén. Ezek által fellelhetjük a hasonlóságot, az ismétlődést és a rendszert. Így a történetek segítenek fellelni a hasonlóságot az univerzális és egyedi között (Kopasz, 2010).

Bruner (In. Kopasz, 2010) vezeti be a narratív modellek fogalmát, amelyek kizárják azt a világgépet, melyben a stabil tárgyak és a változatlan Én szerepel, helyette úgy vélekedik, hogy a történetek által, szociálisan megkonstruált világról és énről beszélhetünk. A történetek megalkotása képezi a hidat belső világunk és a szociális világ között.

A narratívákban nem csak az egyén életének látható aspektusai manifesztálódnak, hanem minden olyan szubjektív tapasztalat, amelyet a beszélő-cselevő ember a mindennapokban a világról, a társadalmi valóságról alkot. Ezen felül a történetek hordozzák az ember nem megfigyelhető, látens gondolatait, érzéseit is (Kopasz, 2010).

Bruner a fent leírtak közül a történetek mindenütt jelenvalósága segítette eljutni ahhoz az elgondoláshoz, hogy a narratívumot ne csak kommunikációs formának, hanem gondolkodási műfajként is értelmezzük (László, 2001). Így a valóság megkonstruálásának két módját különíthetjük el Bruner munkássága nyomán (László, 2005a). Bruner (In. Péley, 2002a) szerint a narratívum, a gondolkodás sajátos formája, nem egyszerűen a kommunikáció természetes csatornája. Elkülönítette a paradigmikus vagy más néven logikus gondolkodástól (Péley, 2002a). Feltételezése szerint, e két információszerző csatorna más-más módon szervezi tapasztalatait, de mégis mindkettő természetes módja az emberi gondolkodásnak (László, 2005a).

A paradigmikus gondolkodási forma alapvetően univerzális igazságfeltevések, következtetések kialakítására törekszik, melyeket elvont fogalmak használatával, logikai és tapasztalati úton próbál igazolni. Ezzel szemben az elbeszélő mód, sokkal közelebb áll a hétköznapi gondolkodáshoz, hiszen az emberek mindennapi tetteit, szándékait, az általuk létrehozott történéseket, azok következményeit vizsgálja. Egy univerzális igazság hipotézis és egy hétköznapi események közötti konkrét kapcsolat jelölésére az „akkor” szócska különböző funkciói, megfelelő példával szolgálnak: „ha X, akkor Y” logikai állítás, egyetemes igazságfeltevést jelöl, „Ha a főnök elmegy, akkor a titkárnő is elmegy.” logikai állítás, két konkrét esemény közötti kapcsolatot jelöl (László, 2005a). Robinson és Hawpe

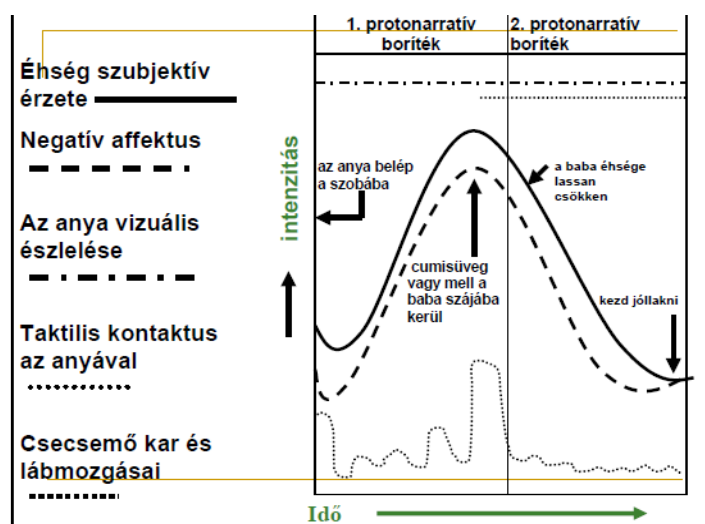
(1986 In. Kopasz, 2010) hasonlóképpen, mint Bruner, úgy véli, hogy mindkét gondolkodási típus célja, az emberi tapasztalok rendszerezése és értelmezése, melyek hozzásegítenek a problémák megoldásához, megértéséhez. A tudományos gondolkodás a bizonytalanságot és kétértelműséget nem fogadja el, míg a narratív gondolkodás lehetővé teszi, hogy ugyanaz a történet más-más helyzet megoldásaként is szolgáljon. Ez abból vezethető le, hogy a történetekben az adott narrátor érzései, céljai, vágyai és értékei is megjelennek, ebből következik, hogy ha tolmácsolják a történetet, azt különbözőképpen teszik, amely ez által személyesebbé és a hétköznapi értelemben számos helyzetben használhatóvá válik (Kopasz, 2010).

2.7.6. Az elbeszélések fejlődésszemponitú megközelítése

Alapvető tézis, hogy amint a gyermek életében megjelenik a beszéd képessége bizonyos történetek elbeszélhetővé válnak. Ezen történetek elbeszélésére hatással vannak a nem tudatosan hozzáférhető érzelmek, élmények, melyek az értelmezésben és jelentésadásban szerepet kapnak. Feltételezhetjük, hogy előzmény nélküliségről szó sincs a jelentésadás menetében. A folyamatosság érzését a korai tapasztalatokon alapuló reprezentációk nyújthatják. Stern a folyamatot a különböző szelf érzetek kibontakozása majd a narratív én megjelenésével ezen (alap) szelf-érzetek narratív formában való újrászervezése mentén ragadja meg (Péley, 2004; Péley, 2005a). Két és tizennyolc hónap között több területet érintő fejlődési ugrásokról számol be Stern: kognitív képességek, affektusok, motiváció, motoros képességek (Péley, 2004). A „magszelf” a második-harmadik hónap táján jelentkezik a hatóerő, koherencia, folytonosság és affektivitás érzéseivel. Hét és kilenc hónap között beszélhetünk a „szubjektív” szelf-érzéről, mely mentén megjelenik az interszubjektivitást és az interakciók, a saját élményvilág a másikkal megoszthatóvá válik (figyelem, szándék, érzelmi állapotok megoszthatósága). A „verbális” szelf-érzés tizenöt-tizennyolc hónapos korban alakul ki, a gyermek képessé válik az én tárgyiasítására, melyet a tükör előtt mutatott viselkedés és a személyes névmások alkalmazása is jelöl (Stern, 2002; Péley, 2005a). A fent említett képességek megjelenésével a csecsemő mindig újabb és újabb szubjektív perspektívát hoz létre magáról, ami azonban szintén újabb képességek szerveződését hozza magával, Stern úgy fogalmazott, hogy itt már szubjektív *szervező* perspektíváról kell beszélni, melyek megjelenésük után nem váltják egymást, csak a kialakulásuk sorrendje adott, egész életen át mindegyik fennmarad (Péley, 2004). A második életév körül bontakozik ki a narratív szelf-érzet, a nyelvi és fogalomalkotási képesség rendelkezésére áll a gyermeknek, ezek segítségével tudja újrászervezni az alap szelf-érzeteket. Tehát a hatóerő, koherencia, folytonosság,

affektivitás, interszubsztívitás és az önreflexió érzéseit, tapasztalatait narratív formában reprezentálja. Ezen folyamat mentén bontakozik ki a narratív szelf és ezzel a gyermek képes lesz átlépni a rekonstruálható és nem rekonstruálható múlt közötti mezsgyét (Péley, 2005a). Természetesen az implicit emlékezet eseményei soha nem lesznek hozzáférhetőek explicit módon, mégis feltételezhetjük egész életünk során hatásuk jelentőségét. A korai interszubsztív tapasztalatoknak befolyása lesz az implicit és explicit folyamatokra is. Az önmagunkról való tudás megoszthatóságát, szerveződését az elbeszélő képesség megjelenése vitathatatlanul megváltoztatja - hangsúlyozza Stern, ezzel együtt azt gondolja, hogy a korai reprezentációk kialakulásában, összerendezésében a narratívitás megjelenik (Péley, 2004).

Az elbeszélő készség megjelenését Stern elméletében megelőzi azon elgondolás, hogy csecsemőkorban detektálható az a képessége, mely a kapcsolati eseményeket képes narratívyszerű szerkezetként reprezentálni, tehát a narratív egység az emberi viselkedés megértésének alapegységeként értelmezhető a gyermeknél úgy, mint a legtöbb néplélektanban. Igen kicsi kortól fogva jelen van a képesség, miszerint a szubsztív személyközi élményeket - melyek leképződésére öt alapformát/sémát azonosított Stern - a csecsemő a narratívyszerű kezdetleges gondolkodási és észlelési formába öntse, melyet *protonarratív buroknak* nevezett el. Maga a narratív szelfézet, ahogy azt már tárgyaltuk, két-három éves korban alakul ki, viszont az élményeknek való jelentésadás narratívyszerű szerkezete ezt jóval megelőzi. A jelentésadás sémája a *protonarratív burok*, mely a legáltalánosabb a hat séma közül és kulcsfontosságú az öt reprezentációs forma (séma) egyetlen összefüggő élménnyé alakításában (Stern, 2004). Az elkülöníthető jellegzetességek azonosításában kiemelkedő szerepe van az affektív állapotok időben megfigyelhető intenzitásváltozásainak (pl.: elhalkuló, lecsengő) (Péley, 2013a). Az időben zajló szubsztív változások kiemelt szerepet hordoznak az affektív élmények leképződésében. Ha affektusokat élünk meg, kihagyhatatlan momentum, hogy az idő folyásában vagyunk, így következésképpen a protonarratív szerű struktúrák jellegzetességeinek azonosítása szorosban, elválaszthatatlanul kapcsolódik az idői érzésformák azonosításához. A protonarratív egységeken belül a periódusoknak mindig van eleje és vége, így kap egy történet időbeni struktúrákat. Példa: Csecsemő éhségét sírással jelzi, hívja anyját, hogy etesse. Első periódus és érzésalak: mama szobába lép (kezdet), eléri a célállapotot a csecsemő, szopik, csökken az éhség (vége). Második periódus és érzésalak: csecsemő éhsége csökken (kezdet); majd tovább eszik, míg az optimális táplálékbevitelt el nem éri (vége).



Az éhes csecsemő helyzete (Stern, 2004)

A motivált esemény a célja felé halad, közben drámai feszültséget generál, ezt tekinthetjük a narratívyszerű szerkezet lényeges időbeli vonásának, tehát a feszültséget az események időbeli kibontakozása hozza létre. A drámai feszültség görbéje összecseng az időbeli érzésalakokkal. Ezen periódusok mindegyike egy protonarratív burok/egység, mindegyikben elkülönülő érzésalak kap helyet és időben egy motívum kibontakozása határolja körül (Stern, 2004). Így eljutottunk ahhoz a következtetéshez, hogy egy-egy protonarratív buroknak a koherenciája, jelentéstartalma narratívyszerű struktúrára alapul. A narratívyszerű szerkezet a protocselekmény alapvető egységeit, a történet drámai fonalát, a hatóerőt, az akciót, a célt és tárgyat, a kontextust és magát a cselekvő személyt (szereplőt) is magában foglalja (Péley, 2013a; Stern, 2004).

A narratív szelférzet kialakulását tehát megelőzi a fent leírt folyamat és a gyermekek két-három éves koruk táján képesek lesznek tapasztalataikat, az átélt események láncolatát történetekben ágyazva továbbadni másoknak (Péley, 2013a). Már az elbeszélő készség kialakulása előtt megjelenik a narratívyszerű szerkezet, az események ilyenfajta keretbe ágyazottsága messze megelőzi ezen struktúrák verbális megfogalmazását. Az elmélet tehát azt feltételezi, hogy a csecsemő a legegyszerűbb formában, de képes bizonyos személyközi, interaktív helyzeteket jelentésük mentén detektálni. Jelentésszerveződésről beszélhetünk tehát már a csecsemőkorban is, melyek alapot szolgáltatnak az összetettebb események narratív reprezentációihoz. Ha ezt a gondolatmenetet követjük, akkor az élettörténet, élettörténeti epizódok elbeszélése hordozza a korai szelf, „szelf a másikkal” reprezentációk lenyomatait, melyeket explicit formában nem vagyunk képesek előhívni (Péley, 2004).

Arról, hogy Bruner nyomán a narratívumot ne csak kommunikációs formaként, hanem gondolkodási műfajként is értelmezzük már ejtettünk néhány gondolatot a megelőző

fejezetekben. Részletesen tárgyaltuk, hogy a narratívumot mint gondolkodási formát, hogyan különbözteti el a paradigmaticustól. Az elmélet fejlődési keretbe ágyazva is értelmezhető. A funkcionális különbség fejlődési szempontból arra enged következtetni, hogy a gyermek hároméves kora körül képes lesz arra, hogy az oksági sémákkal párhuzamosan a narratív értelemadás sémáit is alkalmazza a világ megismerésére. Az érzelmek, a gondolkodás és a cselekvés elkülöníthetővé válik. Később ezen folyamatok egymásra vonatkoztatásának is az elbeszélések adnak keretet (Péley, 2013a). Szorosan ide kapcsolódik a nyelvfejlődés narratív jellegzetességeinek vizsgálata, mely központi eleme Bruner és Lucariello (2001) tanulmányának, melyben a kiemelkedő szerepe van egy két-három év közti kislány monológjainak. Képet kapunk arról, hogy az egyedi események egyszerű ismertetésétől a gazdagabb narratív beszámolóhoz milyen út vezet. Tanulmányuk rávilágít a nyelv, a gondolkodás, az affektus és a cselekvés összefüggésire, mely a korai fejlődés során tetten érhető. A tanulmányban öt dimenzió, folyamat (szekvencialitás, kanonicitás, perspektíva jelölések, intencionálitás, metakommentár) vizsgálatával és azok elbeszélésben megfigyelhető nyelvi eszközeinek fejlődésével próbálták megragadni azt a folyamatot, melyben a narratív konstrukció alakítja a cselekvésekről szóló beszámolókat. A szerzők az egyik fejlődési feladatnak tekintik azt, hogy a gyermek a gondolkodást, cselekvéseket és az érzéseket differenciálja és újra integrálja, ennek lehetséges terepe az elbeszélés alakítása a fent leírt nyelvi eszközök beemelése és fejlődése által. A gyermek a korai időszakban, melyet a szerzők vizsgáltak, megpróbál úgy beszélni, elbeszéléseket megfogalmazni, hogy az eseményeket időbeli sorrendbe helyezi, értelmet keres a megszokott és szokatlan történéseknek majd érzéseit, szándékát fogalmazza meg velük kapcsolatban. Tehát a saját világát igyekszik strukturált, kezelhető, rutinokat megfogalmazó elbeszélésekké alakítani (Brunner & Lucariello, 2001). Feltételezhetően ezen kiságymonológok hozzájárulnak a narratív szelf megszilárdításához (Péley, 2005a).

A fejlődési szempontot figyelembe véve elengedhetetlen a korai interakciók és az élettörténeti epizódok összefüggéseiről szót ejteni, mely gondolatok átvezetnek az élettörténet vagy élettörténeti epizódok és identitás formálódás elméleteihez. Visszakanyarodva Stern elgondolásához, a narratív szelf megjelenésével a történetek a narratív struktúra mentén fokozatosan elbeszélhetővé válnak, a korai tapasztalatok újrászervezése narratív keretben zajlik. Az elbeszélésekre implicit élmények és érzelmek is hatást gyakorolnak, hozzájárulnak a jelentésadáshoz, melyeket korántsem nevezhetünk előzmény nélkülieknek. A korai anyagyerek interakciók tapasztalatainak nyugvó reprezentációk hatása számottevő, melyek a folytonosságot hivatottak jelképezni a preverbális és verbális időszak között. A preverbális

időszakban a csecsemő egyszerű módon, de jelentéssel ruházza fel az interaktív helyzeteket, mely jelentésszerveződés megalapozza a bonyolultabb életesemények narratív reprezentációit, amelyekben megragadhatók a korai reprezentációk sajátosságai (Péley, 2004). Az elbeszélési készség megjelenésével a korábbi tapasztalatok újraszervezésének a narratív struktúra ad keretet.

A történetek konstruálásának egyik jelentős közege az anya-gyerek interakciókban gyökerezik. Vitathatatlan jelentőséggel bír a gyermek elbeszélési képességére a szülő-gyerek közötti történetmondás, a megtapasztalt események újramondása és a narratív emlékezeti rendszer ezen folyamatok általi konstruálása. Az anya segít megjeleníteni kezdetben olyan eseményeket, melyek a gyermekkel kapcsolatosak, az anyai közvetítő szerep lényege a folytonosság élményének szerveződése mentén ragadható meg. A gyermek megtapasztalja azt, hogy átélt események felidézhetőek, megoszthatóak másokkal és történetté formálhatóak. A gyermek önéletrajzi fejezeteit kezdetben a szülővel közösen felidézett múltbéli személyes emlékek formálják, ez a folyamat a gyermeknek való meséléstől a gyermek önálló történetmondásáig tart, melyben a szülő szerepe a tisztázás és kiegészítés lesz, a gyermek átveszi a szerzősége. Tehát a közösen átélt események felidézése, rekonstrukciója kezdetben együtt történik a másikkal, miközben a narratív emlékezet bemenetének helyét is alakítja a szülő, a folyamat segítségével aztán a saját történetének alkotójává válik a gyermek. Az életeseményekről szóló történetek mesélésének igénye szoros összefüggésben van az élet folytonosságának megragadható érzésével. Azzal, hogy igyekszünk egyre koherensebb, saját perspektívánkat láttató módon történeteket konstruálni magunkról és a világról, eljuttat minket az identitás és élettörténet kapcsolatával foglalkozó elméletek tárgyalásához (Péley, 2002a; Péley, 2002b).

Összefoglalásként említhetjük Pléh gondolatát miszerint „... a narratív élménymód a világ megismerésének és kezelésének egyik redukálhatatlan, alapvetően antropomorf cselekvés és hősközpontú modelljeként tételeződik” (Péley, 2013a, 142. o.) mely a természetes érési folyamatok valamint a szociális interakciók elválaszthatatlan kettősségében formálódik.

2.7.7. Az élettörténet és identitás kapcsolata, szociális keretbe ágyazottsága

A narratívák életünk mindén részét behálózzák, végtelen változatban léteznek, és a világ bármely táján megtalálhatók, hiszen a történetmondás humán specifikus szükséglet (Jovchelovitch, 2001). A teljes élettörténet vagy az élettörténeti epizódok elbeszélését, a narratív megnyilvánulásokat tekinthetjük én-teremtő funkciónak, a történetmondáson keresztül formálódhat az identitás, nyomon követhető annak aktuális állapota (Péley, 2013a).

Az identitás állapota, minősége, esetenként annak változása a narratív megnyilvánulásokban tetten érhető (László, 2005a; Péley, 2002b). Az elbeszéléseken keresztül nyomon követhető az én megteremtésének és vele párhuzamosan az identitás alakulásának menete (Péley, 2013a). Ha az identitásra, mint a folyamatosan újszerkesztett élettörténetre tekintünk, eljutunk Erikson pszichoszociális identitáselméletéhez, mely szerint a múlt eseményeinek újragondolására a jelen és jövő tükrében igénye van az embernek (László, 2005a). Erikson szerint az ember identitásfejlődése egy adott kultúra kontextusában zajlik és egész élethosszig tartó folyamat, melynek célja sikeresen ötvözni a különböző pszichoszociális fázisokból származó én-fogalmakat, majd ezeket összhangba hozni a mások által a szelfről kialakított elképzelésekkel. Erikson a személyes identitást a stabilitás igényével hozza összefüggésbe, azt mondja, hogy a személyes identitás az énnel az életút sok változása ellenére megőrzött stabilitását és folytonosságát foglalja magában. Elsődleges feladat tehát az integráció (László, 2005a; Péley, 2002b). Ezen elgondolás McAdams narratívidentitás elméletéhez szorosan illeszkedik, melynek alaptézise, hogy az identitás maga az élettörténet. Az én kontinuitása, integráltsága, egysége az egyén önmagáról megfogalmazott történetei mentén tetten érhető. McAdams (1988) modellje az élettörténet elbeszélésére, annak elbeszélhetőségére alapozza az identitást, azzal azonosítja (Péley 2002b; László 2005a). Az identitás integráltságára, érettségére, aktuális állapotaira engednek következtetni a történetekben vizsgálható változók, formai jellegzetességek, összetevők (László, 2005a). Az egyén identitása, azaz élettörténete - ha a fenti koncepció fonálát követjük - négy összetevőből áll McAdams modelljében: nukleáris epizódok, imágók, ideológiai háttér és generativitás forogatókönyv (Péley, 2002b). A nukleáris epizódokat nevezhetjük specifikus életrajzi eseményeknek, az élettörténet kiemelkedő fontosságú jeleneteinek. Az imágók a szelf ellentétes képei az élettörténet szereplői, jelentős szerepet játszó fontos mások. Az ideológiai háttér, azaz a világnézet, mely korán kirajzolódik a történetekben és viszonylag stabil egységet alkot a változások ellenére (Mihalik, 2016). Az identitás magában foglalja a generativitást, a jelen tézisben a fogalom azt kívánja magyarázni, hogy mik azok a tennivalók, melyek szükségesek az örökség átadás fejlődési feladatának elvégzéséhez, mi az az életteljesítmény, mely a következő generáció számára továbbadható, mi az, amit várhat az ember az élettől még mielőtt túl öreg lenne annak megvalósításához (McAdams, 2001). A fent bemutatott négy nagy összetevőhöz kapcsolódik két másodlagos változó: tematikus szálak és narratív komplexitás. A tematikus szálak visszatérő tartalmi egységek a történetekben, melyek két domináns tartalomosztály köré csoportosulnak: az intimitás (másokkal való kommunikáció, közelség, melegség érzése) és a hatalom (hatással lenni a környezetre és az erő érzése) tematikája köré. A narratív

komplexitás alatt a történet tartalmának teljes szerveződését vagy a történet struktúrájának kibontakozását értjük. A struktúra összetettségére utal (McAdams, 2001). A történetek összetettségében is nagy variabilitás körvonalazódik. Az egyszerű történetekben a cselekmény jobbára lineáris, kevés benne a szereplő és a résztörténet. A komplex narratívák mentén árnyalt különbségtételek jelennek meg a szereplők, azok motivációi, a helyzetértelmezések között. A történet jól differenciált, számtalan elemet magában foglaló, melyek között sokféle kapcsolat körvonalazódik. McAdams a komplexitás narratív fogalmát az én-érettség mutatójának tekinti, megragadható általa, hogy a személyes tapasztalatok milyen módon kapcsolódnak a jelentés integratív szerkezetébe. Megkülönböztethető érett és éretlenebb szint a komplexitás fogalma mentén. Ott ahol az ellentmondások és paradoxonok elviselhetőek, a történetben szereplő karakterek egyedisége elfogadott, a jelentés individuális kerete differenciált az én-érettség magasabb szintjéről beszélhetünk. Éretlenebb szinten a jelentés egészen egyszerű, nem elég differenciált, a társadalom és az én megértésében globális, vagy-vagy (fekete-fehér) megközelítést használ, az elemek hierarchikus mintázatba rendezése hiányzik (László, 2005a; McAdams, 2001). McAdams (1988 In. László, 2005a) élettörténetek elemzésére megalkotott módszerével, vizsgálat tárgyát képezhetik az énről szóló történetek bizonyos összetevői, formai jellegzetességei, változói, melyekből következtetések vonhatók le az identitás állapotára, érettségére, integritására (László, 2005a). McAdams Erikson pszichoszociális fejlődésméletténeke serdülőkorú krízisének megoldási javaslatát alapul véve jut el az elgondolási miszerint a serdülőkorban a formális műveleti gondolkodás (Piaget Gondolkodás fejlődése) segítségével a személy saját szelfjének önéletrajzírójává válik. E mögött feltételezhetően ott áll az a humánspecifikus szükséglet, miszerint az életünk során átélt eseményeknek értelmet adva, koherens formában fűzzük össze a történéseket. Fontos utalni a korábbi fejezetben tárgyaltakra, a személyes történet felidézhetősége és újraírása korábbi fejlődési szakaszokra vezethető, gyökerei a legkorábbi interperszonális kapcsolatokban gyökeredzik (Péley, 2002a; Péley, 2002b). Az élettörténeti-önéletrajzi emlékezet magában hordozza annak lehetőségét, hogy a személy a folytonosságot fenntartva, sajátjaként élje meg létezését. Az egyén élettörténete által a valóság észleleteinek egyedi perspektíváját hordozza. Az autobiografikus reprezentációk szerveződése, a tudatos reflexiók az élettörténetre, alapvető emberi szükségletek (Pataki, 2007).

Életünk korai szakaszában találkozunk először jól strukturált emberi cselekvésekről szóló történetekkel. Ezeket általában szüleinktől, családtagjainktól halljuk mesék, mítoszok formájában. Később a történetek közegül szolgálnak a regények, a történelmi olvasmányok, mozifilmek, színházi előadások is. Történeteket mondunk el gyermekkorunkról, iskolai

éveinkről, az első szerelemről, de a mindennapi történéseket is, mint egy családi vacsora, szintén a narratívák segítségével adjuk tovább. Így válhatnak a narratívák annak eszközévé, hogy saját magunkat megértsük a társadalomban (Gergen, 2001). Az elbeszélések, narratívák természetes módon kapcsolódnak a hétköznapi élethez (Péley, 2013a). Ezekben az elbeszélésekben igyekszik az ember magát másokkal és önmagával azonosítani. Körvonalazódik tehát, hogy a történetek, az én érthetővé tételének közegéül szolgálnak. Életünk történetét úgy próbáljuk narratív keretbe ágyazni, hogy az egyes cselekvéseket koherens módon fűzzük össze (Gergen, 2001). Olyan jelentésnek kell körvonalazódnia a narratív konstrukció mentén, mely a múltbéli tapasztalatokat koherens módon szervezi (Pólya, 2007).

Az énről szóló narratívák és egyúttal az identitás sarkalatos pontja a stabilitás és változás igényének kettőssége. Az, hogy saját magunkra stabil egységként tekintünk kiemelt fontosságú a kultúrában. A stabilitás és folytonosság érzése által az emberek erősnek és kiszámíthatónak tűnnek, képesek önmagukat maradandó, integrált és összefüggő identitásként kezelni. Ennek egyik eszköze lehet a stabil narratívumok megalkotása. A folyamatosan változó események tükrében nehéz megvalósítani a stabil, szilárd és hiteles énképét. A fentiek tükrében az egyén feladata, hogy a mindent átható állandóság iránti igényét és a változást megfelelő módon, hitelesen tudja narratív formába önteni. Úgy mesélni magáról, hogy a változás ellenére megbízhatónak és jellemében változatlanoknak kell tünnie, ezzel egyidejűleg a változást, mint pozitív előremozdulási lehetőséget látni és narrálni. A jelenlegi identitás, tehát nem egy pillanatszerű esemény, hanem az élettörténet eredménye, mely a jövőbeli események által a változás lehetőségét hordozza. A múltbéli tapasztalatok és elbeszélések mentén megragadhatóvá válnak elvárásaink az eljövendő eseményekre vonatkozóan. Az eseményekben szükségszerűen fellelhető a kezdet, a tetőpont, a mélypont vagy a befejezés. Az emberek többsége az élete során átélt eseményeket így regisztrálja.

A jól formált énről szóló narratívákban fellelhetőek a következő elemek:

1. *Egy értékelt végpont elemzése.* A történetnek tartalmaznia kell egy kitüntetett pontot, magyarázatra szoruló eseményt.
2. *Releváns események kiválasztása a célállapothoz.* Az elbeszélt események úgy kerülnek kiválasztásra, hogy valószínűsítsék, vagy épp ellenkezőleg valószínűtlenné tegyék a célt.
3. *Az események rangsorolása.* Az eseményeket fontosság, érdekesség, újdonság alapján, de elsősorban a lineáris időbeliség alapján rendezzük.

4. *Oksági láncolatok létesítése.* Lényeges, hogy a történetmesélés során a célállapotot megelőző történéseket okozatilag kapcsoljuk össze.
5. *Demarkációs jelek.* A jól kialakított történetek jelölik a kezdetet és a befejezést (Gergen, 2001).

Az individuális én és a róla szóló történetek viszonyrendszerekbe ágyazva értelmezhetők (Bruner, 2004). Társas cselekvésekbe ágyazottak. A társas események, a cselekvések, amelyeket végrehajtunk, megfigyelünk vagy részesei vagyunk meghatározzák életünket, és a narratívák által válnak szociálisan láthatóvá (Gergen, 2001). Az elbeszélő és hallgató is csak úgy tudja megérteni az énről szóló történeteket, hogy ha az adott eseményeket, melyekről beszámol az egyén, az azt megelőző és utána következő események láncolatába dolgozza, ez által koherens kapcsolatot létesít élete történései között (Bruner, 2004). Magyarázó elvként szolgál a hallgató és beszélő számára is, ha a saját múltbéli eseményekkel összekapcsolhatóvá válik az adott történet. A narratívum így alapot szolgáltat életünk megértéséhez és megértetéséhez (Gergen, 2001).

Bruner és Feldman szerint esszenciális narratív jellemzője az élettörténetnek a megoszthatóság igénye (Pólya, 2007). Az ember körül zajló szociális folyamatok függvénye hogy mit tart lényegesnek elmesélni az énről szóló történetekben. A szociális folyamatok kiemelt fontosságot mutatnak a tekintetben, hogy milyen eseményre emlékezünk és azt milyen struktúra szerint rendezzük. Az énről szóló elbeszélések központi szereplője az én, mégis az események közötti viszonyok megértése, társas kölcsönhatásokból fakadó diskurzusra van utalva és feltételez egy hallgató közönséget, tehát nem független egyéni cselekedet (Gergen, 2001).

A narratívák többek között segítenek minket, hogy eligazodjunk az egyéni és társas életünket alakító események láncolataiban. Azok a metódusok, amelyek segítségével saját magunkat és szociális életünket narratív keretbe helyezünk és továbbadjuk, képekként ivódnak be a hallgató és a mesélő elméjébe. A folyamat során újradefiniálhatjuk a minket körülvevő társas világot és ez által bepillantást engedünk és nyerhetünk az interszubjektív tapasztalatokba. Ide kapcsolható Bartlett (In. Jovchelovitch, 2001) elgondolása, miszerint a történetek tartalma, formai jegyei is kapcsolatba hozhatók az elbeszélő, a csoport és a közösség elkerülhetetlenül összefonódó érdekeivel, múltjával, jelenével, jövőjével (Jovchelovitch, 2001).

Az identitás tehát az újra és újra elmondott élettörténetek tükrében folyamatosan újraszerveződik, ezek a történetek mindig leképeződnek, nyomokat hagynak az egyén identitásának állapotán, befolyásolva annak alakulását. Az énről szóló elbeszéléseknek

legkiemelkedőbb jelentősége, hogy nagy hatással vannak az én kontinuitására, egységére, integráltságára (László, 2005a).

2.7.8. Élettörténeti epizódok, jelentős életesemények

Az én-fejlődésre és az identitás-állapotokra történő következtetésekhez nem szükséges a teljes élettörténet. A megfelelően kiválasztott élettörténeti epizódok elbeszélésében az én-reprezentációs minőségek és intrapszichikus állapotok jelennek meg (Péley, 2002a).

A teljes élettörténet konvenciók mentén való felépítettsége, tudatos reflektáltsága végett nem minden esetben szolgál megfelelő vagy releváns információval az elemzéshez. Mikor az életesemények élményszintű jelentéséből akarunk következtetéseket levonni az identitás állapotára, szerveződésére, én fejlődésre, nem biztos, hogy a teljes élettörténet szolgáltatja a megfelelő alapot. Az identitás állapota, minősége, ami a jelentős élettörténeti események mentén tetten érhető, sokkal jobban megragadható, az élmények, az érdekes, nem mindennapi, események síkján. László (2005a) úgy véli, hogy leginkább az élmény síkján tanulmányozható az identitásfejlődés állapota, aktuális szerveződése, minőségei. Élményekről nagyobb valószínűséggel tudnak az emberek beszámolni, olyan események kapcsán, ahol erős pozitív vagy negatív érzéseket éltek át. Fitzgerald nevéhez köthető a jelentős életesemények elmeséltetésének módszere. Olyan történeteket kért a vizsgálati alanyoktól, amelyeket az alanyok relevánsnak tartottak. Pataki (2003 In. László, 2005a) kutatásából kiderül, hogy a jelentős életesemények nagy része négy kategóriába sorolható:

1. teljesítményhez kapcsolható történetek
2. antropológiai őselmények (születés, halás stb.)
3. kapcsolati történetek (barátság, szerelem stb.)
4. kudarc-történetek

Ezekben az emóciókban gazdag történetekben, ha azonosítjuk az érzelmeket, az énszerveződés mélyebb rétegeihez juthatunk. Az élettörténeti epizódok képesek kiemelni az én bizonyos aspektusait. Kevésbé konvenciókhoz kötött, élményszerű és szabadabb. Számos információhoz juttatja a hallgatót, a mesélő személyiségjegyeiről, megküzdési stratégiáiról, de természetesen információkat szolgáltat az identitás állapotáról és minőségéről is. Kifejeződnek benne az intrapszichikus állapotok (László, 2005a).

Ide kapcsolható Péley (2002b) vizsgálata, melyben normális és deviáns életvezetésű fiataloktól gyűjtöttek jelentős élettörténeti epizódokat, az eltávolodást és a szeparációs igényt az első csavargásról szóló történet elmesélése célozta meg. A fiatalok önértékelésének vizsgálatát, olyan narratívák segítségével végezték, amelyek egy olyan jelentős

életeseményhez kötődnek, melyekre büszkék voltak. A vizsgálat részletes bemutatása a *Szereplői funkciók modul* fejezetben olvasható.

A jelentős, nem mindennapi élettörténeti epizódokkal való vizsgálódás lényege abban áll, hogy a mesélő elszakadva a konvencióktól, szabályoktól, keretektől, enged bepillantást az aktuális identitásállapotába, annak fejlődési sajátosságaiba. Ezen epizódok mentén az énnel kapcsolatos kevésbé általános kérdésekre, mint pl. a kapcsolati problémák, megküzdési stratégiák, önértékelési nehézségek stb. könnyebben kaphatunk választ, mint a sémák mentén felépített általánosabb, teljes élettörténetek által (László, 2005a; Péley, 2002b).

3. Kutatói kérdések, hipotézisek

A kutatásunkban nem csak az volt a cél, hogy előre felállított hipotéziseket teszteljünk, hanem, hogy olyan kérdéseket fogalmazzunk meg, melyek a vizsgálati célcsoportról szóló szakirodalmak és kutatási anyagok mentén fogalmazódtak meg bennünk főként az ADHD-s gyerekek társas kapcsolati mintázataival összefüggésben.

Alapfelvetésünk volt, hogy a gyermekeknek nehézségekbe ütközhet viselkedéses problémáikra való rálátás, mikor saját és társas helyzetüket kell megítélni egy skála segítségével.

A fenti alapfeltevésre fókuszálva és azt tovább gondolva a narratív pszichológiai kutatásokra alapozva a következő kérdéseket fogalmaztuk meg:

A gyermekek által elbeszélte élettörténeti epizódokban vajon tetten érhetőek-e az életük számos területét meghatározó, a társas interakciókban megjelenő nehézségek és konfliktusok?

- ha a gyerekek számára nem általánosságban kell értékelni egy skála segítségével a viselkedéses nehézségeiket, megragadható-e számukra és láttatható a környezet számára az adott jelenség?

Kérdésként fogalmaztuk meg, hogy a kutatásba bevont három vizsgálati csoportot milyen mértékben különíti el, másként hány százalékban jósolja be helyesen az adott csoportba tartozást a következő két változó:

- a CBCL faktorok alapján kért élettörténeti epizódokban megjelenő nyelvi kódok gyakorisági adatai.
- az adott történethez tartozó CBCL faktorban elért pontszámok.

Szintén kérdésként fogalmazzuk meg, fókuszálva az aktivitás és figyelemzavaros tüneteket mutató vizsgálati csoportunkra, hogy az élettörténetek narratív pszichológiai elemzésében milyen dimenziók mentén lesznek különbségek a másik két vizsgálati csoporttal összevetve?

- a három vizsgálati csoport narratíváiban megjelenő és a társas interakciók problematikusságára utaló mintázatok feltérképezése a cél.

4. Vizsgálati módszerek

4.1. Vizsgálati minta

A vizsgálatban összesen 89 gyermek vett részt. Mind a célcsoportokba, mind a kontroll csoportba tartozó vizsgálati személyek normál általános iskolát végző gyermekek.

A vizsgálati személyek életkorára vonatkozó adatok:

	N	M	sd
Kor	89	10,7360	,866

A vizsgálati minta megoszlása nemek szerint:

Nem		
	N	%
fiú	45	50,6
lány	44	49,4
total	89	100

Nemi eloszlás a vizsgálati csoportokba való tartozás mentén:

ADHD tünetekkel élő csoport

Nem		
	N	%
fiú	17	65,4
lány	9	34,6
total	26	100

Depresszív tünetekkel élő csoport

Nem

	N	%
fiú	7	35,0
lány	13	65,0
total	20	100

Kontroll csoport

Nem		
	N	%
fiú	21	48,8
lány	22	51,2
total	43	100

4.2. A vizsgálat menete

A vizsgálati személyeket normál általános iskolákon keresztül értem el. Az iskolaigazgatókat személyesen kerestem fel és tájékoztattam a kutatás menetéről, valamint készítettem az igazgatók számára egy tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot (1. melléklet), melynek aláírásával jelzi felém az igazgató, hogy az adott iskolában a kutatás lebonyolítását engedélyezi.

A tervezett vizsgálatról rövid tájékoztatót és egyben beleegyező nyilatkozatot készítettem a szülők számára (2. melléklet), melyben összefoglaltam, hogy hány részből fog állni a vizsgálat, mi a célja és körülbelül mennyi időt venne igénybe a gyermekek vizsgálata.

A kutatás első fázisában a szülők segítségét kértem, két, szülők számára készült kérdőív kitöltése formájában, melyeket csoportosító változóként alkalmaztam.

A kutatás második fázisában előzetes egyeztetés után (szülőkkel, pedagógusokkal) a gyermekekkel iskolai keretek között vettem fel a Gyermekviselkedési Kérdőív Önjellemző Változatát. Majd rövid élettörténeti epizódokat kértem a gyermektől iskolai - és társas kapcsolatairól, melyet előzetes megbeszélés alapján diktafonra rögzítettem. Ez tette lehetővé számunkra a történetek további elemzését. A kérdőív kitöltése maximum 45 percet, az élettörténeti epizódok felvétele maximum 60 percet vett igénybe.

A gyermekek megnyugtatósa, az esetleges kérdések tisztázása végett, minden vizsgálatot úgy kezdtem, hogy tájékoztattam a vizsgálati személyt arról, hogy mi fog történni, mire számíthat

és néhány kérdést tettem fel, például „Milyen volt a mai napja?“, „Milyen órái voltak?“, „Az iskolából jött-e, vagy otthonról?“, „Fáradt-e?“ stb.

A kérdőív kiosztása után a következő instrukcióval láttam el a vizsgálati személyt:

„Kérlek figyelmesen olvasd el a feladatot és a kérdőív állításait is. Jelöld be azt a választ, amiről úgy gondolod, a legjobban jellemző rád. Ne aggódj, nincsenek jó vagy rossz válaszok, arra vagyok kíváncsi, hogy Te, hogy látod saját magad! A lényeg, hogy próbálj meg őszintén válaszolni. A kitöltött kérdőíveket bizalmasan fogom kezelni!”

Az irányított élettörténeti epizódok kéréséhez a következő utasítást adtam nekik: „Szeretnék kérni tőled néhány történetet, melybe próbálj meg visszaemlékezni saját élményeidre. Felolvasok öt rövid kis szöveget, melyek segítenek abban, hogy miről kell beszélned. Itt nincsenek jó vagy rossz történetek, arra vagyok kíváncsi, hogy veled történt-e már ilyesmi. Próbálj meg visszaemlékezni pontosan, hogy ezek, hogyan zajlottak, kik vettek benne részt, ki hogy viselkedett, miket éreztél.”

Öt féle történetet kértem a gyerekektől: Társkapcsolati problémáikról, Agresszivitásukról, Deviáns viselkedésükről, Szorongásaikról, Szomatikus panaszaiukról.

A gyerekektől származó adatokat bizalmasan kezeltem, sem a feldolgozási fázisban, sem a doktori disszertációban a gyermek neve nem szerepelt. A beérkezett szülők által kitöltött kérdőíveket párosítottam a gyermek neve alapján a vizsgálati személyek által kitöltött kérdőívekkel majd egyszerű szám alapú kódrendszert alkalmaztam a későbbi azonosíthatóság és esetleges visszakeresés dinamikus lebonyolítása érdekében.

4.3. Vizsgálati eszközök

Két út mentén határoztuk meg a módszereket, melyeket a kutatásban alkalmaztunk. Az egyik eszközünk egy gyermekek számára kialakított önértékelő kérdőív (CBCL) volt, mellé illesztve a kérdőív öt faktora mentén kért élettörténeti epizódokat. Ezzel az eljárással arra próbáltunk választ találni, hogy vajon a kérdőív mentén vagy az élettörténeti epizódok mentén kapunk részletesebb információkat a vizsgálati csoportok társas helyzetéről.

A kérdőív mentén egy állapotról kapunk képet, míg a történetek egy folyamatra mutathatnak rá, a gyermek szituatív tudása kerül felszínre.

A narratív kategoriális tartalomelemzés mentén a vizsgálati csoportok narratívumaiban megjelenő mintázatainak feltárására teszünk kísérletet.

Ezek mellett két szülőnek szánt kérdőívvel, mint csoportosító változóval dolgoztunk.

4.3.1. Csoportosító változóként alkalmazott szülői kérdőívek

Csoportosító változónak azért ezt a formát választottuk, mert a különböző problémátípusokba sorolása a vizsgálati személyeknek különösen kritikus pontja egy vizsgálatnak, így olyan módszert választottunk mely lehetséges és elfogadható csoportosítási mód.

A vizsgálatban a szülők által kitöltött két kérdőív megfelelő határértékpontját elérő vagy meghaladó vizsgálati személyekre használjuk a „depressziós tünetekkel” illetve „figyelemhiányos hiperaktív tünetekkel élő” meghatározást. Esetükben fennállhat klinikai szintű depresszió illetve figyelemhiányos hiperaktivitás is, ezt azonban a kérdőíves módszerrel nem lehetett igazolni.

Mivel a kutatásban nem diagnosztizált gyermekekkel dolgoztunk, így a szülőkkel kitöltetett két kérdőív esetében elővizsgálatot kellett végeznünk annak érdekében, hogy megfelelő cutpointokat kaphassunk, melyek alapján a vizsgálati csoportjaink kialakíthatóak.

Ennek értelmében egy elővizsgálatot folytattunk, melyben 275 fő vett részt, célja a vizsgálatnak az volt, hogy elegendő adatot kapjunk arra vonatkozóan, hogy a szülők számára készült két kérdőív mentén meghatározhassuk a 60-as illetve 70-es T-értékeket. A T-érték meghatározza, hogy az adott populáció az alkalmazott teszten elért pontszámok alapján Normál/Határövezeti/Klinikailag veszélyeztetett csoportba tartozik-e az adott jelenség mentén. A 60-as T-értékek az átlagnak megfelelő cutpointot mutatják a két szülőnek szánt kérdőív esetében, míg a 70-es T-érték feletti pontszámok a klinikailag veszélyeztetett övezetre utalnak.

Mindkét kérdőív esetén szükséges volt ezt az eljárást elvégezni, hiszen egyik sem rendelkezik hazai standardekkel.

A normál, tipikusan fejlődő populáción való statisztikai próbák elvégzése után a 60-70 T-érték közötti pontszámokat elérő vizsgálati személyek kerültek be az *ADHD tünetekkel* vagy a *Depresszív tünetekkel* élők csoportjába.

Gyerek Hiperkinetikus Zavar Kérdőív (4. melléklet)

A kérdőív szülők számára készült, melyben gyermeküket értékelik, a figyelemzavar és hiperaktivitás/impulzivitás súlyossági fokát pontozva. A kérdőív igen elterjedt a klinikai diagnosztikai munkában, illetve a figyelemhiányos hiperaktivitással foglalkozó kutatásokban, mivel a teszt felvételével átfogó képet kaphatunk az ADHD összes tünetéről.

Az ADHD pontozóskála 18 itemet tartalmaz, melyek közül a páratlan számú kérdések a figyelemzavarhoz kapcsolhatók, míg a páros számú itemek a hiperaktivitás/impulzivitás

tüneteire kérdeznék rá. A skála 5-18 év közötti gyermekek ADHD tüneteinek felmérése szolgál (Perczel, Kiss, Ajtay 2005).

A pilot vizsgálat mentén kapott határértékek a Gyermek Hiperkinetikus Zavar Kérdőív mentén:

Lányok

1. Kontroll: 0-17pont → 38,6 – 59 T-érték
- 2. ADHD tünetekkel élők: 18-25 pont → 60-70 T-érték**
3. Klinikailag veszélyeztetett populáció: 26-37 pont → 70-85,7 T-érték

Fiúk

1. Kontroll: 0-20 pont → 35,29-59 T-érték
- 2. ADHD tünetekkel élők: 21-29 pont → 60-70 T-érték**
3. Klinikailag veszélyeztetett populáció: 30-37 pont → 71-79,07 T-érték

Gyermekdepresszió Kérdőív Szülői Változata (CDI-P) (3. melléklet)

A Gyermekdepresszió Kérdőív Szülői Változatát csoportosító változóként alkalmaztam. A kérdőív 17 itemet tartalmaz, melyet a szülők töltenek ki gyermekükről. A skála 7-17 éves korú gyermekek depressziós tüneteinek értékelésére alakították ki.

Két alskála tartozik a kérdőívhez:

- érzelmi problémák
- funkcionális problémák

A skála hasznos lehet a korai depressziós tünetek felismerésében illetve a különböző terápiák hatásvizsgálatának monitorozásában. A kérdőív magyar fordítását Rózsa Sándor és Kovács Mária végezte el, a kérdőív elérhető hazai standardekkel nem rendelkezik (Wood és mtsai., 2007).

A pilot vizsgálat mentén kapott határértékek a Gyermekdepresszió kérdőív szülői változata mentén:

Lányok

4. Kontroll: 0-15 pont → 32,43 – 59 T-érték
- 5. Depressziós tünetekkel élők: 16-23 pont → 60-70 T-érték**
6. Klinikailag veszélyeztetett populáció: 24-28 pont → 70-80,9 T-érték

Fiúk

4. Kontroll: 0-15 pont → 31,76-59 T-érték
- 5. Depressziós tünetekkel élők: 16-21 pont → 60-70 T-érték**
6. Klinikailag veszélyeztetett populáció: 22-26 pont → 71-79,24 T-érték

4.3.2. *Gyermekviselkedési Kérdőív (CBCL) (5. melléklet)*

A Gyermekviselkedési Kérdőívet (CBCL) töltötték ki a gyermekek, melynek rövidített változatát alkalmaztam a vizsgálat során. Ezt a változatot a Vadaskert Kórház és Szakambulancia próbálta ki, és standardizálta 1991-ben. A rövidített változat a gyerekek érzelmi és viselkedési problémáit vizsgálja, összefoglalva az érzelmi életben és a viselkedésben megjelenő problémákat tartalmi jellegzetességük szerint. A tesztnek három változata létezik: egy szülői, egy tanári és egy önértékelő verzió. A kísérlet során az önértékelő kérdőívet töltöttük ki a gyerekekkel. Ez 44 kérdést tartalmaz, és háromfokú skálán történhet a válaszadás. Nulla pontot adhatunk a „nem jellemző” válaszáért, egy pont a „kissé jellemző” válaszáért és két pontot a „nagyon jellemzőért”.

A 44 kérdésre adott válaszok hat alszámba csoportosíthatók. A skálák a következők: 1. társkapcsolati problémák, 2. szorongás, depresszió, 3. szomatizáció, 4. figyelmi problémák, 5. deviáns viselkedés, 6. agresszivitás. A hat skálából további két származtatott kategóriát lehet összeállítani: 1. internalizáció, ami a társkapcsolati problémák és a szorongás-depresszió skálapontjának összeadásából jön létre, 2. externalizáció, mely a deviáns viselkedés és az agresszivitás skálán megjelenő pontok összege. A teszt felvételével nyert mutatók önmagukban semmiféle pszichiátriai diagnózist nem jeleznek. Ezek a gyermek viselkedéses jellegzetességeit vázolják fel (Perczel, Kiss, Ajtay 2005).

4.3.3. *A vizsgálati személyek élettörténeti epizódjai*

A vizsgálat második részeként a Gyermekviselkedési Kérdőív (CBCL) öt faktora, a társkapcsolati problémák, a deviáns viselkedés, az agresszivitás, a szorongás, depresszió és szomatizáció alszála mentén alakítottam ki kijelentő mondatokból álló hívó ingereket. Ezek alapján kértem a vizsgálati személyektől élettörténeti epizódokat.

A hívó ingerek a következők voltak:

1. Társkapcsolati problémák

Mindenkinek vannak olyan ismerősei, osztálytársai, akivel nem tud igazán jól kijönni, hiszen nagyon nehéz barátokat találni, akivel igazán jól megérti magát az ember. Előfordul az, hogy magányosnak érezzük magunkat, vagy hogy inkább nem is mennénk a társaink közé, mert nem érezzük magunkat jól velük.

Tudsz nekem mesélni olyan történetet, amikor esetleg megbántottak, vagy nem jöttél ki jól a társaidal, amikor valami miatt inkább egyedül akartál maradni?

Meséld el pontosan légy szíves, hogy mi történt. Hogy érezted magad közben, ki, hogy viselkedett, mi lett a vége a történetnek.

2. Deviáns viselkedés

Néha mindenkivel előfordul, hogy valami olyasmit csinál vagy mond, amiről tudja, hogy nem lett volna szabad.

Előfordult már veled olyan helyzet, amikor valami miatt kaptál büntetést egy olyan dologért, amit nem lett volna szabad csinálnod vagy mondanod? Meséld el ezt nekem légy szíves. (sokszor előfordul-e az ilyen?)

3. Agresszivitás

Nagyon nehéz sokszor az, hogy indulatainkat megfékezzük és visszafogjuk magunkat, amikor dühösek vagyunk valami miatt, vagy valami nem úgy sikerül, ahogy szerettük volna.

Mesélj nekem egy olyan történetet, ha volt az életedben, amikor összetűzésbe kerültél valami miatt valakivel. Mi váltotta ki ezt benned? Sokszor előfordult-e? Ki volt a kezdeményezője a cselekvésnek? Hogy zárult?

4. Szorongás, depresszió

Néha mindenki érezheti magát elkeseredettnek, magányosnak, vagy sokszor félünk valamitől, vagy aggódunk bizonyos dolgok miatt, ez természetes.

Tudnál nekem mesélni olyan történetet, mikor féltél valamitől vagy rossz volt a kedved, nem voltál boldog vagy úgy érezted, hogy mindenki ellened van?

Mi váltotta ezt ki? Milyen érzések voltak ezek? Sokszor előfordult-e? Ki segített túljutni rajta?

5. Szomatizáció

Mindenkivel előfordul az, hogy elfáradunk, nincs erőnk semmihez, fáj a fejünk a hasunk, néha el is szédülünk.

Tudnál nekem mesélni olyan történetet vagy történeteket mesélni, amikor észrevetted magadon, hogy könnyen elfáradtál, fáj a fejed a hasad, elszédültél, hányingered volt különösebb ok nélkül, vagy nem volt kedved semmihez? Milyen szituációban szokott ez előfordulni? Hogyan szokott elmúlni? Ki segít neked ilyenkor?

4.3.4. Az szövegek feldolgozásának szempontjai

Mind a kontroll csoport, mind a célcsoport tagjai fejenként öt élettörténeti epizódot mondtak el, így összesen 445 történetet kaptam (130 történetet az ADHD tünetekkel élőkől, 100 történet a depresszív tünetekkel élőkől, 215 epizód a kontroll csoport tagjaitól).

Atlas.Ti tartalomelemzést segítő programmal történő szövegfeldolgozás

A tematikus kézikódolás célja ebben az esetben, a CBCL kérdőív öt faktora alapján kialakított kódok megtalálása volt, így a kódok mentén kapott relatív szógyakorisági adatok összevetésére nyílt lehetőségünk a három vizsgálati csoportban.

Emellett a tematikus kézikódolásból származó adatok hozzásegítettek minket ahhoz, hogy meghatározhassuk, hogy a három vizsgálati csoportot milyen mértékben különíti el helyesen a következő két változó:

- a CBCL faktorok alapján kért történetekben megjelenő nyelvi kódok relatív gyakorisági adatai.
- az adott történethez tartozó CBCL faktorban elért pontszámok.

A Szorongás, depresszióról szóló történetek elemzésére a szereplői funkciók narratív pszichológia elemzése által került sor.

Így a CBCL kérdőív négy faktora mentén (Társkapcsolati problémák, Deviáns viselkedés, Agresszivitás, Szomatizáció) kialakított kódok és definíciók a következők:

Társkapcsolati problémákról szóló történetek

Kód: Beszélő negatív viselkedés

Definíció: Olyan viselkedés a beszélő felől, mely implicálja a társkapcsolati problémákat: inkább egyedül van, nehezen barátkozik, nem jó a kapcsolata a többiekkel.

Kód: Társak, többiek negatív viselkedése

Definíció: A szereplők olyan negatív reakciója, viselkedése a beszélő felé, melyek jelzik a társkapcsolati problémákat: kiközösítik, nem kedvelik, csúfolják, nem szeretik, bántják.

Deviáns viselkedésről szóló történetek

Kód: Deviáns viselkedés

Definíció: Szülői, tanári, társas normatív elvárásoknak való nem megfelelő viselkedés, szóhasználat a beszélőtől.

Kód: Fizikai agresszió

Definíció: Személyközi kapcsolatban megjelenő mások fizikai sértése, bántalmazása, melyet a beszélő indít.

Kód: Verbális agresszió

Definíció: Személyközi kapcsolatban megjelenő mások lelki kárára történő sértő szóhasználat, megnyilvánulás a beszélőtől.

Agresszivitásról szóló történetek

Kód: Fizikai agresszió

Definíció: Személyközi kapcsolatban megjelenő mások fizikai sértése, bántalmazása, melyet a beszélő indít.

Kód: Verbális agresszió

Definíció: Személyközi kapcsolatban megjelenő, mások lelki kárára történő sértő szóhasználat, megnyilvánulás a beszélőtől.

Kód: Deviáns viselkedés

Definíció: Szülői, tanári, társas normatív elvárásoknak való nem megfelelő viselkedés, szóhasználat, a beszélőtől.

Az Deviáns viselkedésről és Agresszivitásról szóló történetekben, úgy ítéltük meg, hogy szükséges mindkét faktorhoz tartozó kódokat lefuttatni.

Szomatizációról szóló történetek

Kód: Szomatizáció

Definíció: Testi panaszok a beszélő felől, – hasfájás, fejfájás, tenyér izzadás, hányinger - melyek számára szorongató helyzetekben jelentkeznek.

Az interjúkból kivettem az interjúkészítő szövegeit. A szavak számát tekintve szükségesnek láttam, hogy relatív szógyakorisággal számoljak. Ennek megfelelően az Atlas.Ti. tartalomelemzést segítő programba egyenként vittem be a vizsgálati személyek történeteit.

A kódokat és hozzájuk tartozó definíciókat tehát a tematikus tartalomelemzés módszerével manuálisan kerestem a szövegekben.

Narratív kategoriális tartalomelemzés (NARRCAT)

A NarrCat által végezhető narratív kategoriális tartalomelemzéskor számítógép segítségével végzett adatredukció történik, így lehetőséget teremtünk a szó szint feletti nyelvi alakzatok azonosítására (Csertő, László, 2011). A NarrCat rendszere moduláris, (például érzelem, ágens, idő, értékelés, tagadás, szereplői funkciók) mely modulok mentén pszichológiai jelenségek narratív jegyeinek kódolása lehet a cél (Szalai, 2011). Az elemzés a Nooj korpusznyelvészeti fejlesztő környezetben zajlik, mely nagyméretű szövegtörzsek vizsgálatára alkalmas (Ehmann, Balázs, 2015).

A kutatásban olyan modulokat igyekeztünk választani, melyek narratív jegyei kapcsolatba hozhatóak a szelf és másik viszonyával, képet kaphatunk a társkapcsolati működésről, azok esetleges nehézségeiről. Célunk ezzel az volt, hogy a három vizsgálati csoport narratíváiban megjelenő mintázatokat feltérképezhessük, melyek a társas környezetben megjelenő problémák, mint pszichológiai jelenségekkel hozhatók összefüggésbe.

A vizsgálatba bevont narratív kategoriális modulok

A szövegtörzsek futtatására kerültek a Nooj nyelvi környezetben a modulokhoz rendelt szavak, melyek szótárakat alkotnak. Minden esetben fontosnak tartottuk a manuális utóelemzést, így a találatokkal teli szövegtörzseket visszatöltöttük az Atlas.Ti tartomelemzést segítő programba ellenőrzés céljából. Ezen felül néhány modul esetében további műveletek elemzésére is sor került az Atlas.Ti programon belül.

Mivel a kiválasztott modulok részletes bemutatásra kerültek az elméleti háttérben, így jelen esetben röviden a kiválasztás oka, illetve az elemzések menete kerül bemutatásra.

Társas referencia modul Személyközi referencia almodul

A szelf-referencia és a mi-referencia nyelvi jegyeinek mennyiségi azonosítása utalhat a kölcsönösség meglétére annak esetleges hiányára egy kapcsolati narratíván belül. A csoporttal való azonosulás, élménymegosztás, megosztott felelősség mutatkozhat meg a mi-referencia nyelvi jegyei mentén, még a negatív élményminőségű történetekben is. Alapvetően a társas kapcsolatokról szóló szövegekben a szelf-referencia magasabb aránya utalhat az elbeszélő magányosságára, a megoszthatóság és valahova tartozás érzésének hiányára.

A fentiekre alapozva emeltük be az elemzési szempontok közé a Személyközi referencia almodult.

Tagadás modul

A tagadás szélsőséges esetben is megjelenhet az én-elbeszélésekben, jelen esetben maga a történet élményminősége is implikálhatja ezt, viszont a három vizsgálati csoportban eltérő mintázatokat várunk, melyek összefüggésben állhatnak a vizsgálati személyeket körülvevő szociális háló támogató vagy elutasító szerepével, ez által az adott mikrokozmoszra vonatkozó negatív világnézettel.

Tagadott szelf nyelvi jegyeinek kódolása

Fontosnak tartottuk, hogy megvizsgáljuk a szelfre vonatkozó kifejezések tagadó kontextusban való megjelenésének mintázatát a szövegekben. Szuperkódokat alakítottunk ki az Atlas.Ti tartalomelemzést segítő program keretein belül, így azokat a mondatokat tudtuk kiszűrni, melyekben együttjárás volt megfigyelhető, ez azonban még nem jelentette a szigorú együttjárások azonosítását. A következő lépcső ezen egységek visszatöltése az Atlas.Ti környezetbe, majd kézikóddal való azonosítása a tagadott szelf szigorú együttjárásának. A történetek élményminősége mentén a tagadott szelf szigorú együttjárása utalhat a felelősség hártására egy adott szituációval kapcsolatban, de az elmagányosodás megjelenésére is. Ezen felül hordozhat a depresszív dinamikára utaló jeleket is.

Ágencia modul, Aktivitás almodul

Lényeges volt a társkapcsolatok alakulása szempontjából megvizsgálunk a szövegekben azt, hogy a szelf milyen mértékben képes hatást gyakorolni a saját környezetére, aktívnak vagy passzívnak/elszenvedőnek látja saját magát.

Az Aktivitás modul az aktivitás és passzivitás szótárak mentén kap bemenetet, mely szótárak a Nooj nyelvi környezetben futottak a szövegkorpuszokon.

Igen fontosnak tartottuk annak a feltérképezését, hogy az „én” és a „másik” az ágense vagy recipiense az adott cselekvésnek, mely információk csupán az aktivitás-passzivitás szótárak mentén nem elérhetőek. Ennek értelmében a Tematikus szerepek modulja mentén az ágens és recipiens nyelvi jegyek kézikódolására került sor az Atlas.Ti tartalomelemzést segítő programban.

Jelentősége van annak, hogy mely szerepek jelennek meg ágensként vagy recipiensként az adott narratívában, ennek megfelelően a Szereplői funkciók mentén kialakított négy szerepkategoriát vettük alapul. E mellett valencia mentén különítettük el a különböző szereplői kategóriákhoz tartozó ágens és recipiens nyelvi jegyeket:

Aktív igék mentén:

- Szelf pozitív ágens; Szelf negatív ágens; Szelf semleges ágens
- Szelf pozitív recipiens; Szelf negatív recipiens
- Szülők pozitív ágens; Szülők negatív ágens
- Tanárok pozitív ágens; Tanárok negatív ágens
- Társak pozitív ágens; Társak negatív ágens

Passzív igék mentén a kutatás szempontjából kizárólag azok a nyelvi jegyek kerültek kódolásra, melyben a szelf mint recipiens jelenik meg.

Szereplői funkciók

A szövegekből kigyűjtöttem az elemzéshez szükséges szereplőket, melyeket a következő kategóriákba soroltam: Többiek vagy társak, Szülők, Tanárok. A szülő kategória tartalmazza, az anya és az apa kategóriát is.

A szövegek átolvasása után fontosnak tartottam, hogy a szelf-funkciókat külön kódoljam, a történetek szereplőinek funkcióitól. Így a szereplői kategória negyedik eleme, a szelf, vagyis a beszélő maga lett.

Mivel a szövegekben jelenetek, események vannak és azokban pedig szereplők jelennek meg, akiknek funkcióik vannak, így a történetek átolvasása után, a szöveg funkciók értelmezését figyelembe véve a következő funkciókat alakítottam ki, Péley (2002), vizsgálata nyomán:

áruló: A szereplő elmond valakinek egy olyan dolgot, aminek kiderülése kellemetlen a szereplőnek, rossz fényt vet rá és nem egyezett bele.

leértékelő: A szereplő olyat mond, amivel lelki sértést okoz a beszélőnek.

szorongató-bosszantó: A szereplő úgy viselkedik, amivel szorongást kelt, idegesíti a beszélőt, kárt tesz a holmijában vagy annak épségét fenyegeti.

támadó: A szereplő olyat tesz, ami a fizikai létét sérti a beszélőnek. Üldözőként jelenik meg.

büntető: A szereplő megbünteti, fegyelmezi a beszélőt.

nem büntető: A szereplő nem bünteti, nem fegyelmezi a beszélőt.

nem védelmező: A szereplő nem tesz semmit az elbeszélő védelme, biztonsága érdekében.

negatív társ: Szereplő és az elbeszélő együtt csinálnak valamit. Valamilyen negatív dolgot, pl. veszekednek, verekednek, nem jönnek ki jól.

elutasító: A szereplő kiközösíti, elutasítja a beszélő közeledését, jelenlétét. Nem szeretik, nem barátkoznak vele.

visszaélő: A szereplő kihasználja a beszélőt, valamilyen tekintetben. Vagy bizonyos ellenszolgáltatásért cserébe barátkozik, játszik vele.

védelmező: A szereplő védelmet nyújt, megóvja, támogatja a beszélőt.

pozitív társ: A szereplő és az elbeszélő együtt csinálnak valamit. Valami pozitív vagy semleges dolgot.

barát: A szereplő az elbeszélő számára barátként, baráti kapcsolatban jelenik meg.

A fent leírt szereplői funkciók csoportosítására volt szükség, melyet a következőkben részletezek:

1. Szülői szerephez tartozó funkciók:

- *büntető, védelmező, nem büntető, leértékelő*
- 2. Tanári szerephez tartozó funkciók:
 - *büntető, nem büntető, nem védelmező, védelmező*
- 3. Testvéri szerephez tartozó funkciók:
 - *negatív társ, pozitív társ, szorongató-bosszantó, támadó, áruló, elutasító, leértékelő, védelmező*
- 4. Többiekhez, másokhoz tartozó funkciók
 - *barát, pozitív társ, védelmező, negatív társ, elutasító, leértékelő, támadó, áruló, szorongató-bosszantó, visszaélő*
- 5. Szelf szerepéhez tartozó funkciók
 - *áruló, leértékelő, támadó, védelmező, szorongató-bosszantó, elutasító*

A szövegekben olyan funkciókat is kialakítottam, amelyek csak a beszélőnél (szelf) jelennek meg, ezek a következők:

káromkodó: A beszélő csúnya szavakat használ, káromkodik.

aggódó: A beszélő fél valamitől, aggódik, izgul, retteg valamitől, rosszul érzi magát, megijed.

ellenálló, rosszalkodó: A beszélő ellenáll, nem csinálja azt, amit mondanak neki vagy, amit elvárnak tőle, vagy olyat tesz, ami a szülői, tanári elvárásoknak nem megfelelő, esetleg kárt okoz.

hazug: Beszélő nem mond el valamit, vagy nem úgy mondja el, ahogy volt. Hazudik, füllent.

ideges, ingerlékeny: A beszélő könnyen dühbe gurul, ingerlékeny lesz, mérges, ideges, haragos, dühös.

magányos, védtelen: A beszélő egyedül van, magányos, nincs sok barátja, kiközösített, védtelen.

A szorongás, depresszióról szóló történetek elemzésére a szereplői funkciók narratív pszichológia elemzése által került sor. A szorongás, depresszióról szóló történetek sajátossága miatt úgy ítélem meg, hogy a dolgozat szempontjából releváns két újabb, a beszélőhöz, vagyis a szelfhez tartozó funkciót kialakítani, amelyeket csak a szorongásról, depresszióról szóló szövegekben kerestem. Ez a három funkció a következő:

Iskolai aggodalom: a beszélő izgul, aggódik, fél az iskolai teljesítménye miatt.

Magány miatti aggodalom: a beszélő aggódik, fél a magányosság miatt. Fél az elhagyatottságtól, barátnélküliségtől. Ezek miatt rossz érzése van.

*Fenyegetettség*től való félelem: a beszélő fél, aggódik a többiek általi megaláztatástól, fizikai és lelki bántástól.

Az elbeszélői perspektívában, a történetek elmesélője, bemutatja a történeteinek a szereplőit, képet kapunk a szereplők viselkedéséről, megragadhatóvá teszi, hogy a szereplők cselekedetei számára kellemetlenek vagy kellemesek. Beszámol továbbá saját magáról, belső tudattartalmait, valamint viselkedését, a nyelvi megfogalmazások által, az olvasó számára tetten érhetővé alakítja (Ehmann,2002).

5.Eredmények¹

Az adatok statisztikai elemzéséhez az SPSS statisztikai program 22 verzióját használtuk.

5.1. Gyermekviselkedési Kérdőív Önértékelő változatából nyert adatok elemzése

*5.1.1. CBCL kérdőív*ből származó eredmények

Összprobléma mutató mentén kapott eredmények elemzése

Az Összprobléma mutató mentén mért eredmények, standard értékekhez való viszonyítása:

- Összprobléma mutató átlag értékei a vizsgálati csoportokban:

ADHD tünetekkel élő csoport: M=28,4; sd=10,07

Depresszív tünetekkel élő csoport: M=19,1; sd=10,16

Kontroll csoport: M=12,8; sd=7,87

- Összprobléma mutató standard értékei, a Vadaskert Kórház és Szakambulancia Alapítvány hazai gyermekpopuláción végzett vizsgálata alapján:

Normál (átlagos) övezet: 30 pontig

Veszélyeztetett övezet: 31-40 pont között

Átlag feletti, problémás övezete: 41 pont felett

Mindhárom vizsgálati csoport összprobléma mutató értéke besorolható a standard normál övezetbe.

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport összprobléma mutató mentén elért eredményeinek összevetése

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a CBCL Kérdőív összprobléma mutató mentén. Szignifikáns

¹ A statisztikai eredmények nyers táblázatai a következő linken érhetők el:
https://drive.google.com/open?id=1CZaKmNW0la0QMZLC4ZAK9hMHue_1SQtg

különbség ($p < 0,01$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 23,8$, $p = 0,00$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M = 28,4$; $sd = 10,07$) – depresszió ($M = 19,1$; $sd = 10,16$) ($P = 0,003$); az ADHD-kontroll ($M = 12,8$; $sd = 7,87$) ($P = 0,000$); és a depresszió-kontroll ($P = 0,040$) csoportok között.

CBCL alskálák (Társkapcsolati problémák, Agresszivitás, Deviáns viselkedés, Szorongás-Depresszió, Szomatizáció) mentén kapott adatok elemzése.

Az SPSS program segítségével meghatároztam az általam vizsgált öt CBCL faktorban (Társkapcsolati problémák, Agresszivitás, Deviáns viselkedés, Szorongás-Depresszió, Szomatizáció) mért átlag pontszámokat, mind az ADHD-s, Depresszív tünetekkel élő, mind a kontroll csoportban.

Ezek után összehasonlítottam, a vizsgálati csoportjaim átlag pontszámait, a Vadaskert Kórház és Szakambulancia Alapítvány hazai gyermekpopuláción végzett vizsgálata alapján meghatározott standard értékekkel.

Végül mind a három vizsgálati csoport, öt faktorban elért átlag értékeit összevettem.

Társkapcsolati problémák

Társkapcsolati problémák alskálán mért eredmények, standard értékekhez való viszonyítása:

- Társkapcsolati problémák átlag értékei a vizsgálati csoportokban:

ADHD tünetekkel élő csoport: $M = 5,1$; $sd = 2,75$

Depresszív tünetekkel élő csoport: $M = 3,4$; $sd = 2,62$

Kontroll csoport: $M = 2,0$; $sd = 1,98$

- Társkapcsolati problémák alskála standard értékei, a Vadaskert Kórház és Szakambulancia Alapítvány hazai gyermekpopuláción végzett vizsgálata alapján:

Normál (átlagos) övezet: 6 pontig

Veszélyeztetett övezet: 7-8 pont között

Átlag feletti társkapcsolati problémák övezete: 9 pont felett

Mind a két célcsoport és a kontroll csoport tagjai a standard értékekhez viszonyítva normál (átlagos) övezetben értékelte magát a társkapcsolati problémák tekintetében.

A figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Társkapcsolati problémák alskálán elért eredményeinek összevetése (1. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a CBCL Kérdőív Társkapcsolati problémák mutató mentén. Szignifikáns különbség ($p < 0,01$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 14,4$, $p = 0,00$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M = 5,1$; $sd = 2,75$) – depresszió ($M = 3,4$; $sd = 2,62$) ($P = 0,039$); az ADHD-kontroll ($M = 2,0$; $sd = 1,98$) ($P = 0,000$) csoportok között.

Agresszivitás

Az Agresszivitás alskálán mért eredmények, standard értékekhez való viszonyítása:

- Agresszivitás alskála átlag értékei a vizsgálati csoportokban:

ADHD tünetekkel élő csoport: $M = 5,0$; $sd = 2,78$

Depresszív tünetekkel élő csoport: $M = 3,1$; $sd = 2,29$

Kontroll csoport: $M = 2,1$; $sd = 1,75$

- Agresszivitás alskála standard értékei:

Normál (átlagos) övezet: 4 pontig

Veszélyeztetett övezet: 5-6 pont között

Átlag feletti agresszivitás övezete: 7 pont felett

A standard értékekhez viszonyítva, normál (átlagos) övezetbe helyezkednek el a Depresszív tünetekkel élő csoport és a kontroll csoport tagjai, míg az ADHD tünetekkel élő csoport tagjai a veszélyeztetett övezetben helyezkednek el az agresszivitás alskála tekintetében.

A figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Agresszivitás alskálán elért eredményeinek összevetése (1. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük, a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a CBCL Kérdőív Agresszivitás mutató mentén. Szignifikáns különbség ($p < 0,01$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 14,2$, $p = 0,00$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M = 5,0$; $sd = 2,78$) – depresszió ($M = 3,1$; $sd = 2,29$) ($P = 0,011$); az ADHD-kontroll ($M = 2,1$; $sd = 1,75$) ($P = 0,000$) csoportok között.

Deviáns viselkedés

A Deviáns viselkedés alskálán mért eredmények, standard értékekhez való viszonyítása:

- Deviáns viselkedés alskála átlag értékei a vizsgálati csoportokban:

ADHD tünetekkel élő csoport: $M=3,0$; $sd=2,20$

Depresszív tünetekkel élő csoport: $M=1,8$; $sd=1,47$

Kontroll csoport: $M=1,2$; $sd=1,33$

- Deviáns viselkedés alskála standard értékei:

Normál (átlagos) övezet: 3 pontig

Veszélyeztetett övezet: 4-5 pont között

Átlag feletti deviáns viselkedés övezete: 6 pont felett

A standard értékekhez viszonyítva, normál (átlagos) övezetbe helyezkednek el, mind az ADHD – és Depresszív tünetekkel élő csoport, mind a kontroll csoport tagjai, a deviáns viselkedés alskála tekintetében.

A figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Deviáns viselkedés alskálán elért eredményeinek összevetése (1. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük, a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a CBCL Kérdőív Deviáns viselkedés mutató mentén. Szignifikáns különbség ($p<0,01$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 8,4$, $p=0,00$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=3,0$; $sd=2,20$) – kontroll ($M=1,2$; $sd=1,33$) ($P=0,000$) csoportok között; tendencia szerű eltérést pedig az ADHD - depresszió ($M=1,8$; $sd=1,47$) ($P=0,051$) csoportok között kaptunk.

Szorongás-depresszió

A Szorongás-depresszió alskálán mért eredmények, standard értékekhez való viszonyítása:

- Szorongás-depresszió alskála átlag értékei a vizsgálati csoportokban:

ADHD tünetekkel élő csoport: $M=5,6$; $sd=3,34$

Depresszív tünetekkel élő csoport: $M=5,0$; $sd=4,03$

Kontroll csoport: $M=2,7$; $sd=2,46$

- Szorongás-depresszió alskála standard értékei:

Normál (átlagos) övezet: 7 pontig

Veszélyeztetett övezet: 8-9 pont között

Átlag feletti szorongás-depresszió övezete: 10 pont felett

A standard értékekhez viszonyítva, normál (átlagos) övezetbe helyezkednek el, mind az ADHD – és Depresszív tünetekkel élő csoport, mind a kontroll csoport tagjai, a szorongás-depresszió alskála tekintetében.

A figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Szorongás-depresszió alskálán elért eredményeinek összevetése (1. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük, a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a CBCL Kérdőív Szorongás-depresszió mutató mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,01$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 8,1, p=0,01$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=5,6; sd=3,34$) – kontroll ($M=2,7; sd=2,46$) ($P=0,001$); depresszió ($M=5,0; sd=4,03$) – kontroll ($P=0,026$) csoportok között.

Szomatizáció

A Szomatizáció alskálán mért eredmények, standard értékekhez való viszonyítása

- Szomatizáció alskála átlag értékei a vizsgálati csoportokban:

ADHD tünetekkel élő csoport: $M=2,5, sd=2,35$

Depresszív tünetekkel élő csoport: $M=1,8, sd=1,26$

Kontroll csoport: $M=1,3, sd=1,64$

- Szomatizáció alskála standard értékei:

Normál (átlagos) övezet: 4 pontig

Veszélyeztetett övezet: 5-6 pont között

Átlag feletti szomatizáció övezete: 7 pont felett

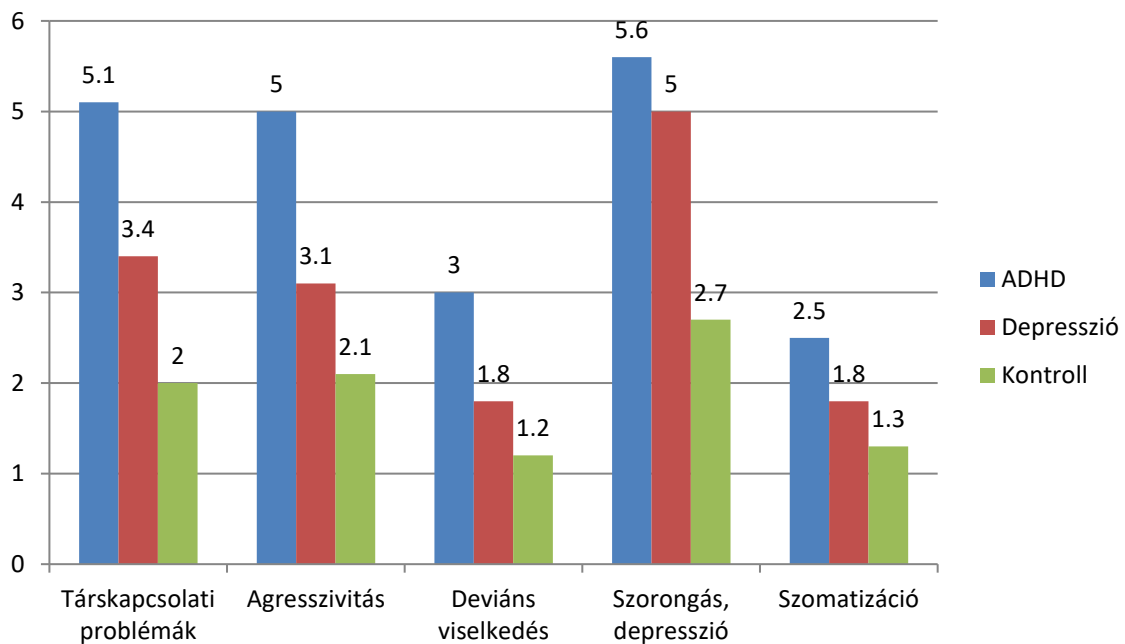
A standard értékekhez viszonyítva normál (átlagos) övezetben helyezkednek el mind az ADHD-s – és Depresszív csoport, mind a kontroll csoport tagjai a szomatizáció alskála tekintetében.

A figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Szomatizáció alskálán elért eredményeinek összevetése (1. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a CBCL Kérdőív Szomatizáció mutató mentén.

Tendenciaszerű különbség ($p=0,055$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 3,0, p=0,055$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=2,5, sd=2,35$) – kontroll ($M=1,3, sd=1,64$) ($P=0,048$) csoportok között.



1. ábra: A CBCL Kérdőívből származó eredmények

5.1.2. A CBCL kérdőívből származó eredmények megvitatása

Alapfelvetésünk volt, hogy a gyermekeknek nehézségekbe ütközhet a viselkedési problémáikra való rálátás, mikor saját és társas helyzetüket kell megítélni egy skála segítségével. Saját viselkedésük megítélése a normál övezetbe eshet. Az hipotézis alátámasztásul szolgáló eredmények értelmezését a következőkben tárgyaljuk.

A vizsgálat eredményei alapján láthatjuk, hogy az ADHD tünetekkel élő gyerekek, valamint a másik két referenciacsoport tagjai is a Gyermekviselkedési Kérdőívben (CBCL), melyben saját viselkedésüket kellett önreflektív módon megítélni, a standard értékek szerint normál övezetbe helyezik magukat. Érdeemes megjegyezni, hogy kettő általunk vizsgált CBCL faktorban (Társkapcsolati problémák, Deviáns viselkedés) a célcsoport saját viselkedésének jellemzése a standard normál övezet felső határához van közel, egy esetben az Agresszivitás alszála mentén saját viselkedésük megítélése a veszélyeztetett övezetbe helyezkedett el. Ez azt mutathatja, hogy az figyelemhiányos hiperaktív tünetekkel élő gyermekek érzik azt, hogy viselkedésük bizonyos helyzetekben nem megfelelő, de gyakran maladaptív magatartási

mintázataikból nem tudnak hosszú távú következtetéseket levonni. Ez összefüggésben állhat a szociális előrelátás nehézségével, vagyis, hogy problémákba ütköznek, saját viselkedésük következményeit előre látni. Előfordul, hogy úgy cselekszenek, hogy nem tudják figyelembe venni a lehetséges alternatív válaszokat (Aili, Norharlina, Manveen, & Wan Salwina, 2015). Nagyon csekély vagy semmilyen rálátásuk nincs arra, hogy a környezetük milyennek látja őket, tehát képtelen társaik, tanáraik, szüleik szemszögéből tekintetni magukra. (Selikowitz,2010).

Mivel ezek a kívülről érkező társas megítélési inputok nem raktározódnak el bennük, valamint önreflexiójuk nem táplálkozik sem a magatartásuk következményeinek feldolgozásából, sem a külső megítélésekből, így mondhatjuk, hogy nehezen hasznosítják a múltbéli tapasztalataikat, melyek segítségével saját magukról, a valóságnak megfelelő, koherens szelf-reprezentációt tudnának kialakítani. Így önjellemzésük a fentiek nélkül jön létre, és sokkal inkább táplálkozik egy általánosan elvárt standard, viselkedési mintázatnak való megfelelési vágyból, mint a valós sokszor inadekvát magatartásukból. Az érzésük, hogy viselkedésük olykor nem megfelelő, azonban megmutatkozik abban, hogy a CBCL Kérdőív standard normál értékének felső határához közelít magatartásuk megítélése.

A valós viselkedési problémákat mutathatja azonban, az eredmények feldolgozásának azon pontja, mikor a célcsoport és a referencia csoportok CBCL Kérdőívben elért teljesítményét összevetettük. Az eredményeink azt mutatják, hogy a Társkapcsolati problémák, Deviáns viselkedés és Agresszivitás faktorban szignifikánsan problematikusabbnak mutatkozik az ADHD tünetekkel élő gyerekek viselkedése a másik két referenciacsoportéhoz képest.

Az általunk vizsgált öt faktor tekintetében négy esetben nem kaptunk szignifikáns különbséget a referencia csoportjaink között (depresszív tünetekkel élők, kontroll csoport). Egyedül a szorongás depresszió faktorban kaptunk különbséget a depresszív tünetekkel élő – és kontroll csoport között. Még a szubklinikai csoportban is ez a faktor az, ami a leginkább differenciálja a depresszív tünetekkel élők csoportját a kontroll csoporttól.

Míg önjellemzésükből csekély viselkedéses nehézségekre tudunk következtetni, addig a három csoport összehasonlítása megmutatja, hogy ugyan mindhárom vizsgálati csoport önjellemzése a normál standard övezetbe esik, összehasonlítva ezeket az eredményeket már lényegesen problematikusabb a célcsoport viselkedéses mintázata, melyre pusztán az ADHD tünetekkel élő gyermekek teszteredményeiből nehezen lehetett volna következtetni.

Feltételezhető a fent leírtak tükrében, hogy a célcsoport önreflexiót igénylő, magatartásukat jellemző tesztekben elért eredményei önmagukban, viszonyítási csoport nélkül nem feltétlenül mutatják a valós viselkedéses nehézségeiket. Mivel a kutatásban szubklinikai csoportokkal

dolgoztunk, így az a tény, hogy a teszteredmények nem emelkednek az átlag feletti övezetbe önmagában nem újdonság értékű, jelen esetben azt a következtetést lehet levonni, hogy a CBLC Kérdőív egyes faktorai nem érzékenyek a szubklinikai szintre, nem differenciál a standard pontok alapján a normál mintától.

A CBCL faktorok közül, melyeket a dolgozatban vizsgáltunk, érdemes külön kezelni a Szorongás és depresszió valamint a Szomatizáció mutatót, hiszen ezek nem kifejezetten a társas életben megjelenő viselkedéses nehézségeket vizsgálják, sokkal inkább kapunk képet általa, azokról az érzelmi jellegzetességekről, melyek az aggodalom, a szorongás, a hangulati problémák és testi panaszok mentén jelentkeznek, esetlegesen a viselkedéses nehézségek és a társas szférában gyűjtött tapasztalatokkal összefüggésben.

Az eredmények hasonlóképpen alakultak, mint a fentiekben, mind a célcsoport, mind a referencia csoportok eredménye a standard normál övezetbe sorolható. Szignifikáns különbséget kaptunk az ADHD tünetekkel élő és kontroll csoport, valamint a depresszív tünetekkel élő és kontroll csoport között. Mindkét esetben vagy a célcsoport vagy a depresszív tünetekkel élők csoportja ért el magasabb pontszámot.

A figyelemhiányos hiperaktív gyermekeknek kisgyermekkoról nehézségeik vannak a társas életben való eligazodással és a megfelelő, szociálisan elvárt magatartással. Így 9-11 éves korban, az ezekkel kapcsolatos szorongások, aggodalmak, melyekre a teszt explicit módon kérdez rá, elképzelésünk szerint olyan mértékig életük részévé vált, hogy értékelésük, a standard normál övezetbe esik, viszonyítási csoport mellett azonban ráláthatunk ennek a területnek a problematikusságára is. A célcsoportban a gyermekek többségét már kisgyermekkoról fogva érik a magatartásukra tett kritikák és életükben szinte folyamatosan jelen vannak a társas viselkedéses nehézségek, melyek mikro traumákként épülnek be mindennapjaikba. Mikor ezek érzelmi aspektusairól kell számot adniuk egy önkitöltős tesztben, nem jelennek meg hangsúlyosan a szorongással, aggodalommal, hangulati problémákkal kapcsolatos nehézségek viszonyítási csoport nélkül. Lehetséges, hogy megküzdési stratégiaként is szolgálhat az ADHD diagnosztikai kategóriába sorolt gyermekek számára, hogy ezen változókat, a normál átlagos övezetbe helyezik, így elfogadhatóvá teszik saját maguk számára érzéseiket, a társas kapcsolati problémákkal, deviáns viselkedéssel és agresszivitással kapcsolatban. A kontroll csoportba tartozó gyermekek életében nincs annyira központi helyen a társas helyzetekben való viselkedési és magatartási nehézség. Az életük során, mint minden gyermeknek, tapasztalatuk nekik is van konfliktusos társas helyzetekről,

de az ezzel kapcsolatos élmények kevésbé nyomják rá bélyegüket az érzelmi életükben megjelenő, szorongásos és hangulati problémákra.

A hangulati problémákban gyakran megjelennek szomatikus tünetek is. Mindhárom vizsgálati csoport saját magát a normál öveteiben helyezi el a szomatizáció faktor mentén, viszont a csoportos összehasonlítás során különbséget kaptunk az ADHD tünetekkel élő és kontroll csoport között, az ADHD-s csoportban gyakrabban jelennek meg szomatikus tünetek. Ez egy váratlan eredmény, hiszen inkább a depressziós csoportban vártuk volna a magasabb pontszámot.

Összességében alapfeltevésünk részben megerősítést nyert, a célcsoport problémás társas helyzetére, magatartási nehézségeire, viselkedési problémáikra, az ezekből levezethető hangulati problémákra nem láthattunk volna rá, ha csupán az önjellemző kérdőív standard értékeihez viszonyítjuk célcsoportunk teljesítményét.

5.2. A CBCL kérdőív faktorai mentén kért történetekben megjelenő nyelvi markerek relatív gyakoriságának elemzése.

A könnyebb kezelhetőség és jobb láttathatóság érdekében ezres szorzót alkalmaztunk a relatív gyakorisági adatokon.

5.2.1. Eredmények

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő nyelvi markerek (*beszélő negatív viselkedése; társak, többiek negatív viselkedése*) relatív gyakoriságának összevetése.

Beszélő negatív viselkedése (2. ábra)

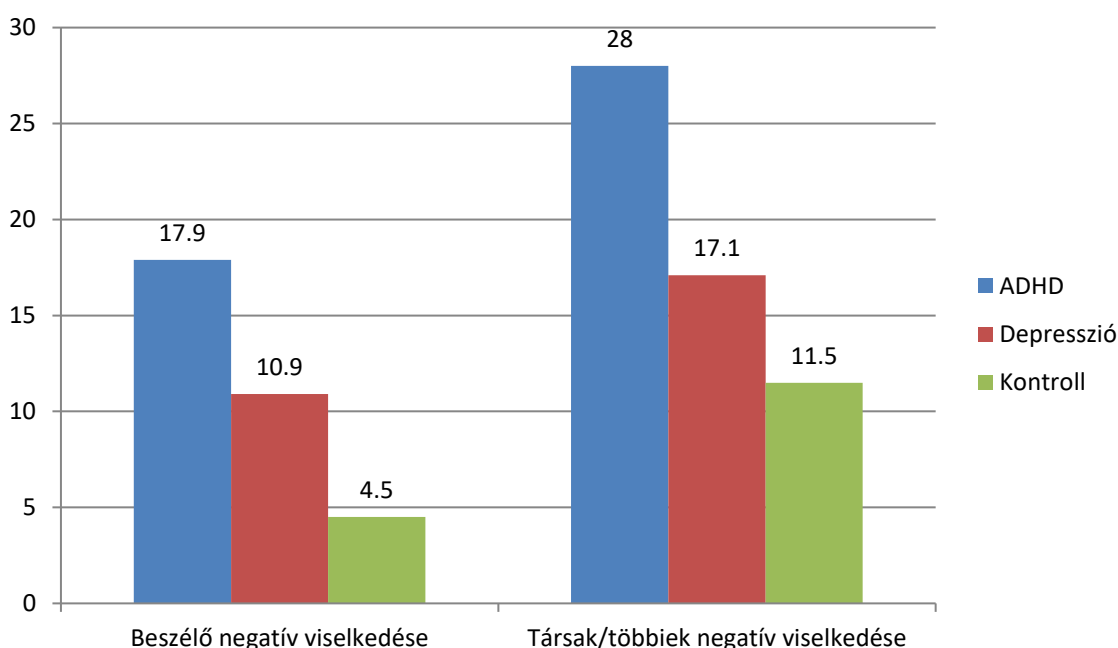
Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *beszélő negatív viselkedése* kód relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 12,8$, $p=0,000$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=17,9$, $sd=11,76$) – kontroll ($M=4,5$, $sd=9,43$) ($P=0,000$) csoportok között; tendencia szerű eltérést kaptunk az ADHD – depresszió ($M=10,9$, $sd=11,53$) ($P=0,091$) és depresszió – kontroll ($P=0,082$) csoportok között.

Társak/többiek negatív viselkedése (2. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *társak, többiek negatív viselkedése* kód relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 16,4, p=0,000$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=28,0, sd=10,76$) – depresszió ($M=17,1, sd=14,74$) ($P=0,006$); ADHD - kontroll ($M=11,5, sd=10,34$) ($P=0,000$) csoportok között.



2. ábra: A Társkapcsolati problémák nyelvi kódjainak relatív gyakorisági értékei a csoportokban

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Agresszivitásról szóló történetekben megjelenő nyelvi markerek (*fizikai agresszió, verbális agresszió, deviáns viselkedés*) relatív gyakoriságának összevetése.

Fizikai agresszió (3. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *fizikai agresszió* kód relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 14,5, p=0,000$).

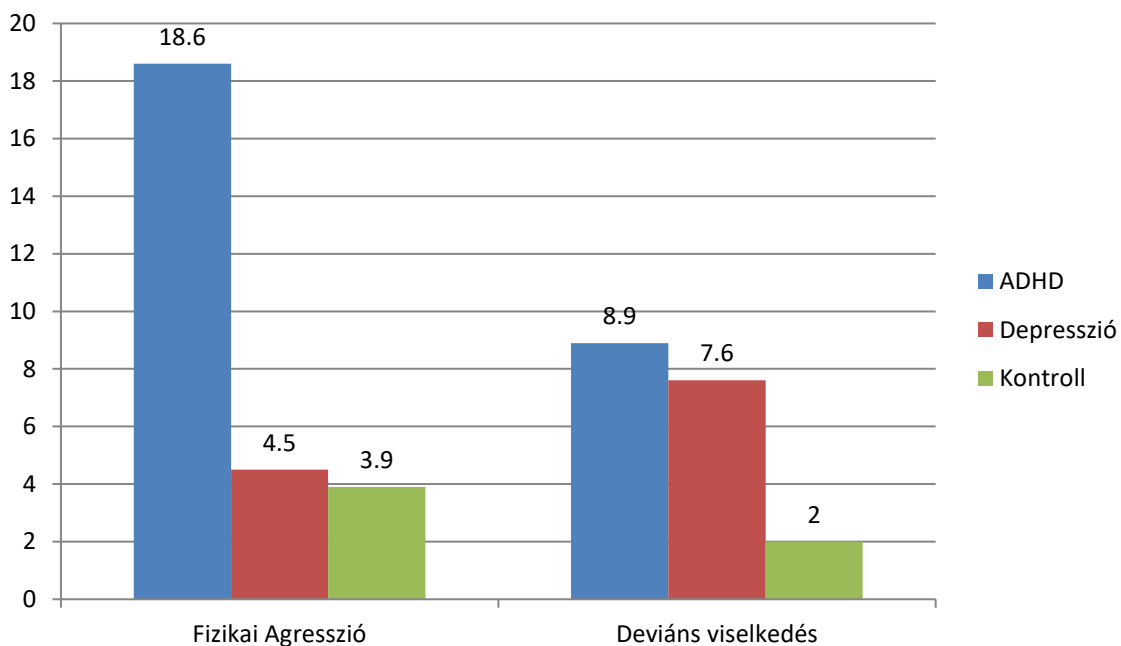
Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=18,6$, $sd=14,96$) – depresszió ($M=4,5$, $sd=8,79$) ($P=0,000$); ADHD - kontroll ($M=3,9$, $sd=10,19$) ($P=0,000$) csoportok között.

Deviáns viselkedés (3. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *deviáns viselkedés* kód relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,002$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 6,4$, $p=0,002$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=8,9$, $sd=9,15$) – kontroll ($M=1,0$, $sd=5,10$) ($P=0,004$); depresszió ($M=7,6$, $sd=16,03$) - kontroll ($P=0,041$) csoportok között.

Verbális agresszió kód mentén nem kaptunk szignifikáns vagy tendenciaszerű eredményeket.



3. ábra: Az Agresszivitás történetben a fizikai agresszió és deviáns viselkedés nyelvi kódjainak relatív gyakorisági értékei a csoportokban

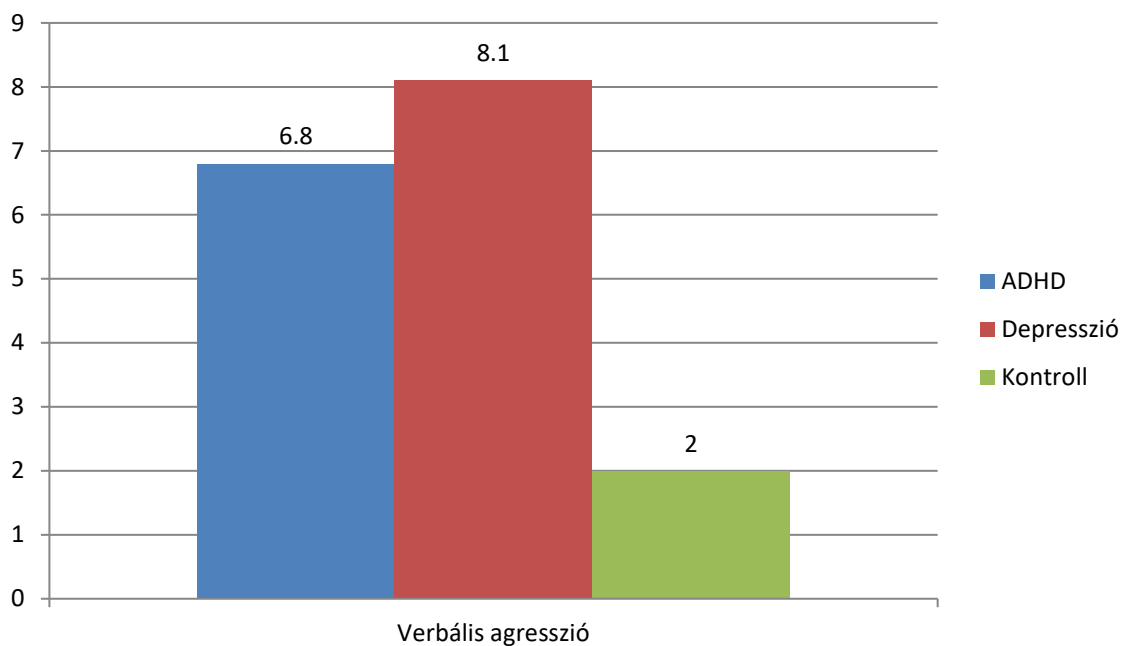
A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Deviáns viselkedésről szóló történetekben megjelenő nyelvi markerek (*deviáns viselkedés, fizikai agresszió, verbális agresszió*) relatív gyakoriságának összevetése.

Verbális agresszió (4. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő

verbális agresszió kód relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,015$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 4,3$, $p=0,015$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az depresszió ($M=8,1$, $sd=10,99$) – kontroll ($M=2,4$, $sd=6,40$) ($P=0,031$) csoportok között; tendenciaszerű eltérést kaptunk az ADHD ($M=6,8$, $sd=7,78$) - kontroll ($P=0,087$) csoportok között.



4. ábra: A Deviáns viselkedés történetben a verbális agresszió nyelvi kódjának relatív gyakorisági értékei a csoportokban

Fizikai agresszió

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *fizikai agresszió* kód relatív gyakoriságának mentén. Tendenciaszerű különbség ($p=0,064$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 2,8$, $p=0,064$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és tendenciaszerű eltérést kaptunk az ADHD ($M=4,9$, $sd=13,88$) - kontroll ($M=0,2$, $sd=1,33$) ($P=0,058$) csoportok között.

Deviáns viselkedés kód mentén nem kaptunk szignifikáns vagy tendenciaszerű eredményeket.

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Szorongás, depresszióról szóló történetekben megjelenő nyelvi markerek (*iskolai aggodalom, magány miatti aggodalom, fenyegetettség*től való félelem) relatív gyakoriságának összevetése.

Iskolai aggodalom (5. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *iskolai aggodalom* kód relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,025$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 3,8, p=0,025$).

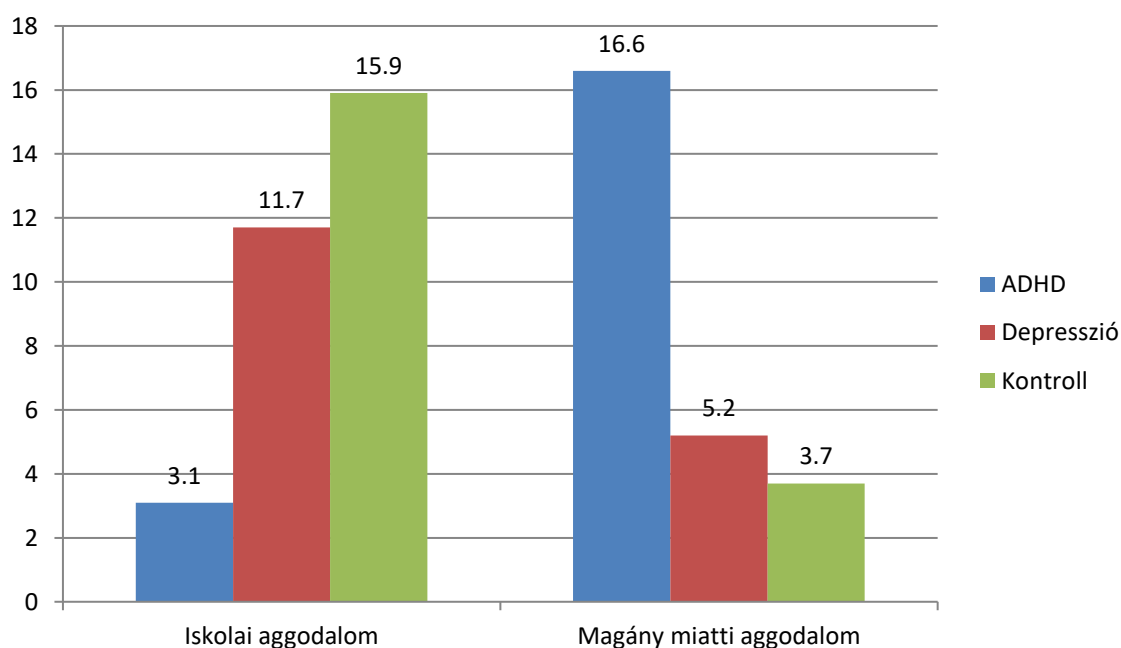
Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=3,1, sd=6,74$) – kontroll ($M=15,9, sd=23,89$) ($P=0,020$) csoportok között.

Magány miatti aggodalom (5. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *magány miatti aggodalom* kód relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 13,2, p=0,000$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=16,6, sd=14,28$) – depresszió ($M=5,2, sd=9,27$) ($P=0,001$); ADHD – kontroll ($M=3,7, sd=7,85$) ($P=0,000$) csoportok között

*Fenyegetettség*től való félelem kód mentén nem kaptunk szignifikáns vagy tendenciaszerű eredményeket.



5. ábra: A Szorongás, depresszió történetben a z iskolai és magány miatti aggodalom nyelvi kódjának relatív gyakorisági értékei a csoportokban

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Szomatizációról szóló történetekben megjelenő nyelvi markerek (szomatizáció) relatív gyakoriságának összevetése.

A *szomatizáció* kód mentén nem kaptunk szignifikáns vagy tendenciaszerű eredményeket.

5.2.2. A CBCL faktorok mentén kért történetekben megjelenő nyelvi kódok gyakorisági eredményeinek megvitatása

Vizsgálunk ezen szakaszában arra voltunk kíváncsiak, hogy a gyermekek által elbeszélte élettörténeti epizódokban tetten érhetőek-e az életük számos területét meghatározó, a társas interakciókban megjelenő nehézségek és konfliktusok?

- ha a gyerekek számára nem általánosságban kell értékelni egy skála segítségével a viselkedéses nehézségeiket, megragadható-e számukra és láttatható a környezet számára az adott jelenség?

A negatív kódok legtöbb esetben szignifikánsan gyakrabban jelennek meg a célcsoport történeteiben, mint a kontroll csoport szövegeiben. A negatív funkciók megjelenése a történettípusokat tekintve adekvátnak tekinthető, ám az, hogy ezek túlsúlya az ADHD tünetekkel élő csoportban jelentősebb, az összefüggésbe lehet viselkedéses problémáikkal és különös tekintettel a szociális nehézségeikkel.

Mind a Társkapcsolati problémákról, Agresszivitásról szóló történetekben következetesen gyakrabban jelennek meg a célcsoportban - mind a kontroll mind a depresszív tünetekkel élő csoporthoz képest - a következő kódok: *fizikai agresszió, társak/többiek negatív viselkedése*. Emellett a *beszélő negatív viselkedése* kód a célcsoport mellett a depresszív tünetekkel élő gyermekekre is jellemző, bár kisebb mértékben.

A Deviáns viselkedésről szóló szövegekben megjelenő *verbális agresszió* a depresszív csoportra a legjellemzőbb, kisebb mértékben, de megfigyelhető az ADHD tünetekkel élők csoportjában is. A *deviáns viselkedés* kód megjelenése az Agresszivitásról szóló szövegekben hasonlóan gyakori volt az ADHD – és depresszív tünetekkel élők csoportjában.

A Szorongás depresszióról szóló történetekben három szereplői funkciót vizsgáltunk, ezek tárgyalására a többi szereplői funkcióval együtt későbbiekben kerül sor.

A szövegekben gyakran megjelenik, mind a célcsoportnál, mind a depresszív tünetekkel élők csoportjánál az, hogy nehézségekbe ütközik a szociális elvárásoknak megfelelő társak felé való közeledés. Ez összefüggésben állhat mindkét csoport érzelmszabályozási

problémájával, melynek egyenes következménye lesz a kifutó maladaptív viselkedéses válasz (fizikai agresszió, verbális agresszió, deviáns viselkedés). Az érzelemszabályozásnak magában kéne foglalnia, hogy egy adott érzelem megjelenését követően (általában negatív töltetű emóciók: düh, harag, stb.) a gyermek képes legyen gátolni a viselkedéses reakcióját, melyet az adott érzelem generál, majd viselkedéses válaszát egy adaptív cél érdekében összerendezni (Tur-Kaspa, 2005).

Míg az ADHD-sok inkább a fizikai agresszióra, addig a depresszív tünetekkel élők inkább a verbális agresszióra hajlamosak jelen esetben. Ebben közrejátszhat a vizsgálati csoportok nemi eloszlásának kiegyenlítetlensége. A populáción mért nemi eloszlásnak megfelelően saját vizsgálatunkban is az ADHD tünetekkel élők csoportjában a nemi arányok a fiúk felé, míg a depresszív tünetekkel élők csoportjában a lányok felé tolódtak el. A verbális agresszió a lányok körében már gyermekkortól gyakrabban figyelhető meg, míg a fiúknál a fizikai agresszió jellemzőbb (Ransburg, 2012).

A *társak negatív viselkedése*, ami a célcsoport történeteiben jelenik meg leggyakrabban összefüggésbe hozható azzal a tendenciával, hogy az ADHD-s gyermekek a kétértelmű feléjük irányuló viselkedést is negatívnak értékelik. Az ADHD-ban az egyik tipikus szociális kognitív deficit tehát a visszajelzések/közeledések félreértése is hozzájárulhat ahhoz, hogy ez ilyen gyakran jelenik meg a célcsoport történeteiben (Selikowitz, 2010). Társaikat gyakran kritikusan látják, gyakrabban minősítik negatívan társaikat, több problémát sorakoztatnak fel velük kapcsolatban, mint tipikusan fejlődő társaik (Nijmeijer és mtsai., 2008; Uekermann és mtsai., 2010).

Összességében a gyakoribb negatív kódok megjelenése mögött, feltételezésünk szerint az ADHD tünetekkel élő gyermekek nehézkes kortárs csoportba való beilleszkedése, ítélőképességük hiánya, bizonyos szociális kognitív deficitek és ezek következményei állnak. Ezek tükröződnek élettörténeti epizódjaikban is - *leginkább a fizikai agresszió, társak/többiek negatív viselkedése* - láttatva ezzel a szociális helyzetekben megjelenő speciális viselkedéses nehézségeket.

5.3. A kérdőíves és a narratív módszer összehasonlítása

Vizsgálat tárgyát képezte az, hogy a kutatásba bevont három csoportot (ADHD tünetekkel élők, depresszív tünetekkel élők, kontroll csoport) milyen mértékben különíti el, másként hány százalékban jósolja be helyesen az adott csoportba tartozást a következő két változó:

- a CBCL faktorok alapján kért élettörténeti epizódokban megjelenő nyelvi kódok relatív gyakorisági adatai

- az adott történethez tartozó CBCL faktorban elért pontszámok

5.3.1. Eredmények

CBCL kérdőív Társkapcsolati problémák faktor összesített pontjai és a Társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő nyelvi kódok (*Beszélő negatív viselkedése; Társak/többiek negatív viselkedése*) relatív gyakorisági adatai alapján Diszkriminancia analízist alkalmazva a következő eredményeket kaptuk:

A CBCL Kérdőív Társkapcsolati problémák faktora és a *Beszélő negatív viselkedése* valamint a *Társak/többiek negatív viselkedése* nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,535$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Társkapcsolati problémák faktor, a Beszélő negatív viselkedése – és a Társak, többiek negatív viselkedése nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoportba tartozás	ADHD	61,5	34,6	3,8	100,0
	depresszió	25,0	35,0	40,0	100,0
	kontroll	4,7	16,3	79,1	100,0
A kérdőívbeli – és a nyelvi kódokból származó adatok együttesen 64,0%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A CBCL Kérdőív Társkapcsolati problémák faktora a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,748$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Társkapcsolati problémák faktor alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	57,7	19,2	23,1	100
	depresszió	25,0	25,0	50,0	100
	kontroll	11,6	16,3	72,1	100
A kérdőívbeli származó adatok 57,3%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A Beszélő negatív viselkedése valamint a Társak/többiek negatív viselkedése nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,612$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

A Beszélő negatív viselkedése – és a Társak, többiek negatív viselkedése nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	69,2	19,2	11,5	100
	depresszió	35,0	25,0	40,0	100
	kontroll	11,6	14,0	74,4	100
A nyelvi kódokból származó adatok 61,8%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

CBCL kérdőív Agresszivitás faktor összesített pontjai és az Agresszivitásról szóló történetekben megjelenő nyelvi kódok (Fizikai agresszió, Verbális agresszió, Deviáns viselkedés) relatív gyakorisági adatai alapján Diszkriminancia analízist alkalmazva a következő eredményeket kaptuk:

A CBCL Kérdőív Agresszivitás faktora és a *Fizikai agresszió*, a *Verbális agresszió* valamint a *Deviáns viselkedés* nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,562$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Agresszivitás faktor, a Fizikai agresszió, a Verbális agresszió és a Deviáns viselkedés nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoportba tartozás	ADHD	76,9	15,4	7,7	100,0
	depresszió	20,0	20,0	60,0	100,0
	kontroll	9,3	14,0	76,7	100,0
A kérdőív – és a nyelvi kódokból származó adatok együttesen 64,0%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A CBCL Kérdőív Agresszivitás faktora a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,751$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Agresszivitás faktor alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	50,0	30,8	19,2	100
	depresszió	20,0	25,0	45,0	100
	kontroll	11,6	23,3	65,1	100
A kérdőívől származó adatok 53,9%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A *Fizikai agresszió*, a *Verbális agresszió* és a *Deviáns viselkedés* nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,637$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

A Fizikai agresszió, a Verbális agresszió és a Deviáns viselkedés nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	61,5	23,1	15,4	100
	depresszió	10,0	30,0	60,0	100
	kontroll	9,3	14,0	76,7	100
A nyelvi kódokból származó adatok 61,8%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

CBCL kérdőív Deviáns viselkedés faktor összesített pontjai és a Deviáns viselkedésről szóló történetekben megjelenő nyelvi kódok (*Deviáns viselkedés*, *Fizikai agresszió*, *Verbális agresszió*) relatív gyakorisági adatai alapján Diszkriminancia analízist alkalmazva a következő eredményeket kaptuk:

A CBCL Kérdőív Deviáns viselkedés faktora és a *Deviáns viselkedés*, a *Fizikai agresszió* valamint a *Verbális agresszió* nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,680$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Deviáns viselkedés faktor, a Deviáns viselkedés, a Fizikai agresszió és a Verbális agresszió nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoportba tartozás	ADHD	53,8	26,9	19,2	100,0
	depresszió	30,0	30,0	40,0	100,0
	kontroll	14,0	14,0	72,1	100,0
A kérdőívől – és a nyelvi kódokból származó adatok együttesen 57,3%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A CBCL Kérdőív Deviáns viselkedés faktora a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,831$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Deviáns viselkedés faktor alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	53,8	15,4	30,8	100
	depresszió	25,0	25,0	50,0	100
	kontroll	18,6	11,6	69,8	100
A kérdőívől származó adatok 55,1%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A *Deviáns viselkedés*, a *Fizikai agresszió* és a *Verbális agresszió* nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,803$; $p < 0,05$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

A Deviáns viselkedés, a Fizikai agresszió és a Verbális agresszió nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	34,6	23,1	15,4	100
	depresszió	10,0	35,0	60,0	100
	kontroll	9,3	14,0	76,7	100
A nyelvi kódokból származó adatok 55,1%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

CBCL kérdőív Szorongás depresszió faktor összesített pontjai és a Szorongás depresszióról szóló történetekben megjelenő nyelvi kódok (*Iskolai aggodalom, Magány miatti aggodalom, Fenyégetettségtől való félelem*) relatív gyakorisági adatai alapján Diszkriminancia analízist alkalmazva a következő eredményeket kaptuk:

A CBCL Kérdőív Szorongás depresszió faktora és az *Iskolai aggodalom*, a *Magány miatti aggodalom* és a *Fenyégetettségtől való félelem* nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,635$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Szorongás depresszió faktor, az Iskolai aggodalom, a Magány miatti aggodalom és a Fenyégetettségtől való félelem nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoportba tartozás	ADHD	69,2	11,5	19,2	100,0
	depresszió	25,0	35,0	40,0	100,0
	kontroll	11,6	16,3	72,1	100,0
A kérdőívbeli – és a nyelvi kódokból származó adatok együttesen 62,9%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A CBCL Kérdőív Szorongás depresszió faktora a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,840$; $p < 0,05$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Szorongás depresszió faktor alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	50,0	26,9	23,1	100
	depresszió	40,0	15,0	45,0	100
	kontroll	11,6	18,6	69,8	100
A kérdőívbeli származó adatok 51,7%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

Az *Iskolai aggodalom*, a *Magány miatti aggodalom* és a *Fenyégetettségtől való félelem* nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,736$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

Az Iskolai aggodalom, a Magány miatti aggodalom, és a Fenyegetettségől való félelem nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	69,2	26,9	3,8	100
	depresszió	25,0	35,0	40,0	100
	kontroll	16,3	48,8	34,9	100
A <i>nyelvi kódokból</i> származó adatok 44,9%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

CBCL kérdőív Szomatizáció faktor összesített pontjai és a Szomatizációról szóló történetekben megjelenő nyelvi kód (*Szomatizáció*) relatív gyakorisági adatai alapján Diszkriminancia analízist alkalmazva a következő eredményeket kaptuk:

A CBCL Kérdőív Szomatizáció faktora és a *Szomatizáció* nyelvi kód a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,807$; $p < 0,05$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Szomatizáció faktor és a Szomatizáció nyelvi kód alapján történő elkülönítés					
	csoporthód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoportba tartozás	ADHD	50,0	50,0	0,0	100,0
	depresszió	25,0	35,0	40,0	100,0
	kontroll	18,6	25,6	55,8	100,0
A kérdőív – és a <i>nyelvi kódokból</i> származó adatok együttesen 49,3%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A CBCL Kérdőív Szomatizáció faktora a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,935$; $p < 0,1$ (tendencia) a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat:

CBCL Szomatizáció faktor alapján történő elkülönítés					
	csoportkód	ADHD	depresszió	kontroll	%
%-os értékben meghatározott csoport elkülönítés	ADHD	38,5	26,9	34,6	100
	depresszió	35,0	20,0	45,0	100
	kontroll	30,2	11,6	58,1	100
A kérdőívől származó adatok 43,8%-ban klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.					

A Szomatizáció nyelvi kód alapján történő vizsgálati csoportok elkülönítése mentén értékelhető eredményt nem kaptunk.

5.3.2. A CBCL kérdőív faktoraiból és a nyelvi kódokból származó klasszifikációs különbségek megvitatása

Egyetlen összehasonlításnál, a Szorongás depresszió tünetcsoport esetén a kérdőív bizonyult jobb csoportosító eszköznek. Ennek egyik magyarázata lehet, hogy míg három történettípus esetében általánosabb nyelvi kódokat használtunk (Társkapcsolati problémák, Agresszivitás, Deviáns viselkedés), addig a Szorongás depresszióról szóló szövegekben specifikusabb, a szereplői funkciókhoz sorolható kódokat alkalmaztunk. Azt gondoljuk, ha általánosabb nyelvi kódot hozunk létre a Szorongás, depresszió történetekben például egy általános *szorongás* kódot, akkor nagyobb lehetett volna a csoportok közötti különbség az adatok szóródásából fakadóan. Másik lehetőség, hogy problémasepcifikusan jó csoportosító eszköznek bizonyult a kérdőív Szorongás, depresszió faktora. Akár mindkét magyarázat együttesen hozzájárulhatott ahhoz, hogy a kérdőív bizonyult ebben az esetben jobb klasszifikációs eszköznek.

Két esetben a Társkapcsolati problémák és az Agresszivitás tünetcsoport esetén a történetből származó nyelvi kódok bizonyultak hatékonyabbnak a csoportba sorolás tekintetében. Egy esetben, a Deviáns viselkedés mentén ugyanolyan valószínűséggel klasszifikál helyesen a két módszer.

Míg a kérdőív egy állapotot mutat meg, addig a történetek mentén egy folyamatról kapunk képet. Az élettörténeti epizódok szituatív információval szolgálnak. Azt gondoljuk, hogy a kérdőív kitöltése során az önreflexió ebben az életkorban nehézségekbe ütközik, illetve problémát okozhat a kérdőív bizonyos itemeinek értelmezése is. A történetekben azonban arra vagyunk kíváncsiak, hogy szubjektíven, hogyan éli meg saját helyzetét a gyermek. A történetekre hatással vannak a nem tudatosan hozzáférhető érzelmek, élmények. Amikor egy gyermek életében megjelenik a beszéd képessége, fokozatosan a környezet segítségével saját

életrajzírójává válik és gondolkodása narratív módon szerveződik (Péley, 2004; Péley, 2005a). Mikor az életesemények élményszintű jelentéséből akarunk következtetéseket levonni a viselkedési problémákra, a gyermek társas helyzetére, nem biztos, hogy a teljes élettörténet szolgáltatja a megfelelő alapot. Ezek a nehézségek a jelentős élettörténeti események mentén tetten érhetőek, sokkal jobban megragadhatók az élmények, az érdekes, nem mindennapi események síkján (László, 2005a). Úgy tűnik, hogy a társkapcsolati problémák és agresszivitás esetén a kérdőív specifikus faktoraihoz képest is jobban megragadhatóak a nehézségek, nagyobb rálátást biztosítanak a viselkedéses problémákra.

5.4. Narratív kategorilis tartalomelemzésből származó eredmények

5.4.1. A Társas referencia modul Személyközi referencia almodulja és a Tagadás modul mentén kapott eredmények

A Társas referencia modul Személyközi referencia almodulja által történő kategorizáció mentén kapott szelf - és mi - referencia adatok elemzése a CBCL faktorok mentén kért történetekben.

Négy esetben kaptunk szignifikáns eltérést a csoportok között, a társkapcsolati problémákról – és szorongás-depresszióról szóló történetekben.

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő szelf - és mi - referencia kifejezések relatív gyakoriságának összevetése.

Szelf-referencia (6. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *szelf-referencia* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,015$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 4,4, p=0,015$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=12,9, sd=3,64$) – kontroll ($M=10,1, sd=3,78$) ($P=0,013$) csoportok között.

Mi-referencia (6. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő

mi-referencia kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,001$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 7,2, p=0,001$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,8, sd=1,95$) – kontroll ($M=4,9, sd=3,37$) ($P=0,001$) csoportok között. Tendenciaszerű eltérést kaptunk az ADHD – depresszió ($M=4,0, sd=4,28$) ($P=0,086$) csoportok között.

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Szorongás depresszióról szóló történetekben megjelenő szelf – és mi-referencia kifejezések relatív gyakoriságának összevetése.

Szelf-referencia (6. ábra)

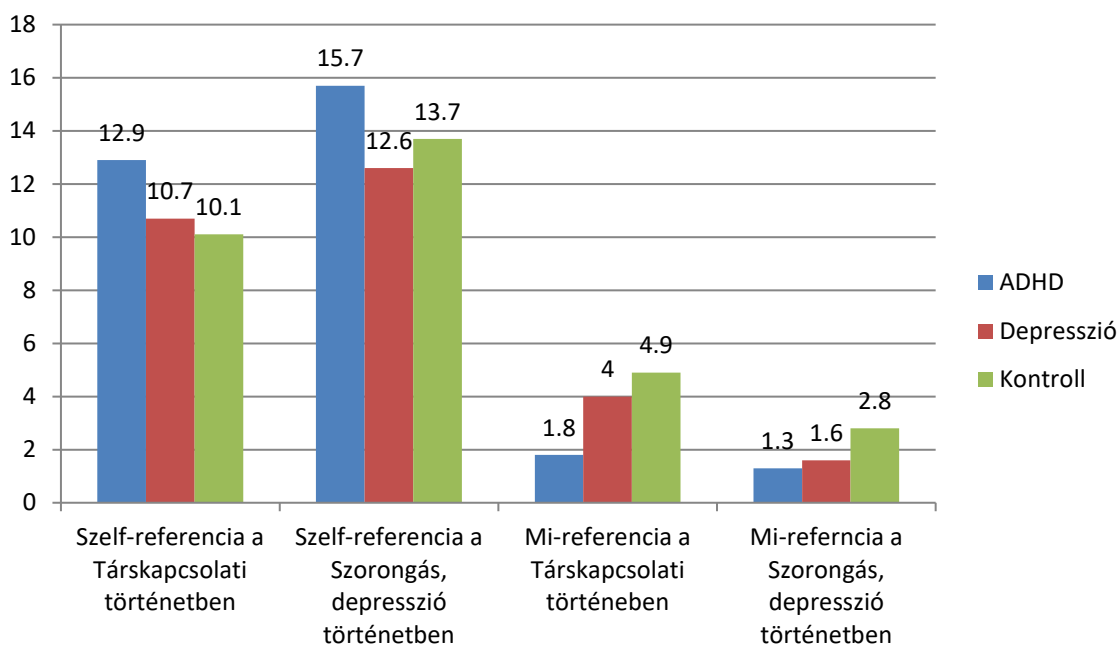
Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a szorongás depresszióról szóló történetekben megjelenő *szelf-referencia* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,023$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 3,9, p=0,023$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=15,7, sd=3,74$) – depresszió ($M=12,6, sd=3,36$) ($P=0,026$) csoportok között.

Mi-referencia (6. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a szorongás depresszióról szóló történetekben megjelenő *mi-referencia* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,018$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 4,2, p=0,018$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,3, sd=1,33$) – kontroll ($M=2,8, sd=2,79$) ($P=0,027$) csoportok között.



6. ábra: Szelf-és Mi-referencia nyelvi kódjainak relatív gyakorisági értékei a csoportokban

A Tagadás modul által történő kategorizáció mentén kapott találatok elemzése a CBCL faktorok mentén kért történetekben.

Két esetben kaptunk szignifikáns eltérést a csoportok között, a társkapcsolati problémákról – és szorongás-depresszióról szóló történetekben.

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő tagadó kifejezések relatív gyakoriságának összevetése.

Tagadás nyelvi jegyei (7. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő tagadó kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,010$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 4,8, p=0,010$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=7,6, sd=2,23$) – kontroll ($M=5,5, sd=3,02$) ($P=0,013$); ADHD - depresszió ($M=5,5, sd=3,10$) ($P=0,050$) csoportok között.

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Szorongás depresszióról szóló történetekben megjelenő tagadó kifejezések relatív gyakoriságának összevetése.

Tagadás nyelvi jegyei (7. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a szorongás depresszióról szóló történetekben megjelenő *tagadó* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 12,0$, $p=0,000$).

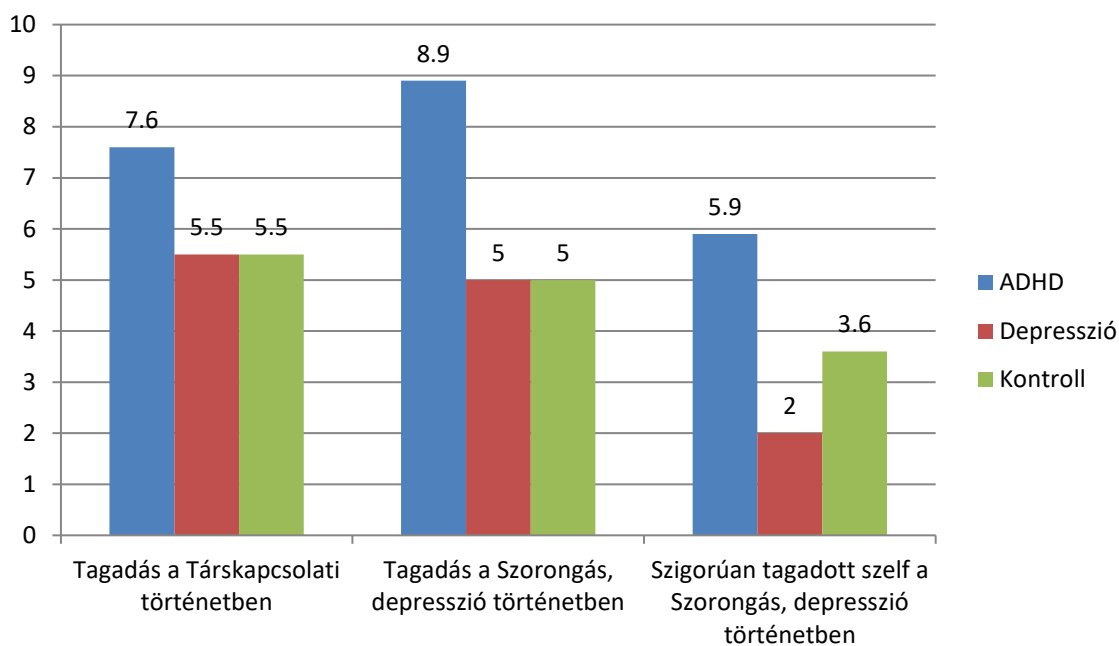
Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=8,9$, $sd=4,53$) – kontroll ($M=5,0$, $sd=2,78$) ($P=0,000$); ADHD - depresszió ($M=5,0$, $sd=2,87$) ($P=0,001$) csoportok között.

A *tagadott szelf* szigorú együttjárásai mentén kapott relatív szógyakorisági adatok összevetése a CBCL faktorok mentén kért történetekben a figyelemhiányos hiperaktív – és depresszív tünetekkel élő és kontroll csoportban. (7. ábra)

Egy esetben kaptunk szignifikáns különbséget a csoportok között, a szorongás depresszióról szóló történetben.

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a szorongás depresszióról szóló történetekben megjelenő *tagadott szelf* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,048$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 3,1$, $p=0,048$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=5,9$, $sd=6,69$) - depresszió ($M=2,0$, $sd=2,43$) ($P=0,047$) csoportok között.



7. ábra: A tagadás nyelvi jegyei a Társkapcsolati és Szorongás, depresszió történetekben

5.4.2. A Személyközi referencia és Tagadás modulok mentén kapott eredmények megvitatása

Két esetben kaptunk - Társkapcsolati problémákról és a Szorongás depresszióról szóló történetekben - szignifikánsan alacsony mi-referenciát az ADHD tünetekkel élő csoportban a kontroll csoporthoz képest, ezzel párhuzamosan szignifikánsan gyakoribb a szelf referencia nyelvi jegyeinek használata a célcsoportban. A Szorongás depresszió történetben megjelent a szigorúan tagadott szelf magas előfordulása a célcsoportban a depressziós csoporthoz viszonyítva.

Ezek az eredmények mind egy irányba, a problémás társas kapcsolatok felé mutatnak. Hat-tíz éves kor közötti gyermekeknél már javul az önkontroll, kiegyensúlyozottabbak és türelmesebbek a szociális interakciókban, az egocentrizmus pedig háttérbe szorul (Mészáros, 2004). Az ADHD diagnosztikai kriteériumaihoz nem tartozik szorosan hozzá a kortárskapcsolati problémakör, mégis gyakran küzdenek szociális kommunikációs és kapcsolati nehézségekkel. A szociális interakciós nehézségek a legtöbb esetben az impulzusgátlás deficitjére vezethetők vissza, amit alapvetően szabályozási problémának nevezhetünk (Tur-Kaspa, 2005).

Az szelf-referencia magas aránya a célcsoport szövegeiben összefügghet azzal, hogy jellemzően kevés barátjuk, kölcsönösségen alapuló kapcsolatuk van, nehezen működnek együtt másokkal, énközpontúak, összességében alacsony a szociális elfogadottságuk (Aili, Norharlina, Manveen, & Wan Salwina, 2015).

A mi-referencia alacsony aránya a célcsoport szövegeiben a kortárs csoporttal való azonosulás hiányára, az összetartozás problematikusságára, az élménymegosztás hiányára utalhat. Jelen vizsgálatunkban a negatív élményminőségű történetek mentén a megosztott felelősség sem jelenik meg a célcsoport szövegeiben (Ehmann és mtsai, 2014; Kovács, 2012).

Az inadekvát szociális viselkedésük következményeként tehát társas elutasításban részesülnek, ennek a hiánynak a megfogalmazása jelenik meg a szorongás, depresszióról szóló szövegek tartalmi jellegzetességei mentén is, például „nekem nincs barátom”. Ez összefüggésben lehet az alacsony szociális státusszal, a perifériára szorulással. A társas elutasítás következményei lehetnek az ADHD-s serdülőknél gyakran megjelenő depresszív tünetek. A szigorúan tagadott szelf magas aránya is erre a lehetséges depresszív dinamikára utal a Szorongás, depresszióról szóló történetekben.

Két történettípusban – Társkapcsolati problémák, Szorongás, depresszó – általánosan a tagadás nyelvi jegyei gyakoribbak voltak a célcsoport szövegeiben, a másik két referencia csoporthoz képest. Mivel a történetek többsége a szociális térben zajló kapcsolatokról szól, így a gyakori tagadás megjelenése utalhat a mikrokörnyezet leértékelésére is (Hargitai, 2005).

5.4.3. Az Aktivitás és passzivitás modul mentén kapott adatok elemzése a CBCL kérdőív faktorai mentén kért történetekben

Az összesített *aktív és passzív igék* tekintetében nem kaptunk szignifikáns különbséget a három csoport között.

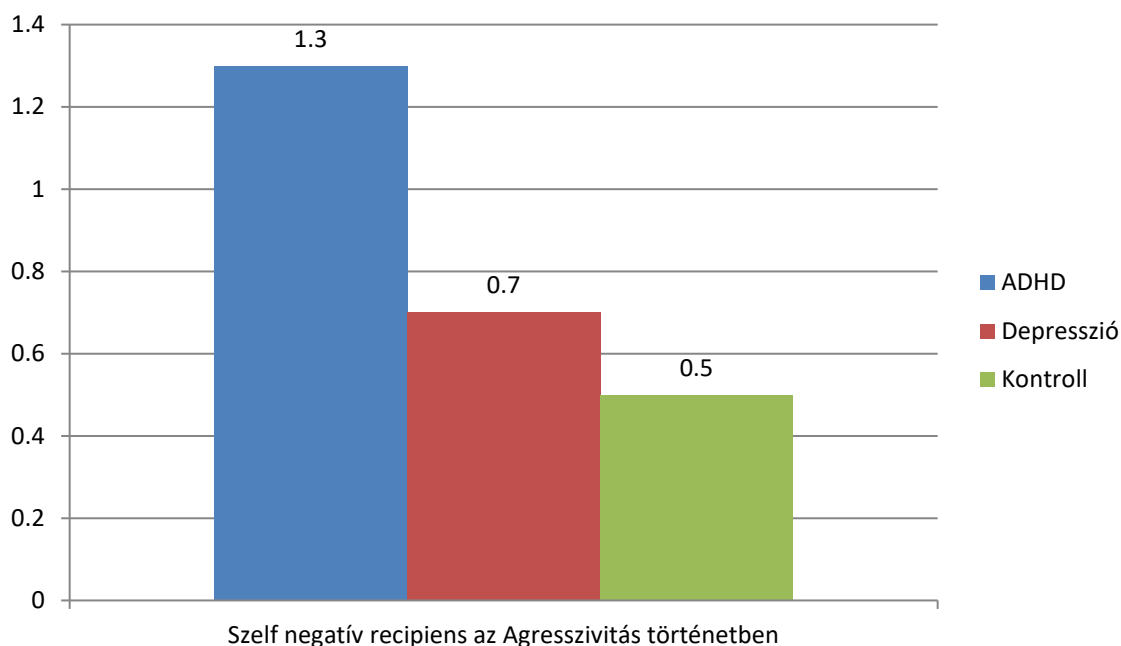
5.4.4. Tematikus szerepek modul eredményei

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Agresszivitásról szóló történetekben, a Tematikus szerepek modul mentén kapott relatív szógyakorisági adatok összevetése.

Szelf negatív recipiens (8. ábra)

Egyszempontos Varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét az agresszivitásról szóló történetekben megjelenő *szelf negatív recipiens* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,003$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 6,0, p=0,003$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,3, sd=1,20$) – kontroll ($M=0,5, sd=0,91$) ($P=0,003$) csoportok között.



8. ábra: Szelf negatív recipiens nyelki kód az Agresszivitás történetben

Többiek negatív ágens (9. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét az agresszivitásról szóló történetekben megjelenő *többiek negatív ágens* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 13,6$, $p=0,000$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,7$, $sd=1,10$) – kontroll ($M=0,04$, $sd=0,23$) ($P=0,000$); ADHD – depresszió ($M=0,02$, $sd=0,10$) ($P=0,000$) csoportok között.

Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Társkapcsolati problémákról szóló történetekben, a Tematikus szerepek modul mentén kapott relatív szógyakorisági adatok összevetése.

Többiek negatív ágens (9. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *többiek negatív ágens* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 20,0$, $p=0,000$).

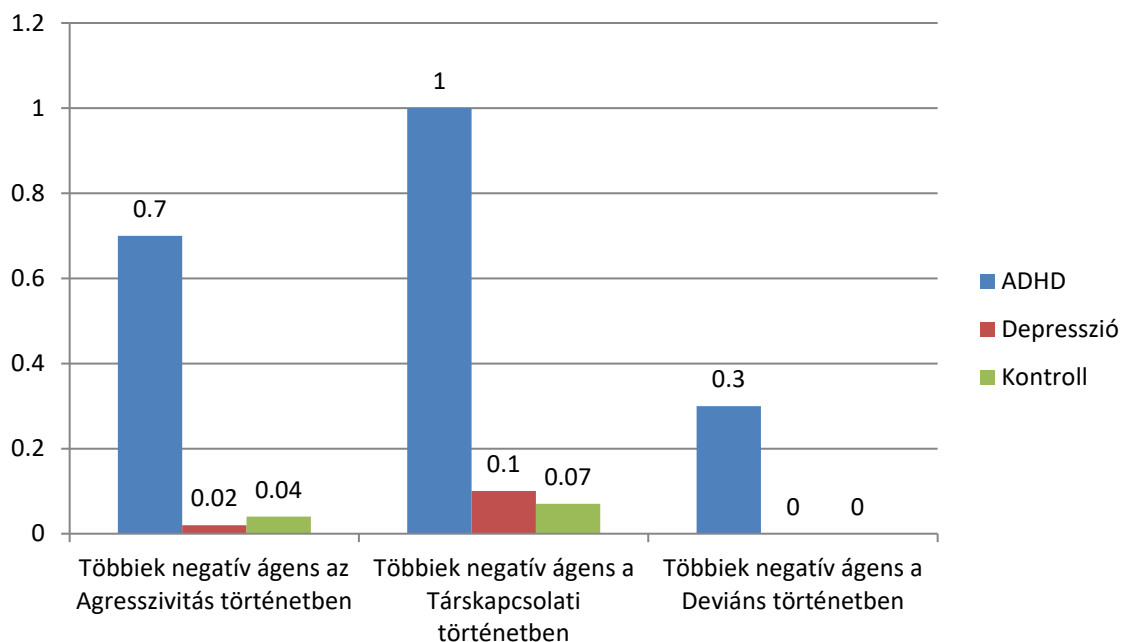
Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,0$, $sd=1,08$) – kontroll ($M=0,07$, $sd=0,22$) ($P=0,000$); ADHD – depresszió ($M=0,1$, $sd=0,43$) ($P=0,000$) csoportok között.

Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Deviáns viselkedésről szóló történetekben, a Tematikus szerepek modul mentén kapott relatív szógyakorisági adatok összevetése.

Többiek negatív ágens (9. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a deviáns viselkedésről szóló történetekben megjelenő *többiek negatív ágens* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,001$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,85) = 7,6$, $p=0,001$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,3$, $sd=0,68$) – kontroll ($M=0,0$, $sd=0,0$) ($P=0,001$); ADHD – depresszió ($M=0,0$, $sd=0,0$) ($P=0,008$) csoportok között.



9. ábra: Többiek negatív ágens nyelki kódok az Agresszivitás, Társkapcsolati és Deviáns történetekben

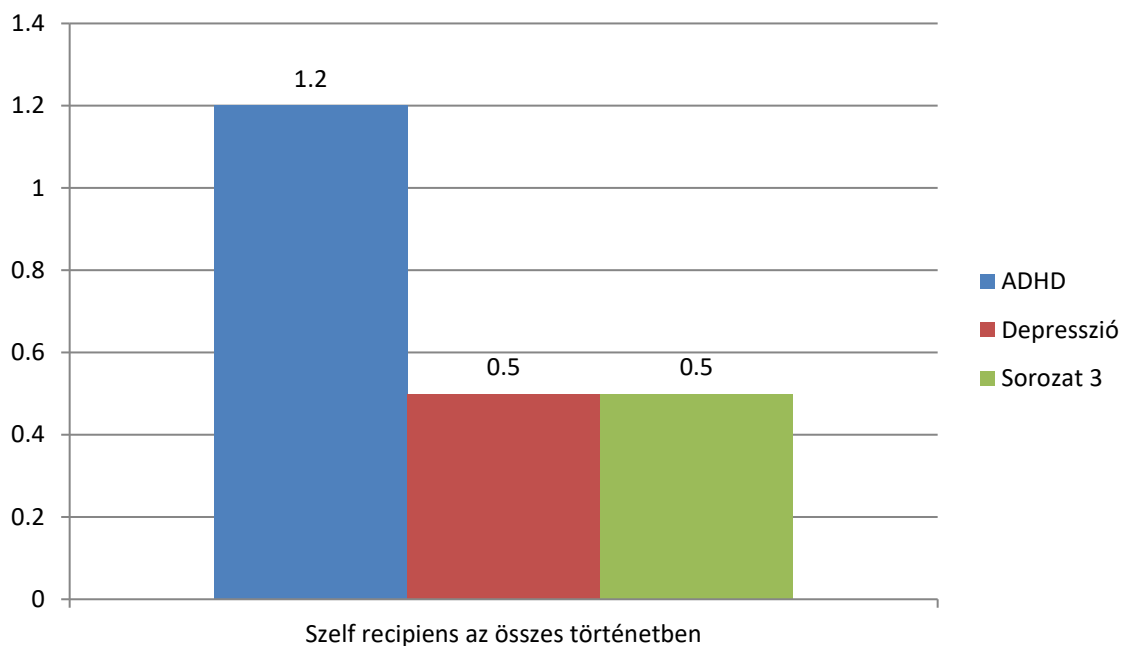
**Figyelemhiányos hiperaktív – és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport
Tematikus szerepek modul mentén kapott összesített *szelf ágens* és *szelf recipiens* relatív
szógyakorisági adatok összevetése.**

Az összesített *szelf ágens* változó mentén nem kaptunk releváns különbséget a három csoport között.

Szelf recipiens (10. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét az összes történetben megjelenő *szelf recipiens* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 15,81, p=0,000$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,2, sd=0,57$) – kontroll ($M=0,5, sd=0,4$) ($P=0,000$); ADHD – depresszió ($M=0,5, sd=0,46$) ($P=0,000$) csoportok között.



10. ábra: Szelf recipiens az összes történetben

**Figyelemhiányos hiperaktív – és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport
Tematikus szerepek modul mentén kapott összesített *szelf negatív recipiens* relatív
szógyakorisági adatok összevetése.**

Az összesített *szelf negatív ágens*; *szelf pozitív ágens*; *szelf semleges ágens*; *szelf pozitív recipiens*; *szelf és többiek negatív ágens*; *szelf és többiek pozitív ágens*; *szelf és többiek semleges ágens* változók mentén nem kaptunk releváns különbséget a három csoport között.

Szelf negatív recipiens

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét az összes történetben megjelenő *szelf negatív recipiens* kifejezések relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 10,3, p=0,000$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,1, sd=0,52$) – kontroll ($M=0,6, sd=0,51$) ($P=0,000$); ADHD – depresszió ($M=0,6, sd=0,51$) ($P=0,002$) csoportok között.

5.4.5. *A Szereplői funkciók mentén kapott adatok elemzése a CBCL faktorok mentén kért történetekben.*

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Társkapcsolati problémákról szóló történetekben, a Szereplői funkciók mentén kapott relatív szógyakorisági adatok összevetése:

Tanár nem védelmező (12. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *tanár nem védelmező* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,006$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 5,3 p=0,006$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,1, sd=0,29$) – kontroll ($M=0,0, sd=0,00$) ($P=0,008$); ADHD – depresszió ($M=0,0 sd=0,00$) ($P=0,035$) csoportok között.

Többiek elutasító (13. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *többiek elutasító* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 8,9 p=0,000$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,9, sd=0,94$) – kontroll ($M=0,2, sd=0,58$) ($P=0,000$); ADHD – depresszió ($M=0,2 sd=0,61$) ($P=0,005$) csoportok között.

Többiek leértékelő (13. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *többiek leértékelő* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,043$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,86) = 3,2$ $p=0,043$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,3$, $sd=0,91$) – kontroll ($M=0,6$, $sd=0,96$) ($P=0,044$) csoportok között.

Többiek pozitív társ (13. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a társkapcsolati problémákról szóló történetekben megjelenő *többiek pozitív társ* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,005$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,86) = 5,5$ $p=0,005$).

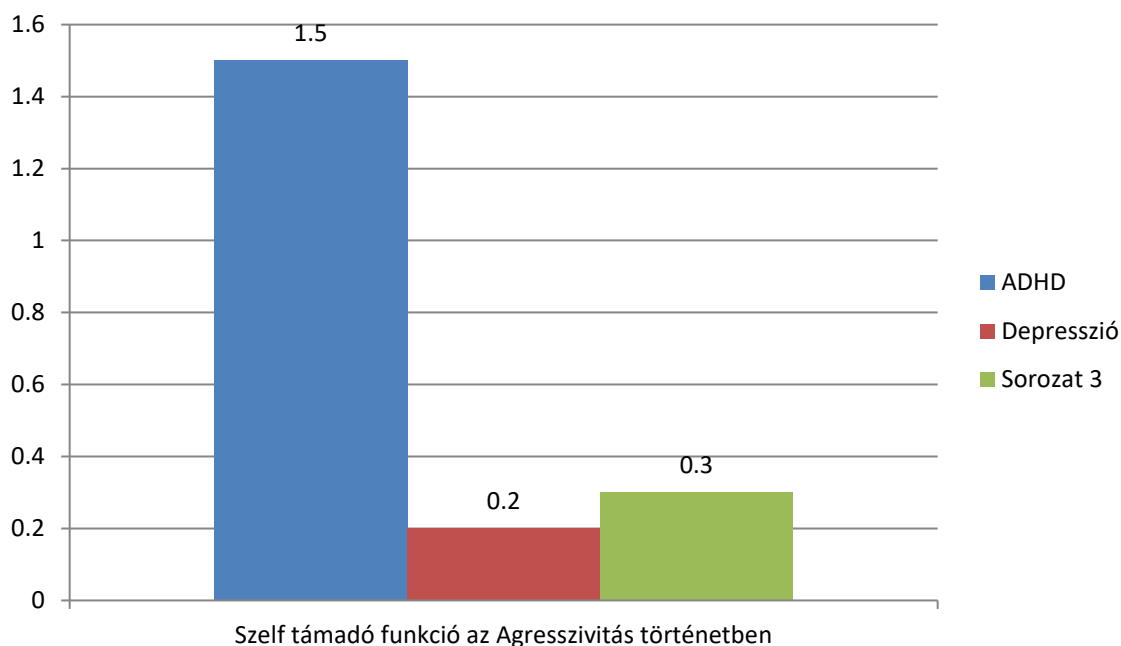
Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,4$, $sd=0,64$) – depresszió ($M=2,5$, $sd=3,75$) ($P=0,005$) csoportok között.

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Agresszivitásról szóló történetekben, a Szereplői funkciók mentén kapott relatív szógyakorisági adatok összevetése.

Szelf támadó (11. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét az agresszivitásról szóló történetekben megjelenő *szelf támadó* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,000$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,86) = 13,1$ $p=0,000$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,5$, $sd=1,28$) – kontroll ($M=0,3$, $sd=0,97$) ($P=0,000$); ADHD – depresszió ($M=0,2$, $sd=0,57$) ($P=0,000$) csoportok között.



11. ábra: Szelf Támadó funkció az Agresszivitás történetben

Tanár büntető (12. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét az agresszivitásról szóló történetekben megjelenő *tanár büntető* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,007$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,86) = 5,1$ $p=0,007$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,2$, $sd=0,51$) – kontroll ($M=0,03$, $sd=0,19$) ($P=0,009$); ADHD – depresszió ($M=0,03$, $sd=0,14$) ($P=0,042$) csoportok között.

Többiek támadó (13. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét az agresszivitásról szóló történetekben megjelenő *többiek támadó* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,003$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,86) = 6,2$ $p=0,003$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,8$, $sd=1,42$) – kontroll ($M=0,1$, $sd=0,44$) ($P=0,003$); ADHD – depresszió ($M=0,2$, $sd=0,52$) ($P=0,037$) csoportok között.

Többiek elutasító (13. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét az agresszivitásról szóló történetekben megjelenő *többiek elutasító* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,013$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,86) = 4,5$ $p=0,013$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,2$, $sd=0,54$) – kontroll ($M=0,0$, $sd=0,00$) ($P=0,013$) csoportok között.

A Figyelemhiányos hiperaktív - és depresszív tünetekkel élő csoport és kontroll csoport Deviáns viselkedésről szóló történetekben, a Szereplői funkciók mentén kapott relatív szógyakorisági adatok összevetése.

Tanár nem védelmező (12. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a deviáns viselkedésről szóló történetekben megjelenő *tanár nem védelmező* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,028$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,85) = 3,7$ $p=0,028$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,09$, $sd=0,27$) – kontroll ($M=0,0$, $sd=0,00$) ($P=0,036$) csoportok között.

Tanár büntető (12. ábra)

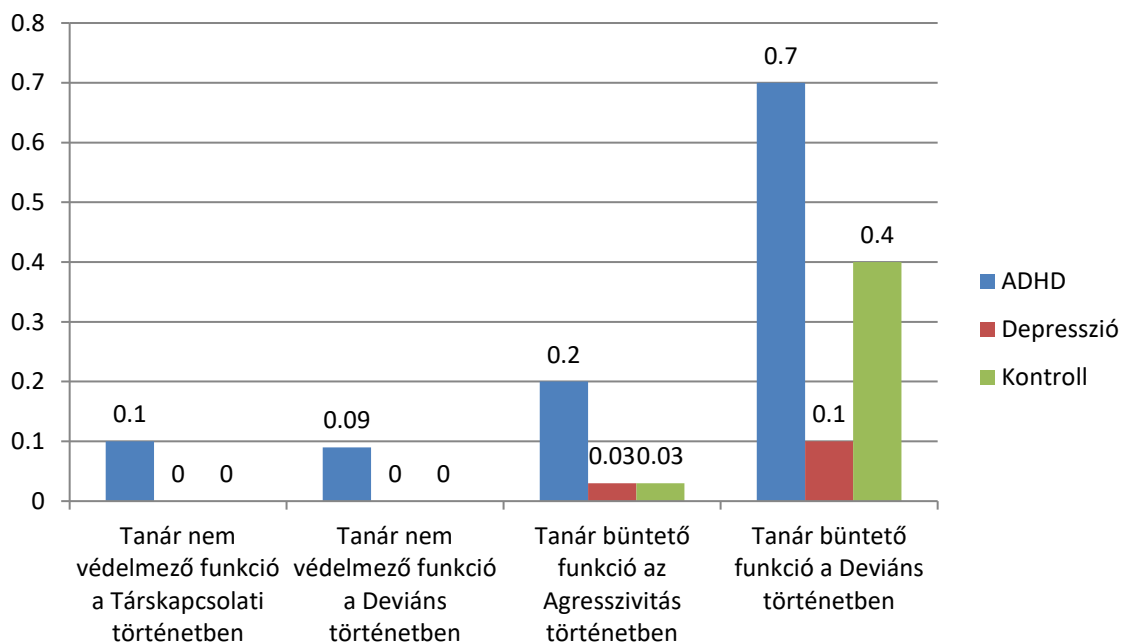
Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a deviáns viselkedésről szóló történetekben megjelenő *tanár büntető* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,017$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,85) = 4,2$ $p=0,017$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,7$, $sd=0,57$) – depresszió ($M=0,1$, $sd=0,45$) ($P=0,016$) csoportok között.

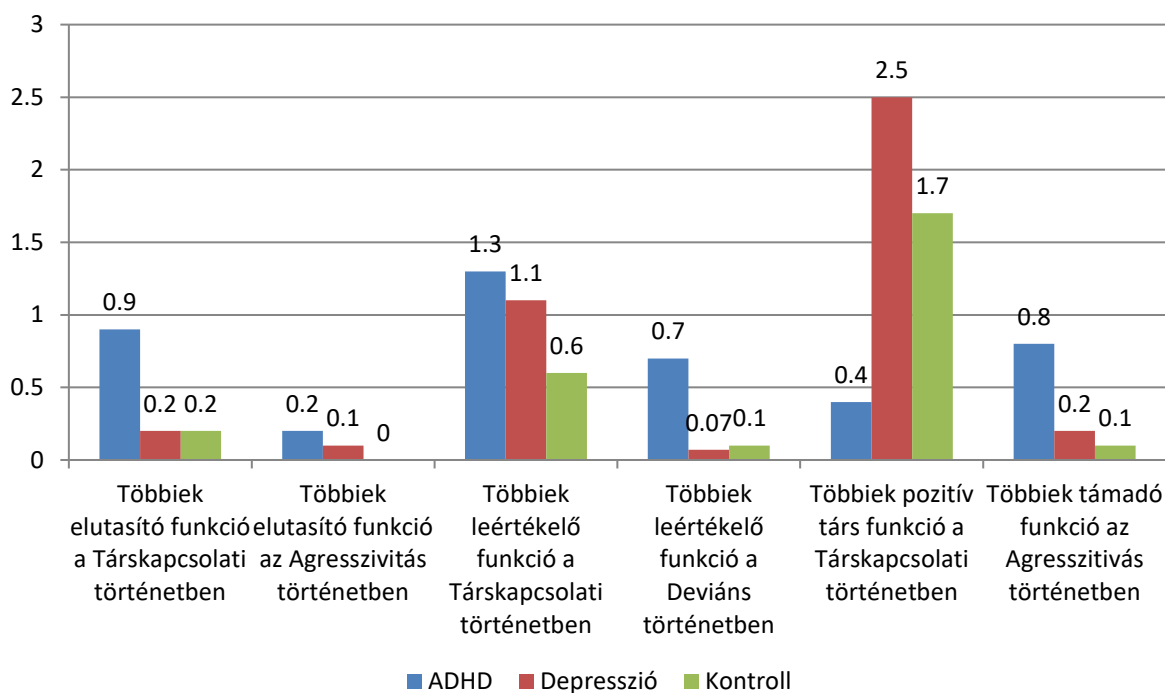
Többiek leértékelő (13. ábra)

Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) összevetettük a célcsoportok és a kontroll csoport teljesítményét a deviáns viselkedésről szóló történetekben megjelenő *többiek leértékelő* szereplői funkció relatív gyakoriságának mentén. Szignifikáns különbség ($p=0,015$) figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F=(2,85) =4,3$ $p=0,015$).

Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,7$, $sd=1,14$) – kontroll ($M=0,1$, $sd=0,72$) ($P=0,034$); ADHD – depresszió ($M=0,07$, $sd=0,25$) ($P=0,033$) csoportok között.



12. ábra: A Tanári szereplői funkciók a Társkapcsolati, Agresszivitás és Deviáns történetekben



13. ábra: A Többiek Szereplői funkciói a Társkapcsolati, Agresszivitás és Deviáns történetekben

5.4.6. A Tematikus szerepek modulja és a Szereplői funkciók mentén kapott eredmények megvitatása

A Tematikus szerepek modulja mentén a *szelf negatív recipiens* nyelvi jegy volt jellemzőbb a történetek összesített elemzése során az ADHD tünetekkel élő csoportban a két referencia csoporthoz képest. Emellett három történettípusban - Agresszivitás, Társkapcsolati problémák, Deviáns viselkedés – a *többiek negatív ágens* nyelvi jegy is gyakoribb volt a célcsoportban a referencia csoportokhoz képest.

A fent leírt eredmények szoros összefüggésben vannak egymással. A Tematikus szerepek modul mentén elemzett ágens-recipiens nyelvi jegyek az én és a másik viszonyára utalnak. A célcsoport tagjai a szociális interakciókról szóló történetekben passzív elszenvedőként mutatják be magukat, míg a többieket aktív, de negatív szereplőként látatják. Az aktivitás és asszertivitás az ágenciához, annak hiánya pedig gyakran a passzivitáshoz és áldozatszerephez társul. Utóbbi szerint az események a személyen kívül álló okok miatt történnek (Ehmann és mtsai, 2014). Azok a személyek, akik kontrollálhatóbbnak látják a nehezebb élethelyzeteket, magasabb aktivitásszinttel, jobban hatással vannak a környezetükre. Az alaptünetekben megjelenő kontroll problémák a célcsoport tagjainál szöveg szintjén is azonosíthatóak. A passzív elszenvedő szerepben megjelenik az, hogy a személy kevésbé képes felelősséget vállalni sorsáért, csak sodródik (Szalai, 2011). Úgy gondoljuk, hogy az ADHD-s gyermekekre jellemző impulzív viselkedés negatív visszajelzést okoz a környezet oldaláról, próbálkozásaik

általában negatív visszacsatolással zárulnak, ezért ők úgy érzik, hogy nincs eszközük a környezet megváltoztatására. Korábbi kutatások is találtak összefüggést az ADHD és az áldozat szerepkör között. Az ADHD tünetei mellett gyakran megjelenő kevésbé adaptív provokatív viselkedés agressziót idéz elő a kortársakból, így megjelenhet az áldozatszerep, a társak felől pedig a negatív ágens szerep (Bacchini, Affuso, & Trotta, 2008).

A fent leírtakkal szoros összefüggésben érdemes tárgyalni a szereplői funkciók mentén kapott eredményeinket, hiszen ezeket tekinthetjük úgy, mint a tematikus szerepek specifikus vonatkozásai – a *többiek negatív ágens* nyelvi jegy egy átfogó kategória, amelybe beletartozhat többek között a *tanár büntető*, *többiek támadó*, *többiek elutasító* szereplői funkció is.

A társak negatív szereplői funkciói szignifikánsan gyakrabban jelennek meg az ADHD diagnózisú gyerekek történeteiben, mint a referencia csoportok szövegeiben. A történettípusokat tekintve ez adekvátnak tekinthető, ám az, hogy ezek túlsúlya a célcsoportban jelentősebb, az alátámaszthatja viselkedéses problémáikat és a nehézségekbe ütköző szociális életüket. Háromtípusú epizódban (Társkapcsolati problémákról, Deviáns viselkedésről, Agresszivitásról szóló történetek) megfigyelhető, hogy az ADHD diagnózisú gyerekeket társaik kirekesztik, csúfolják, elutasítóan és támadóan bánnak velük, ezt szépen tükrözik az itt kapott eredmények, miszerint a célcsoport szövegeiben a többiek *leértékelő*, *elutasító* és *támadó* szereplői funkciók gyakoribbak, mint a kontroll csoport szövegeiben. Ezekben az esetekben a figyelemhiányos hiperaktív gyermekek sem tanáraikat, sem társaikat, sem szüleiket nem tüntetik fel védelmező szerepben, melyet magyarázhatunk az ADHD diagnózisú gyermekek szociális magányosságával. Ami adódhat, számos szociális kompetencia deficitből, melyek a társas beilleszkedési nehézségeik mögött állnak. Számukra nagyon nehéz úgy viselkedni, ahogy azt a környezet életkoruk alapján elvárná, így gyakran kerülnek az őket körülvevő szociális háló perifériájára. Ha más megoldást nem látnak arra, hogy a környezet érdeklődését felkeltsék, akkor úgy gondolhatják, hogy inadekvát, provokatív viselkedésük az út a társas életben való részvétel felé. Gyakran megjelenik az ADHD tünetei mellett az agresszív viselkedés, melyet közvetíthet a kontroll hiánya, az impulzivitás, az empátiás készség hiánya (Bacchini, Affuso, & Trotta, 2008). Vizsgálatunk során a történetekben az agresszív ágens a *szelf támadó szereplői* funkcióban nyilvánult meg, mely gyakoribb volt a célcsoport szövegeiben, mint a másik két referenciacsoportban.

A fent leírtakból következhet, hogy nagyon sokszor kerülnek negatív megítélés alá sorolható társas interakcióba az ADHD-s gyerekek, melynek következményeként, a történetekből

kiolvashatóan, sokszor sem tanáraik, sem társaik segítségére nem számíthatnak, hiszen a környezetben az a kép alakult ki róluk, hogy általában ők hibáztathatóak a történetekért. Ezt támasztja alá, hogy történeteikben gyakrabban szerepel a *tanár büntető, tanár nem védelmező* funkció, mint a referencia csoportokban. Tehát a védelmező funkció hiánya a szociális interakciók során szerzett negatív tapasztalatokon alapulhat. Ezzel is összefügghet a gyakori *magányosság* funkció megjelenése a figyelemhiányos hiperaktív gyerekek történeteiben. A célcsoportba tartozó gyermekek élettörténeti epizódjaiban, a magány és elhagyatottság miatti aggodalom intenzívebben jelenik meg, mint a probléma nélküli kontroll csoportban. Az aggodalom funkcióját kettébontottuk és a célcsoportban a *magány miatti aggodalom* funkció, míg a kontroll csoportban az *iskolai aggodalom* funkció szerepel gyakrabban. Ez az ellentét jól tükrözi azt, hogy az ADHD diagnózisú gyerekek életében a baráti kapcsolatok hiánya, félelmeik az egyedülléttel és elutasítottsággal kapcsolatban mennyire központi helyen szerepelnek.

Ide kapcsolható továbbá, hogy a depresszív tünetekkel élő csoportba tartozó gyerekek Társkapcsolati történeteikben lényegesen többször szerepel a *többiek pozitív társ* szereplői funkció. Valószínű a pozitív társ protektív tényezőként van jelen a kortárs csoportban való áldozattá válásból következő viselkedési problémák megjelenésében (Bukowski, Motzoi & Meyer, 2009).

Tehát elmondható, hogy a társak negatív szereplői funkcióinak gyakoribb megjelenése mögött, feltételezésünk szerint az ADHD diagnosztikai kategóriába sorolt gyermekek nehézkes kortárs csoportba való beilleszkedése, ítélőképességük hiánya és ezek következményei állhatnak. Ezek tükröződnek élettörténeti epizódjaikban is, láttatva ezzel, az ADHD zavarával együtt járó viselkedéses nehézségeket.

6. Összegzés

Kutatásunknak alapvetően két célja volt, az egyikben két módszert hasonlítottunk össze, igyekeztünk választ találni arra, hogy a kérdőíves módszer vagy az élettörténeti epizódokban rejlő többlet információk klasszifikálják-e jobban vizsgálati csoportjainkat. A másik esetben pedig a narratívumokban megjelenő jellegzetes mintázatok feltárására tettünk kísérletet a három vizsgálati csoportban.

A kérdőívvel kapcsolatban azt találtuk, hogy a gyermekeknek a viselkedési problémákra való rálátás valóban nehézséget okoz, önreflektív módon nehezen tudják megítélni saját helyzetüket, nehezen hasznosítják a környezetből származó inputokat, mikor saját magatartási és társas helyzetüket kell értékelni. Lényeges kiemelni, hogy a kérdőív standard értékei a

vizsgálati csoportok között nem differenciálnak, a skálák nagyrésze a normál övezetbe esik. Kizárólag a csoportösszehasonlítás alapján láthatunk különbségeket. Elvárásaink alapján a veszélyeztetett övezetbe kellett volna esnie a pontszámoknak bizonyos skálák esetén. Feltételezhetjük, hogy közrejátszott ebben, hogy az általunk használt CBCL Kérdőív hazai standardje több mint 25 éves.

A két módszer összehasonlítása során, azt találtuk, hogy az ADHD-ban előzetesen is fontosnak tartott problémakörök - társkapcsolati problémák, agresszivitás, deviáns viselkedés - esetén érzékenyebb klasszifikációs módszerek bizonyult a történetek nyelvi kódjainak használata.

Az ADHD-s gyermekek viselkedéses sajátosságairól sokkal több információt kaptunk az élettörténeti epizódok narratív elemzése során. A leghatékonyabb eszköznek bizonyult a Személyközi referencia modul, Tagadás modul és Szereplői funkciók modul alkalmazása.

Az ADHD-s gyerekek bizonyos szövegeiben az alacsony mi-referencia és magasabb szelf-referencia előfordulása jelent meg. Az ADHD-ra jellemző egocentrizmus és a kortárs csoporttal való azonosulás hiányának nyelvi lenyomatai. Melyek összefüggésbe hozhatóak a társkapcsolati problémákkal. A Tagadás modul nyelvi jegyeinek gyakori előfordulása jelent meg az ADHD-s csoport narratíváiban, mely az őket körülvevő szociális háló negatív értékelésére is utalhat.

Az ADHD-s gyerekek történeteiben a *többiek negatív ágensként*, vagyis aktív de negatív szereplőként jelennek meg, ők maguk pedig passzív elszenvédőként vagyis áldozatként. A kortársak *leértékelő, elutasító, támadó* szerepben jelennek meg gyakran, e mellett a tanárok is inkább büntető, nem védelmező szerepben fordulnak elő. A magány miatti aggodalom előfordulása magasabb az ADHD-s gyerekek történetében, melyekből következtetni tudunk arra, hogy a mindennapokban megélt társas nehézségek közül a perifériára szorulásra, kirekesztettségre, magányosságra képesek reflektíven tekinteni.

A strukturált élettörténeti epizódok ismerete hozzásegíti a szakembert a részletesebb problémafeltáráshoz, a gyermek működésmódjának megismeréséhez és akár a terápiák megtervezéséhez. Az élettörténeti epizódok elemzéséből származó információk rálátást biztosítanak egy folyamatra a viselkedéses problémákkal, társas közegben megjelenő nehézségekkel kapcsolatban. Úgy gondoljuk, hogy az élettörténeti epizódok narratív pszichológiai elemzésének relevanciája van a gyermekklinikai munkában, nem csak a kutatásban.

7. Limitációk és kitekintés

A vizsgálat limitációi közé sorolható a szubklinikai csoportok bevonása. Mind az ADHD mind a depresszió tekintetében a vizsgálati csoportokba sorolása a gyermekeknek a szülők számára kialakított szűrő kérdőívek segítségével történt, mely egy lehetséges és elfogadható mód, de problémákat vethet fel. Ilyen például a szülők objektivitásának kérdése, illetve az, hogy önmagában elegendő-e egy ilyen módszer a problémacsoportba való soroláshoz. Mégis azért ezt az utat választottuk, mert a klinikumban sem egységes szemlélet, sem egységes vizsgálóeljárások, módok, explorációs eszközök nincsenek a két zavar diagnosztizálására. Úgy hiszem, hogy a zavar szintű problémák mentén még élesebb különbségeket és értékesebb eredményeket kaphattunk volna, noha a vizsgálatunk eredményei elindíthatnak egyfajta szemléletmódosítást a klinikai munkába való narratív pszichológia, mint eszköz beemelésére.

A csoportok mintaelemszámának kiegyenlítetlensége korlátozhatja a csoportos összehasonlítások eredményeiből levonható következtetéseket. Az élettörténetek elemzése számos lehetőséget rejt magában, érdemes lehet akár más típusú epizódokban és más nyelvi jegyekben gondolni, melyek számos pszichológiai jellemzővel ruházhatóak fel. Történeteink témáját korlátozta a CBCL faktorokhoz való illesztés, problémaszpecifikusabb kérdések alapján elképzelhetőnek tartjuk a terápiák megtervezését is.

Azt gondolom, hogy a módszert nagyon hasznosan lehetne alkalmazni a kognitív és viselkedés terápiás munkában, annak sikerességének utánkövetésében.

A téma további kutatása és részletesebb feltárása érdekes és hasznos lehet, amely tudás kiszélesíthetné a figyelemhiányos hiperaktív gyermek sajátos problémáira való rálátást a gyakorlati szakemberek körében.

8. Felhasznált Irodalom

Aili, H. H., Norharlina, B., Manveen, K. S., & Wan Salwina, W. I. (2015). Family Difficulties in Children with ADHD, the Role of Integrated Psychopharmacology Psychotherapy Treatment. In: Norvilitis, J. M. (eds.): *ADHD - New Directions in Diagnosis and Treatment*. Intech. ISBN: 9789535121664

Altmann, E. O., & Gotlib, I. H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology* (16)1, 29-44.

Bacchini, D., Affuso, G., & Trotta, T. (2008). Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: the mediating role of school bullying. *Agressive Behavior*, (34)5, 447-459.

Bada, H. S., Bann, C. N., Bauer, C. R., Shankaran, S., Lester, B., LaGasse, L., & ... Higgins, R. (2011). Preadolescent behavior problems after prenatal cocaine exposure: relationship between teacher and caretaker ratings (Maternal Lifestyle Study). *Neurotoxicology and Teratology*, (33),1, 78-87.

Balogh, L. (2017). *A felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) hibázáshoz kötött viselkedés- és EEG kiváltott válasz eltéréseinek vizsgálata*. Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/baloghlivia.d.pdf
Utoljára csatlakozva: 2018. 04. 22.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

Barkley, R. A. (2017). *What Causes ADHD?* Letöltve: <http://www.russellbarkley.org/factsheets/WhatCausesADHD2017.pdf> Utoljára csatlakozva: 2018.01.10.

Belsky, J., Pasco Fearon, R. M., & Bell, B. (2007). Parenting, attention and externalizing problems: testing mediation longitudinally, repeatedly and reciprocally. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (48)12, 1233-1242.

Benyák, A. (2007). *A hiperaktivitás háttértényezőinek vizsgálata alsó tagozatos tanulóknál*. Doktori (PhD) értekezés. Elérhető: http://ganymedes.lib.unideb.hu:8080/dea/bitstream/2437/55266/6/benyak_aniko_ertekezés.pdf Utoljára csatlakozva: 2017.10.25.

Békés, V. A. (2009). *A trauma reprezentációjának változásai Holokauszt-narratívákban*. Doktori (PhD) értekezés. Elérhető: <http://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15167/bekes-vera-phd-2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Utoljára csatlakozva: 2017. 06. 20.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818.

BNO-10 zsebkönyv. DSM-IV-TR meghatározásokkal (2004). Animula Kiadó, Budapest. ISBN:9789639410619

Boyce, W. T., Frank, E., Jensen, P. S., Kessler, R. C., Nelson, C. A., & Steinberg, L. (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psychopathology*, (10),2, 143–164.

Bruner, J. (2004). Life as Narrative. *Social Research*, (71),3, 691-710.

Bruner, J., & Lucariello J. (2001). A világ narratív újratemtése a monológban In: László, J., & Thomka, B. (szerk.). *Narratívák 5. Narratív pszichológia*. Kijarat Kiadó, Budapest.

Bukowski, W. M., Motzoi, C., & Meyer, F. (2009). Friendship as Process, Function, and Outcome. In Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Laursen, B. (eds.) *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*. Guilford Press, New York, 217-229.

Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and Emotion Dysregulation Among Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, (18)3, 185-217.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, (8), 597-600.

Cicchetti, D. (2006). Developmental and psychopathology. In: Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (eds.): *Developmental psychopathology. Vol. 1. Theory and Method*. Wiley, New York. ISBN: 9780471237365

Chen, M. H., Su, T. P., Chen, Y. S., Hsu, J. W., Huang, K. L., Chang, W. H., & ... Bai, Y. M. (2013). Higher risk of developing mood disorders among adolescents with comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and disruptive behavior disorder: A nationwide prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, (47)8, 1019-1023.

Chinawa, J. M., & Obu, H. A. (2015). Epidemiology of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Norvilitis, J. M. (eds.): *ADHD - New Directions in Diagnosis and Treatment*. Intech. ISBN: 9789535121664

Csertő I., & László, J. (2011). A csoportközi értékelés mint a csoporttrauma érzelmi feldolgozásának indikátora a nemzeti történelem elbeszéléseiben. In: Tanács, A. & Vincze, V. (szerk.). VIII. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia, Szeged

McAdams, D., P. (2011). A történetek jelentése az irodalomban és az életben In: László, J. & Thomka, B. (szerk.). *Narratívák 5. Narratív pszichológia*. Kijárat Kiadó, Budapest.

De Boo, G. M., & Prins, P. J. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, (27)1, 78-97.

Ehmann, B. (2002). *A szöveg mélyén. Pszichológiai tartalomelemzés*. Új Mandátum Kiadó, Budapest. ISBN: 9639336734

Ehmann, B., & Balázs, L. (2015). A sarkvidéktől a világúrig: a pszichológiai tartalomelemzés alkalmazása izolált kiscsoportok vizsgálatára. *Magyar Pszichológiai Szemle*, (70),2 723–742.

Ehmann, B., Csertő, I., Ferenczhalmy, R., Fülöp, É., Hargitai, R., Kővágó, P. & ... László, J. (2014). Narratív kategoriális tartalomelemzés: a NARRCAT. Tudományos narratív pszichológia. X. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia, Szeged.

Ferenczhalmy, R., & László, J. (2006). Az intencionalitás modul kidolgozása Nooj tartalomelemző programmal. IV. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia, Szeged.

Földi, R. (2004). *Hiperaktivitás és tanulási zavarok*. Comenius Bt. Kiadó, Pécs. ISBN: 2050000014222

Franke, B., Faraone, S. V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C. H., Ramos-Quiroga, J. A., & ... Reif, A. (2012). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry*, (17)10, 960–987.

Fülöp, É., & László, J. (2006). Az elbeszélések érzelmi aspektusának vizsgálata tartalomelemző program segítségével. IV. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia, Szeged.

Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. F., Pingault, J. B., Melchior, M., Michel, G., & ... Tremblay, R. E. (2011). Early Risk Factors for Hyperactivity-Impulsivity and Inattention Trajectories From Age 17 Months to 8 Years. *Archives of general psychiatry*, (68)12, 1267-1275.

Gádoros, J. (é.n.). „Hitek és tévhitek” a hiperaktivitás körül. Elérhető: <http://www.beszed.hu/repository/1137.pdf> Utoljára csatlakozva: 2017.10.25.

Gergen, M., M. (2011). A narratívumok és az én mint viszonyrendszer In: László, J. & Thomka, B. (szerk.): *Narratívák 5. Narratív pszichológia*. Kijárat Kiadó, Budapest.

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, (5)3, 143-154.

Goldman Middleton, M. (2005). Cognitive inhibition in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető:

https://getd.libs.uga.edu/pdfs/goldman_meredith_m_200508_phd.pdf Utoljára csatlakozva: 2018. 04. 22.

Guney, E., Cetin, F. H., & Iseri E. (2015). The Role of Environmental Factors in Etiology of Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. In: Norvilitis, J. M. (eds.): *ADHD - New Directions in Diagnosis and Treatment*. Intech. ISBN: 9789535121664

Gurevitz, M., Geva, R., Varon, M., & Leitner, Y. (2014). Early Markers in Infants and Toddlers for Development of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, (18)1, 14-22.

Hargitai, R., Naszódi, M., Kis, B., Nagy, L., Bóna, A., & László, J. (2005). A depresszív dinamika nyelvi markerei az én-elbeszélésekben. A LAS VERTIKUM tagadás és szelf-referencia modulja. *Pszichológia* (2), 181–199.

Hargitai, R. (2008). *Sors és történet*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest. ISBN: 9789639609969

Hiperkinetikus Zavar Kérdőív (2005). In: Perczel, F.D., Kiss, Zs., Ajtay, Gy. (szerk.): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest, OPNI, 211-216.

Jovchelovitch, S. (2001). Szociális reprezentáció és narrativitás: a közélet történetei Brazíliában. In: László, J. & Thomka, B. (szerk.): *Narratívák 5. Narratív pszichológia*. Kijárat Kiadó Budapest.

Kaló, Zs. (2012). A pszichológiai ágencia kognitív nyelvészeti leírása droghasználói narratívákban. Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető: <http://doktori.btk.elte.hu/lingv/kalozsuzsa/diss.pdf> Utoljára csatlakozva: 2017.10.25.

Katonai, E. R., Székely, A., & Sasvári-Székely, M. (2011). Dopaminerg és szerotonerg génvariánsok hatása a kognitív teljesítményre. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, (13)2, 81-86.

Kazdin, A. E., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D., & Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, (17)4, 375-406.

Kesmodel, U. S., Bertrand, J., Støvring, H., Skarpness, B., Denny, C. H., Mortensen, E. L. (2012). The effect of different alcohol drinking patterns in early to mid pregnancy on the child's intelligence, attention, and executive function. *BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, (119)10, 1180-1190.

King Elbaz, Z. (2000). *Cognitive Control Processes in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Behavioural and Cardiovascular Measures*. Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető: http://digitool.library.mcgill.ca/webclient/StreamGate?folder_id=0&dvs=1524400012379~455&usePid1=true&usePid2=true Utoljára csatlakozva: 2018. 04. 22.

Kopasz, F. (2010). A művészi szöveg közvetítette viselkedésminták a narratív pszichológia megközelítésében. Doktori (PhD) Értekezés.

Kovács, R., R. (2012). A házastársi kapcsolat, a párkapcsolati elégedettség narratív pszichológiai tartalomelemzéssel és pszichometriai eszközökkel történő vizsgálata, tekintettel a családi életciklusokra. Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető: <http://pea.lib.pte.hu/handle/pea/15218> Utoljára csatlakozva: 2017. 07. 12.

Kóbor, A., Takács, Á., & Csépe V. (2010). A végrehajtó funkciók neuro-pszichometriai perspektívából. *Pszichológia*, (30)3, 233–252.

Latimer, K., Wilson, P., Kemp, J., Thompson, L., Sim, F., Gillberg, C., & ... Minnis, H. (2012). Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child: care, health and development*, (38)5, 611-628.

László, J. (2001). Narratív pszichológia: új megközelítés a pszichológiában. In: László, J. & Thomka, B. (szerk.). *Narratívák 5. Narratív pszichológia*. Kijárat Kiadó, Budapest.

László, J. (2005a). *A történetek tudománya*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest. ISBN: 9799639494595

László, J. (2005b). A narratív pszichológiai tartalomelemzés. In: Csányi, V. (szerk.): *A mai pszichológia emberképe. Magyar Tudományos Folyóirat, (11)*, 1366-1375.

László, J. (2008). Narratív pszichológia. *Pszichológia, (28)4*, 301-317.

László, J. (2011). A tudományos narratív pszichológiai tartalomelemzés és a pszichológiai tartalomelemzés hagyományai. *Pszichológia, (1)1*, 3–15.

Martel, M. M., Nikloas, M., Jernigan, K., Friderici, K., Waldman, I., & Nigg, J. T. (2011). The Dopamine Receptor D4 Gene (*DRD4*) Moderates Family Environmental Effects on ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, (39)1*, 1-10.

Mészáros, A. (szerk.). (2004). *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. ISBN: 9789634635581

Mihalik, J. (2016). A leader identitás reprezentációja az élettörténeti narratívában. PhD Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető: http://phd.lib.uni-corvinus.hu/941/1/Mihalik_Judit.pdf
Utoljára csatlakozva: 2017. 08. 21.

Mózes, V., Bence, M., Sasvári-Székely, M., & Keszler G. (2010). A dopamin D4-es receptor hipoxia érzékenységének gyermekpszichiátriai vonatkozásai. *Neuropsychopharmacologia Hungarica, (12)1*, 289-293.

Nigg, J. T., Hinshaw, S. P., & Huang-Pollock C. (2006). Disorders of Attention and Impulse Regulation. In: Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (eds.): *Developmental psychopathology. Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation*. Wiley, New York. ISBN: 9780471237389

Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review, (28)64*, 92-708.

Nussbaum, A. (2014). *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest. ISBN: 9786155443015

Parker, F. G., Rubin, K. H., Erath, S. A., Wojslawowicz, J.C., & Buskirk, A. A. (2006). Peer Relationships, Child Development, and Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective. In: Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (eds.): *Developmental psychopathology. Vol. 1. Theory and Method*. Wiley, New York. ISBN: 9780471237365

Pataki, F. (2007) Az önéletírás pszichológiája. *Pszichológia*, (27), 3-68.

Perczel Forintos, D. (2012). *Bevezetés a fejlődési pszichopatológiába*. Előadásanyag. Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológiai Tanszék, Budapest. Elérhető: <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2012/06/pfd.pdf> Utoljára csatlakozva: 2018. 02. 12.

Péley, B. (2002a). Az elbeszélés szerepe az én (szelf) kibontakozásában. *Magyar Tudomány*, (1), 71-77.

Péley, B. (2002b). *Rítus és történet*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest. ISBN: 9789639336728

Péley, B. (2004). A korai kapcsolatok és élettörténeti elbeszélések néhány összefüggése. *Magyar Pszichológia Szemle*, (59)3, 137-152.

Péley, B. (2005a). A beszéd és az elbeszélés szerepe a belső állapotok szabályozásában. *Pszichoterápia*, (14)5, 681-686.

Péley, B., Kis, B., Naszódi, T., & László, J. (2005b). A szelf állapotok kifejeződése az élettörténeti elbeszélésekben. *Pszichologia*, (25)2, 171-179.

Péley, B. (2013). Élettörténet – Fejlődés és patológia. A narratív szemlélet és módszertan haszna a diagnosztikában és a terápiában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, (68)1, 141–157.

Polanczky, G., de Lima, S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, (164)6, 942-948.

Polanczky, G., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, (43)2, 434–442.

Pólya, T. (2003). Az élettörténet narratív perspektívája és az elbeszélő személy identitás állapotának minősége. Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető: <http://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15256/polya-tibor-tezis-hun-2003.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Utoljára csatlakozva: 2017. 05. 03.

Pólya, T. (2007). *Identitás az elbeszélésben*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest. ISBN: 9789639609570

Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2017). *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban*. Elérhető: http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2470/fajlok/hiperkinetikus_zavar%20.pdf Utoljára csatlakozva: 2018.02.17.

Quinn, P. (2011). The development of adult ADHD as an epidemiological concept. Gender differences in ADHD. In: Buitelaar, J. K., Kan, C. C., & Asherson, P. J. (eds.): *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment*. Cambridge University Press, New York. ISBN:9780521864312

Ransburg, J. (2012). *Félelem, harag, agresszió*. Saxum Kiadó, Budapest. ISBN:9789632481869

Rube, D., & Reddy D. P. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: Klykylo, W. M., & Kay, J. L. (eds.): *Clinical Child Psychiatry*. Wiley, New York. ISBN: 0470022094

Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*. (20)3, 379-403.

Selikowitz, M. (2010). *ADHD a hiperaktivitás-figyelemzavar tünetegyüttes*. Geobook Hungary Kiadó, Szentendre. ISBN: 9789639974265

Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (24)1, 7-12.

Shiels, K., & Hawk, L. W. (2010). Self-Regulation in ADHD: The Role of Error Processing. *Clinical Psychology Review*, (30)8, 951-961.

Slee, T. P. (1995). Peer victimization and its relationship to depression among Australian primary school students. *Personality and Individual Differences*, (18)1, 57-62.

Somogyi, K., Máté, O., & Miklósi, M. (2015). Felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és szülőség: szakirodalmi összefoglaló. *Magyar Pszichológiai Szemle*, (70)3, 617-632.

Sonuga-Barke, E. J. S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD - A dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130(1-2), 29-36.

Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neurosci Biobehav Reviews*, (27)7, 593-604.

Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, (55)1, 17-29.

Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. G. (2015). A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation, *Child Psychiatry & Human Development*, (46)6, 951-966.

Stern, D., N. (2002). *A csecsemő személyközi világa*. Animula Kiadó, Budapest. ISBN: 9789639410039

Stern, D., N. (2004). *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest. ISBN: 9789639410558

Strine, T. W., Lesesne, C.A., Okoro, C.A., McGuire, L.C., Chapman, D.P., Balluz, L.S., & Mokdad, A. H. (2006). Emotional and Behavioral Difficulties and Impairments in Everyday Functioning Among Children With a History of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Preventing Chronic Disease*, (3)2, 1-10.

Szabó, Cs., Honbolygó, F., & Csépe, V. (2014). Az externalizációs és internalizációs problémák hatása a munkamemória-teljesítményre ADHD veszélyeztetett kisiskolásoknál. *Pszichológia*, (34)1, 1–25.

Szalai, K. (2011). Az ágensia nyelvi jegyei, az aktív és passzív igék szerepe a narratívumokban. Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető: <http://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15264/szalai-katalin-phd-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Utoljára csatlakozva: 2017. 08. 21.

Szűcs, M. (2003). *Esély vagy sorscsapás? A hiperaktív, figyelemzavarral küzdő gyerekek helyzete Magyarországon*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. ISBN: 9789631944679

Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B. G., Hebebrand, J., Daumb, I., Wiltfang, J., & Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (34)5, 734-743.

Takács Á. (2013). *Az ADHD heterogenitásának vizsgálata kognitív neuropszichológiai alcsoportképzéssel*. Doktori (PhD) értekezés. Letöltve: http://www.ppk.elte.hu/file/takacs_adam_dissz.pdf Utoljára csatlakozva: 2018.01.10.

Tárnok, Zs. (2007). *Gyermekkori neuropszichiátriai zavarok. Sajátosságok Tourette szindrómában és társuló Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavarban*. Doktori (PhD) Értekezés. Elérhető: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/tarnokzsanett.d.pdf Utoljára csatlakozva: 2018. 04. 22.

Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2013). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. *Child Maltreatment*, 18(3), 135-139.

Tur-Kaspa, H. (2005). Social Functioning of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: David Gozal, D., & Molfese, D. L. (eds.): *Attention deficit hyperactivity disorder: from genes to patients*. Humana Press, New Jersey. ISBN: 1588293122

Vetró, Á. (2000). A figyelem és cselekvésszervezési képesség zavari. In: Illyés S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health, (46)3*, 209-217.

Wender, P. H. (1993). *A hiperaktív gyermek, serdülő és felnőtt*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. ISBN: 9789632423449

Wood, B. L., Lim, J.H., Miller, B.D., Cheah, P. A., Simmens, S., Stern T., ... Ballow, M. (2007). Family Emotional Climate, Depression, Emotional Triggering of Asthma, and Disease Severity in Pediatric Asthma: Examination of Pathways of Effect. *Journal of Pediatric Psychology, (32)5*, 542-551.

Yolton, K., Cornelius, M., Ornoy, A., McGough, J., Makris, S., & Schantz, S. (2014). Exposure to neurotoxicants and the development of attention deficit hyperactivity disorder and its related behaviors in childhood. *Neurotoxicology and Teratology, (44)*, 30-45.

Yüce, M., Uçar, F., & Say, G. (2015). Comorbid Conditions in Child and Adolescent Patients Diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Norvilitis, J. M. (eds.): *ADHD - New Directions in Diagnosis and Treatment*. Intech. ISBN: 9789535121664

9. Mellékletek

9.1. Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat iskolaiigazgatóknak

Tisztelt Igazgatónő/Igazgató úr!

Écsi Júlia vagyok a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskola PhD hallgatója. Fejlődéslélektan témájú kutatást szeretnék elvégezni az Ön által vezetett intézményben, tíz/tizenegy éves gyermekekkel.

Kutatási témám címe: *A narratív szemlélet kínálta többlet lehetőségek a gyermekklinikai munkában.*

Érdeklődésem középpontjában a gyermekek társas kapcsolatainak vizsgálata áll.

A kutatás első fázisában a szülők segítségét is kérném, két szülők számára készült kérdőív kitöltése formájában. Mindkettőben arra vonatkozó kérdések vannak, hogy hogyan látja a szülő gyermeke fejlődését és működését közösségben.

A kutatás során a gyermekek egy kérdőívet töltenének ki. Az önjellemző kérdőív a közösségben való működésüket tárja fel. A kérdőív kitöltési időtartama maximum 45 percet venne igénybe.

A kutatás következő fázisában előzetes egyeztetés után a gyermekektől rövid történeteket kérnénk iskolai - és társas kapcsolataikról. A történeteket előzetes egyeztetés alapján diktafonon rögzítjük. Ez teszi lehetővé számunkra a történetek további elemzését. A kutatás ezen fázisa hozzávetőlegesen 60 percet vesz igénybe.

A gyermekektől származó adatokat bizalmasan kezeljük, sem a feldolgozási fázisban, sem a disszertációban a gyermek neve nem szerepel. A vizsgálat anonim.

A szülőket informált beleegyező nyilatkozat segítségével tájékoztatom a tervezett kutatásról. Illetve telefonon és e-mailben is rendelkezésükre állok a kutatással kapcsolatban felmerülő kérdésekre.

Ezúton szeretném engedélyét kérni a kutatás lefolytatásához.

Kutatás vezetője: Écsi Júlia, pszichológus, PhD hallgató

Témavezető: Prof. Dr. Péley Bernadette

Igazgatónő/Igazgató úr :..... Dátum:

9.2. Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat szülők számára

Tisztelt Szülők!

Écsi Júlia vagyok a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskola PhD hallgatója. Fejlődéslelektan témájú kutatást szeretnék elvégezni abban az iskolában ahová az Ön gyermeke jár.

Kutatási témám címe: *A narratív szemlélet kínálta többlet lehetőségek a gyermekklinikai munkában.*

Érdeklődésem középpontjában a gyermekek társas kapcsolatainak vizsgálata áll. A kutatás első fázisában a szülők segítségét is kérném, két szülő számára készült kérdőív kitöltése formájában. Mindkettőben arra vonatkozó kérdések vannak, hogy hogyan látja Ön gyermeke fejlődését és működését közösségben. A kutatás során a gyermekek egy kérdőívet töltenének ki, majd rövid történeteket kérnek tőlük. A gyermekek számára kiosztott kérdőív a közösségben való működésüket tárja fel. A kérdőív kitöltésének időtartama maximum 45 percet vesz igénybe. A kutatás következő fázisában előzetes egyeztetés után rövid történeteket kérnének a gyermektől iskolai - és társas kapcsolatairól, melyet megbeszélés alapján diktafonra rögzítek. Ez teszi lehetővé számunkra a történetek további elemzését. A vizsgálat ezen fázisa maximum 60 percet vesz igénybe. A vizsgálat első szakaszában a szülői kérdőívek felvételére nagyobb mintán kerül sor, míg a kutatás második fázisa kisebb mintán zajlik, a gyermekeknek csak egy része vesz részt a történetmondásban. A gyermekektől származó adatokat bizalmasan kezeljük, sem a feldolgozási fázisban, sem a doktori disszertációban a gyermek neve nem szerepel. A vizsgálat anonim.

Ezúton kérem beleegyezését, hogy gyermeke a leírt kutatásban részt vegyen. Kérem, hogy ha kérdése van a kutatással kapcsolatban, bizalommal forduljon hozzám a fent megadott telefonon, e-mailen vagy a tanárokon keresztül.

A részvétel önkéntes és a vizsgálatba történő beleegyezését bármikor visszavonhatja.

Előre is köszönöm szíves együttműködésüket!

Kutatásvezető: Écsi Júlia, pszichológus, PhD hallgató

Témavezető: Prof. Dr. Péley Bernadette

Kérem, töltsse ki a megfelelő helyen és juttassa vissza az iskolába:

Igen, hozzájárulok ahhoz, hogy..... nevű gyermekem részt vegyen a kutatás mindkét fázisában, és igazolom, hogy megfelelő írásbeli/szóbeli tájékoztatásban részesültem a tervezett kutatással kapcsolatban.

Elérhetőség:

.....

aláírás

Nem járulok hozzá ahhoz, hogy..... nevű gyermekem részt vegyen a kutatás mindkét fázisában.

.....

aláírás

9.3. Szülői feladatlap (CDI-P*)

Tisztelt Szülő! Az alábbiakban gyermekek viselkedésére és hangulatára vonatkozó állításokat olvashat. Kérjük, hogy az állítások mellett szereplő válaszlehetőségek közül jelölje be X-szel azt az egyet ami Ön szerint gyermekét legjobban jellemezte az *utóbbi két hétben*. A kérdőívben nincs jó vagy rossz válasz!

A gyermek neve: életkora:

Ki a válaszadó? (kérjük karikázza be a megfelelő választ)

édesanya édesapa más:

Fontos, hogy minden állítás mellett jelölje be azt az egyet ami gyermekét az elmúlt két hétben legjobban jellemezte.

Egyáltalán Néha Gyakran Majdnem

A gyermekem ...

1. szomorúnak látszik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. jókedvű	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. nem szereti önmagát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. önmagát vádolja a különböző dolgokért	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. sír vagy úgy néz ki, mint aki sírva tudna fakadni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. nehezen elviselhető vagy ingerlékeny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. szereti az emberek társaságát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. azt gondolja magáról, hogy csúnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nehezen tudja rávenni magát a házifeladat elkészítésére	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. rosszul alszik éjszaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. fáradtnak vagy kimerültnek néz ki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. magányosnak tűnik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. szereti az iskolát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. barátaival tölti az időt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. iskolai teljesítménye rosszabb, mint korábban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. azt teszi amit mondanak neki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. nézeteltérései és összeütközései vannak másokkal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Copyright 1996, Kovács Mária.

9.4. Hiperkinetikus Zavar Kérdőív - Szülői változat

	Soha, ritkán	Néha	Gyakran	Nagyon gyakran
1. Nem figyel megfelelően a részletekre, vagy figyelmetlenségből hibákat csinál az iskolai munkában.	0	1	2	3
2. Izeg-mozog, kezével matat, lábát váltogatja vagy fészkelődik a széken.	0	1	2	3
3. Nehezen tud koncentrálni a feladatra vagy játékra.	0	1	2	3
4. Elhagyja helyét az osztályban vagy más helyzetekben, amikor ülve kellene maradnia.	0	1	2	3
5. Úgy tűnik, nem figyel akkor sem, amikor közvetlenül hozzá beszélnek.	0	1	2	3
6. Rohangál, ugrál vagy mászik olyan helyzetekben, amikor ülve kellene maradnia.	0	1	2	3
7. Nem követi az utasításokat és a feladatokat sem fejezi be.	0	1	2	3
8. Nem tud csendben játszani vagy más szabadidő tevékenységekben csendben részt venni.	0	1	2	3
9. Nehézségei vannak a feladatok és tevékenységek megszervezésében.	0	1	2	3
10. Állandóan „menne”, olyan, mint akit „felhúztak”.	0	1	2	3
11. Elkerüli azokat a feladatokat (pl. iskolában vagy otthon), amelyek tartós szellemi erőfeszítést igényelnek.	0	1	2	3
12. Szertelenül beszél.	0	1	2	3
13. Elveszíti a feladatokhoz vagy elfoglaltságokhoz szükséges dolgokat.	0	1	2	3
14. Rávigja a választ, még mielőtt a kérdező a kérdést befejezte volna.	0	1	2	3
15. Figyelme könnyen elvonható.	0	1	2	3
16. Nem tud várni a sorára.	0	1	2	3
17. Feledékeny a mindennapi tevékenységei során.	0	1	2	3
18. Félbeszakít vagy zavar másokat.	0	1	2	3

9.5. Gyermekviselkedési Kérdőív - CBCL (ÖNÉRTÉKELŐ VÁLTOZATA)

	nem	kissé	nagyon
1. Sokat vitatkozom	0	1	2
2. Nehezemre esik koncentrálni, figyelmemet semmi nem köti le	0	1	2
3. Nem tudok nyugton ülni, nyughatatlan, túl mozgékony vagyok	0	1	2
4. Túlzottan a felnőttekre hagyatkozom, önállótlan vagyok	0	1	2
5. Magányosnak érzem magam	0	1	2
6. Kuszán, zavarosan viselkedem	0	1	2
7. Gyakran sírok	0	1	2
8. Tapintatlan, durva vagyok másokkal	0	1	2
9. Gyakran álmodozom, elmerülök gondolataimban	0	1	2
10. A figyelmet gyakran megpróbálom magamra vonni	0	1	2
11. Rongálom saját vagy mások holmiját	0	1	2
12. Otthon vagy az iskolában szófogadatlan vagyok	0	1	2
13. Nem jövök ki a társaimmal	0	1	2
14. Gyakran félek attól, hogy esetleg valami rosszat teszek vagy gondolok	0	1	2
15. Úgy érzem, hogy senki sem szeret	0	1	2
16. Úgy érzem, hogy mindenki ellenem van	0	1	2
17. Értéktelennek vagy kisebrendűnek érzem magam	0	1	2
18. Gyakran keveredem verekedésbe	0	1	2
19. A többiek sokszor csúfolnak	0	1	2
20. Könnyen keveredem rossz társaságba	0	1	2
21. Indulatosan, meggondolatlanul cselekszem	0	1	2
22. Szívesebben vagyok egyedül, mint mások társaságában	0	1	2
23. Gyakran füllentek vagy csalok	0	1	2
24. Gyakran ideges, feszült vagyok	0	1	2
25. A többiek nem nagyon kedvelnek	0	1	2
26. Túlságosan félős, szorongós vagyok	0	1	2
27. Gyakran szédülök	0	1	2
28. Könnyen elfáradok	0	1	2
29. Gyakran fáj a fejem ismert egészségügyi ok nélkül	0	1	2
30. Gyakran van hányingerem ismert egészségügyi ok nélkül	0	1	2
31. Gyakran van hasfájásom vagy hasgörcsöm ismert egészségügyi ok nélkül	0	1	2
32. Gyakran hányok ismert egészségügyi ok nélkül	0	1	2
33. Testileg bántalmazok másokat	0	1	2
34. Iskolai teljesítményem gyenge	0	1	2
35. Szívesebben választom nálam idősebb gyerekek társaságát	0	1	2
36. Vannak helyzetek, mikor nem vagyok hajlandó beszélgetni	0	1	2
37. Szégyenlős, gátlásos vagyok	0	1	2
38. Előfordul, hogy otthonról vagy máshonnan lopok	0	1	2
39. Könnyen káromkodom, trágár szavakat használok	0	1	2

40. Indulatos vagyok	0	1	2
41. Lógok, kerülöm az iskolát	0	1	2
42. Boldogtalan, szomorú vagy lehangolt vagyok	0	1	2
43. Visszahúzó vagyok, nehezen barátkozom	0	1	2
44. Aggodalmaskodó vagyok	0	1	2

10. Doktori értekezés benyújtása és nyilatkozat a dolgozat eredetiségéről

Alulírott **Écsi Júlia** (születési név: Écsi Júlia anyja neve: Dobai Ágnes Erzsébet születési hely, idő: Győr, 1987. 06. 26.)

A narratív szemlélet kínálta többlet lehetőségek a gyermekklinikai munkában című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z) Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskola Fejlődés – és Klinikai Pszichológia Programjához.

Témavezető neve: Prof. Dr. Péley Bernadette

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: 2018. 09. 03.

.....

doktorjelölt aláírása

11.Köszönetnyilvánítás

Szeretném megköszönni témavezetőmnek Prof. Dr. Péley Bernadettenek a rengeteg segítséget, ötletet, inspirációt, amit kaptam Tőle az elmúlt években. Külön köszönöm neki, hogy bármilyen nehézségen kellett keresztül mennem minig mellettem állt, támogatott, soha nem engedte el a kezem. Nehéz ezt szavakkal kifejezni.

Szeretném megköszönni a pszichológia intézet oktatóinak, hallgatótársaimnak, kikből időközben tanárok váltak, hogy ugyan jó pár éve nem vagyok az intézeti élet aktív tagja, ennek ellenére időt, energiát nem spórolva mindig számíthattam rájuk, ha kérdésem merült fel a dolgozattal kapcsolatban. Jó volt megtapasztalni, hogy ugyan fizikailag elszakadtam az Pécstől, valójában mégsem.

Külön köszönet jár Csertő Istvánnak, aki segítette a NARRCAT-tal való munkámat, megtanított számos prkatikus dologra, mindig elérhető volt, ha segítségre szorultam.

Orsi, annyi mindenért tartozom köszönettel Neked, hogy valószínűleg örökre az adósod maradok. A legegyszerűbben talán azt mondhatnám, hogy nélküled nem ment volna és ebben minden, de minden benne van.

Hatalmas köszönet jár munkatársaimnak és főnökeimnek Győrben, akik mindig minden tekintetben támogatták dolgozatírássomat.

Anyunak, Apunak, a családomnak leírhatatlan hála jár, hogy támogatták ezt a hosszú utat, támogattak engem, hogy soha ne adjam fel a céljaim, vágyaim, önmagam. Soha nem éreztem lehetetlent, mikor őket hallgattam.