

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 tézisei

ÉCSI JÚLIA

TÉMAVEZETŐ:

PROF. DR. Péley Bernadette



Pécs

2019

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. Céloom az volt, hogy feltérképezem 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, 2013). Az individuumon belüli folyamatok feltérképezésére lehetséges mód az összetett történeti útvonalak megismerése, az egyedi specifikusságok kiemelésére pedig az élettörténeti epizódokban rejlő többlet információ szolgáltatást alapul. 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.

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 (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 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).

2.2. 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. 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). Az ADHD heterogenitása klinikai szinten nyilvánvaló. Ugyanazon diagnózis mentén találkozhatunk enyhébb és súlyosabb formáival, a hármastünetcsoportból van, hogy valamely tünetek erőteljesebben, mások finomabban jelentkeznek. Az impulzuskontroll hiányával, a figyelemproblémákkal, motoros nyugtalansággal küzdő gyermekek sokszor eltérő érzelmi, viselkedéses nehézséget mutathatnak (Nigg, Hinshaw, & Huang-Pollock, 2006; Steinberg & Drabick 2015). Az ADHD etiológiájára vonatkozó kutatások több lehetséges oki és rizikótényezőt sorakoztatnak fel, ezek kombinációi melyek az ADHD hátterében állhatnak: genetika, neurobiológia, környezeti faktorok (Steinberg & Drabick 2015).

2.3. Az ADHD tünetei, diagnosztikus menete

A diagnosztikusalkotás a lehetséges tünetek széleskörű felmérésével és az eredmények kiértékelésével történik. A BNO – 10 és DSM V kritériumrendszerében a következő tünetcsoportok figyelhetőek meg: figyelmetlenség (9 tünet), hiperaktivitás – impulzivitás (9 tünet). A diagnosztikus 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) (DSM-V, 2014; BNO-10, 2004; Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017).

A diagnosztikus felállításában elsősorban a fentebb ismertetett diagnosztikus rendszerek tüneti összefoglalói kell, hogy mérvadók legyenek. Kiemelt fontosságú egy részletes anamnézis felvétele a szülővel/gondviselővel, melyben tisztázásra kerülnek a következő lényegi információk: tünetek első jelentkezési időpontja, lefolyása, funkciókárosodás mértékének kikérdezése. Érdemes hosszmetzeti képben gondolkodni és az életkoronként eltérő tünetekre rákérdezni a gyermek adott életkoráig, valamint feltérképezni a pre – és perinatális rizikótényezőket is. A szülők számára rendelkezésre áll néhány kérdőív, melyet a pszichiáter/pszichológus vezető szálként is alkalmazhat. Érdemes a gyermek oktatási/nevelési intézményen belüli viselkedéséről, szociális kapcsolódásáról, azok esetleges nehézségeiről informálódni. A pszichés státusz felmérésében segítséget nyújthat, ha van lehetőség a gyermeket közösségben megfigyelni, ennek többszöri megismétlése erős ajánlásként szerepel az irányelvek között. Ezen kívül elengedhetetlen annak feltérképezése, hogy a gyermek hogyan látja saját nehézségeit (családon belül, 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 (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2017).

2.4. Társkapcsolati nehézségek, avagy az elsődleges tüneteken túl

A dolgozat szempontjából nagy jelentőséggel bírnak a szociális kapcsolatok problematikusságai, melyet a következő fejezetekben részletesen tárgyalunk.

Az ADHD diagnózisa, tüneteinek mentén számos negatív kimenetellel találkozhatunk, mint például az iskolai nehézségek, szegényes szociális kapcsolatok, társkapcsolati problémák, családi konfliktusok, ugyan ezek nem tartoznak szorosan hozzá a diagnosztikai kritériumokhoz. Mind a figyelemzavar, mind a motoros nyugtalanság, mind az impulzivitás mentén felsorakoztatható jó néhány olyan viselkedéses szinten megjelenő probléma, mely hátráltathatja az ADHD-s gyerekek adaptív szociális kapcsolódását. Nehézségek figyelhetők 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 énközpontúság, 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).

2.5. 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). A társak közötti kölcsönhatások mentén zavaró lehet az impulzivitásból adódó olyan viselkedéses megnyilvánulások, mint például, 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 gyógyszereszedéssel 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 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 agresszív, romboló és az alapvető szociális normáknak mellőző magatartásukkal. Beszédeesebbek 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 kooperatívak, 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 játékának 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. Egy nagyméretű szociometriai felmérésben 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. 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 figyelmet, a viselkedést, a gondolatok és érzelmek kontrollálását. A gátlás része a végrehajtó 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 érzelmszabályozás 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 érzelemkifejezést, 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. 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 érzelmek 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. 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). 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).

2.7. Narratív pszichológia

A narratív pszichológia a jelenségek olyan megközelítésmódja, amely az elbeszélést a jelenségek lényegi mozzanatának tekinti. A narratívum/elbeszélés tulajdonságai hozzájárulnak a jelenségek megismeréséhez, valamint a mögöttük feltételezhető elméletek, vagy szabályszerűségek általánosításához is (László, 2001).

2.7.1. Élettörténeti epizódok jelentősége az elbeszéléseken belül

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).

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. 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). 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).

2.7.2. Tudományos narratív pszichológia

A tudományos narratív pszichológia mint irányzat megjelenése az elmúlt évtizedre tehető. 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. 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 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.

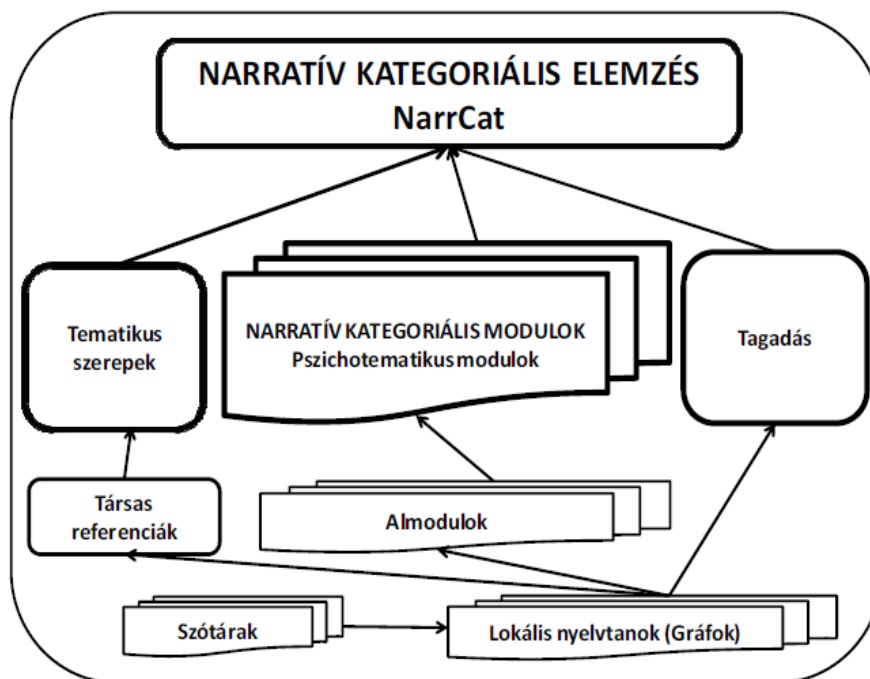
Az eseményekről szóló elbeszélések jelentéstartalmának lényeges árnyalatait képesek kiemelni a nyelvi transzformációk, melyek a narratív kompozíciós elvek sajátos osztályát képezik (László, 2008). Valamennyi elbeszélésben jelen van az idő, az elbeszélői perspektíva, az értékelés, az érzelmek, a pszichológiai perspektíva (a narrátor és szereplők közötti mentális állapotok eloszlása), az ágens, 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, ágensia, idő, értékelés, tagadás, szereplői funkciók) mentén pszichológiai jelenségek narratív jegyeinek kódolása a cél (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 kategoriális 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

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

3. Kutatói kérdések, hipotézisek

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 fogalmaztuk 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, átlagos életkoruk 10 és fél év ($SD=0,86$). 26 ADHD tünettél élő (17 fiú; 9 lány). 20 depresszív tünettél élő (7 fiú; 13 lány). 43 fő alkotta a kontroll csoportot (21 fiú; 22 lány). Mind a célcsoportokba, mind a kontroll csoportba tartozó vizsgálati személyek normál általános iskolát végző gyermekek.

4.2. Vizsgálati eszközök

Két út mentén határoztuk meg a módszereket, melyeket a kutatásban alkalmaztunk. Az egyik eszközünk egy gyermekek számára kialakított önértékelő kérdőív (Gyermekviselkedési 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 tettünk kísérletet.

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

4.3. Csoportosító változóként alkalmazott szülői kérdőívek

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. A két kérdőív a következő volt:

Gyerek Hiperkinetikus Zavar Kérdőív

A kérdőív szülők számára készült, melyben gyermeküket értékelik, a figyelemzavar és hiperaktivitás/impulzivitás súlyossági fokát pontozva. 18 itemet tartalmaz (Perczel, Kiss, Ajtay 2005).

Gyermekdepresszió Kérdőív Szülői Változata (CDI-P)

A kérdőív 17 itemet tartalmaz, melyet a szülők töltenek ki gyermekükről. A skála 7-17 éves korú gyermekek depressziós tüneteinek értékelésére alakították ki (Wood és mtsai., 2007).

4.4. A vizsgálati személyekkel alkalmazott módszerek

Gyermekviselkedési Kérdőív (CBCL)

A Gyermekviselkedési Kérdőívet (CBCL) a gyerekek érzelmi és viselkedési problémáit vizsgálja, összefoglalva az érzelmi életben és a viselkedésben megjelenő problémákat tartalmi jellegzetességük szerint. A kísérlet során az önértékelő kérdőívet töltöttük ki a gyerekekkel. Ez 44 kérdést tartalmaz, és háromfokú skálán történhet a válaszadás. A 44 kérdésre adott válaszok hat alskálába csoportosíthatók: 1. társkapcsolati problémák, 2. szorongás, depresszió, 3. szomatizáció, 4. figyelmi problémák, 5. deviáns viselkedés, 6. agresszivitás (Perczel, Kiss, Ajtay 2005).

A vizsgálati személyek élettörténeti epizódjai

A vizsgálat második részeként a CBCL öt faktora - a társkapcsolati problémák, a deviáns viselkedés, az agresszivitás, a szorongás, depresszió és szomatizáció alskála - mentén alakítottam ki kijelentő mondatokból álló hívó ingereket. Ezek alapján kértem a vizsgálati személyektől élettörténeti epizódokat, például:

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 társaiddal, amikor valami miatt inkább egyedül akartál maradni?

4.5. Az szövegek feldolgozásának szempontjai

Mind a kontroll csoport, mind a célcsoport tagjai fejenként öt élettörténeti epizódot meséltek el, így összesen 445 történetet kaptam.

Atlas.Ti tartalomelemzést segítő programmal történő szövegfeldolgozás

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

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.

Narratív kategoriális tartalomelemzés (NARRCAT)

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 problémákkal, mint pszichológiai jelenségekkel hozhatók összefüggésbe:

Társas referencia modul Személyközi referencia almodulja; Tagadás modul; Aktivitás-passzivitás modul; Tematikus szerepek modulja; Szereplői funkciók.

5. Eredmények

Az adatok statisztikai elemzéséhez az SPSS statisztikai program 22 verzióját használtuk. Az adatokat Egyszempontos varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) elemeztük. Azokban az esetekben, ahol az ANOVA próba feltétele nem teljesült, ott Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk. Mivel fontos volt a csoportok közti különbségek vizsgálata, így az ANOVA statisztikai eljárás Post Hoc tesztjeit megtartottuk. Minden általunk vizsgált esetben megtartott a szignifikancia a Kruskal-Wallis próbával is.

5.1. 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

Az eljárás során Diszkriminancia analízist alkalmaztunk.

Társkapcsolati problémák

Kérdőíves eredmények:

A CBCL Kérdőív Társkapcsolati problémák faktora a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,748$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat: a **kérdőívből** származó adatok **57,3%-ban** klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.

Nyelvi kódok:

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 *nyelvi kódokból* származó adatok **61,8%-ban** klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.

Agresszivitás

Kérdőíves eredmények:

A CBCL Kérdőív Agresszivitás faktora a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,751$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat: a **kérdőívből** származó adatok **53,9%-ban** klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.

Nyelvi kódok:

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 *nyelvi kódokból* származó adatok **61,8%-ban** klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.

Deviáns viselkedés

Kérdőíves eredmények:

A CBCL Kérdőív Deviáns viselkedés faktora a diszkriminancia analízis alapján $\lambda = 0,831$; $p < 0,001$ a következőképpen különíti el a vizsgálati csoportokat: a **kérdőívből** származó adatok **55,1%-ban** klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.

Nyelvi kódok:

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 *nyelvi kódokból* származó adatok **55,1%-ban** klasszifikálják helyesen a vizsgálati személyeket.

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

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 a történetekben rejlő többlet információk.

5.2. Narratív kategóriális tartalomelemzésből származó fontosabb eredmények

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

Társkapcsolati problémákról szóló történetek

Szef-referencia

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 4,4$, $p < 0,05$). Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=12,9$, $sd=3,64$) – kontroll ($M=10,1$, $sd=3,78$) ($p < 0,05$) csoportok között.

Mi-referencia

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=17,614$, $p < 0,001$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,8$, $sd=1,95$) – kontroll ($M=4,9$, $sd=3,37$) ($p < 0,01$) csoportok között.

Szorongás depresszióról szóló történetek

Szelf-referencia

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 3,9$, $p < 0,05$). Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=15,7$, $sd=3,74$) – depresszió ($M=12,6$, $sd=3,36$) ($p < 0,05$) csoportok között.

Mi-referencia

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 4,2$, $p < 0,05$). Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,3$, $sd=1,33$) – kontroll ($M=2,8$, $sd=2,79$) ($p < 0,05$) csoportok között.

A tagadott szelf szigorú együttjárásai mentén kapott eredmények

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

Szorongás, depresszióról szóló történetek

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 3,1$, $p < 0,05$). Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=5,9$, $sd=6,69$) - depresszió ($M=2,0$, $sd=2,43$) ($p < 0,05$) csoportok között.

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 kriteriumaihoz 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 vezethetőek 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 (Hargitai, 2005).

5.2.2. Tematikus szerepek modul elemzése mentén kapott eredmények

Agresszivitásról szóló történetek

Szelf negatív recipiens

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 6,0, p < 0,01$). Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és

szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,3$, $sd=1,20$) – kontroll ($M=0,5$, $sd=0,91$) ($p<0,01$) csoportok között.

Többiek negatív ágens

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=26,502$, $p<0,001$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,7$, $sd=1,10$) – kontroll ($M=0,04$, $sd=0,23$) ($p<0,001$); ADHD –depresszió ($M=0,02$, $sd=0,10$) ($p<0,001$) csoportok között.

Társkapcsolati problémákról szóló történetek

Többiek negatív ágens

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=24,568$, $p<0,001$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,0$, $sd=1,08$) – kontroll ($M=0,07$, $sd=0,22$) ($p<0,001$); ADHD –depresszió ($M=0,1$, $sd=0,43$) ($p<0,001$) csoportok között.

Deviáns viselkedésről szóló történetek

Többiek negatív ágens

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=18,904$, $p<0,001$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,3$, $sd=0,68$) – kontroll ($M=0,0$, $sd=0,0$) ($p<0,01$); ADHD –depresszió ($M=0,0$, $sd=0,0$) ($p<0,01$) csoportok között.

Tematikus szerepek modul mentén kapott összesített szelf ágens és szelf recipiens relatív szógyakorisági adatok összevetéséből származó eredmények

Szelf recipiens

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 figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 15,81$, $p<0,001$). Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,2$, $sd=0,57$) – kontroll ($M=0,5$, $sd=0,4$) ($p<0,001$); ADHD – depresszió ($M=0,5$, $sd=0,46$) ($p<0,001$) csoportok között.

Tematikus szerepek modul mentén kapott összesített *szelf negatív recipiens* relatív szógyakorisági adatok összevetéséből származó eredmények

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 figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 10,3$, $p < 0,001$). Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,1$, $sd=0,52$) – kontroll ($M=0,6$, $sd=0,51$) ($p < 0,001$); ADHD – depresszió ($M=0,6$, $sd=0,51$) ($p < 0,01$) csoportok között.

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

Társkapcsolati problémákról szóló történetek

Tanár nem védelmező

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=10,028$, $p < 0,01$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,1$, $sd=0,29$) – kontroll ($M=0,0$, $sd=0,00$) ($p < 0,01$); ADHD – depresszió ($M=0,0$, $sd=0,00$) ($p < 0,05$) csoportok között.

Többiek elutasító

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között ($F(2,86) = 8,9$, $p < 0,001$). Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,9$, $sd=0,94$) – kontroll ($M=0,2$, $sd=0,58$) ($p < 0,001$); ADHD – depresszió ($M=0,2$, $sd=0,61$) ($p < 0,01$) csoportok között.

Többiek leértékelő

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=10,969$, $p < 0,01$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,3$, $sd=0,91$) – kontroll ($M=0,6$, $sd=0,96$) ($p < 0,05$) csoportok között.

Többiek pozitív társ

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=13,546$, $p<0,01$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,4$, $sd=0,64$) – depresszió ($M=2,5$, $sd=3,75$) ($p<0,01$) csoportok között.

Agresszivitásról szóló történetek

Szelf támadó

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=27,859$, $p<0,001$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=1,5$, $sd=1,28$) – kontroll ($M=0,3$, $sd=0,97$) ($p<0,001$); ADHD – depresszió ($M=0,2$, $sd=0,57$) ($p<0,001$) csoportok között.

Tanár büntető

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=11,211$, $p<0,01$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,2$, $sd=0,51$) – kontroll ($M=0,03$, $sd=0,19$) ($p<0,01$); ADHD – depresszió ($M=0,03$, $sd=0,14$) ($p<0,05$) csoportok között.

Többiek támadó

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=9,905$, $p<0,01$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,8$, $sd=1,42$) – kontroll ($M=0,1$, $sd=0,44$) ($p<0,01$); ADHD – depresszió ($M=0,2$, $sd=0,52$) ($p<0,05$) csoportok között.

Többiek elutasító

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=11,872$, $p<0,01$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,2$, $sd=0,54$) – kontroll ($M=0,0$, $sd=0,00$) ($p<0,05$) csoportok között.

Deviáns viselkedésről szóló történetek

Tanár nem védelmező

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=7,735$, $p<0,05$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,09$, $sd=0,27$) – kontroll ($M=0,0$, $sd=0,00$) ($p<0,05$) csoportok között.

Tanár büntető

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=13,951$, $p<0,01$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,7$, $sd=0,57$) – depresszió ($M=0,1$, $sd=0,45$) ($p<0,05$) csoportok között.

Többiek leértékelő

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=11,408$, $p<0,01$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=0,7$, $sd=1,14$) – kontroll ($M=0,1$, $sd=0,72$) ($p<0,05$); ADHD – depresszió ($M=0,07$, $sd=0,25$) ($p<0,05$) csoportok között.

Szorongás, depresszióról szóló történetek

Iskolai aggodalom

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=8,821$, $p<0,05$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=3,1$, $sd=6,74$) – kontroll ($M=15,9$, $sd=23,89$) ($p<0,05$) csoportok között.

Magány miatti aggodalom

Szignifikáns különbség figyelhető meg a fenti változót tekintve a három csoport között $\chi^2=23,772$, $p<0,001$. Páros összehasonlítás során Sidak Post Hoc utótesztet alkalmaztunk és szignifikáns eltérést találtunk az ADHD ($M=16,6$, $sd=14,28$) – depresszió ($M=5,2$, $sd=9,27$) ($p<0,01$); ADHD – kontroll ($M=3,7$, $sd=7,85$) ($p<0,001$) csoportok között

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 elszenvetőként mutatják be magukat, míg a többieket aktív, de negatív szereplőként láttatják. 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 elszenvető 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, elutasítón és támadón 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 hiány, 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 gyermekek 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 két módszer összehasonlítása során, azt találtuk, hogy az ADHD-ban előzetesen is fontosnak tartott problémakörök - társkapcsolati problémák, agresszivitás, deviáns viselkedés - esetén érzékenyebb klasszifikációs módszernek 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 elszenvedőként 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 működés módjának 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. Irodalomjegyzék

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

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

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.

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

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

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

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., Kóvágó, P. & ... László, J. (2014). Narratív kategoriális tartalomelemzés: a NARRCAT. Tudományos narratív pszichológia. X. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia, Szeged.

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.

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

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.

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.

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

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

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

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.

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

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.

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.

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.

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.

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

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.

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.