Autizmus spektrum zavarral élő személyek klinikai és pszichoszociális jellemzői.

Bullying vizsgálata serdülőkorú tanulók körében.

Doktori (PhD) disszertáció

Készítette: Marjai Kamilla

2020.

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar

Neveléstudományi Doktori Iskola

Vezetője: Dr. habil. Halász Gábor, egyetemi tanár

Gyógypedagógiai Program

Vezetője: Dr. habil. Marton Klára, tudományos főmunkatárs

Doktori (PhD) disszertáció

Autizmus spektrum zavarral élő személyek klinikai és pszichoszociális jellemzői.

Bullying vizsgálata serdülőkorú tanulók körében.

Témavezető: Dr. habil. Gerevich József

Pszichiáter, címzetes egyetemi tanár

Bíráló Bizottság tagjai:

Elnök: Dr. Könczei György, egyetemi tanár, ELTE-BGGYK

Belső bíráló: Dr. Balázs Judit, egyetemi tanár, ELTE-PPK

Külső bíráló: Dr. Pászthy Bea, egyetemi docens, SE-ÁOK

Titkár: Dr. Stefanik Krisztina, egyetemi docens, ELTE-BGGYK

Tagok: Dr. Bánfalvy Csaba, egyetemi tanár, ELTE-BGGYK

Dr. Zászkaliczky Péter, főiskolai tanár, ELTE-BGGYK

Dr. Szabó József, egyetemi adjunktus, PPKE-BTK

Tartalomjegyzék

Köszönetnyilvánítás 5
Rövidítések jegyzéke 6
1. BEVEZETÉS 8
1.1. Témaválasztás indoklása, bevezetés 8
1.2. Az agresszió és a bullying fogalmi rendszere 11
1.2.1. Az agresszió 11
1.2.2. A vonás-agresszió 12
1.2.3. Az iskolai agresszió fogalomköre 13
1.2.3.1. Fogalomhasználat és terminológiai elköteleződés 16
1.3. Az iskolai zaklatás elméletei 18
1.3.1. Evolúciós elmélet 19
1.3.2. Kötődéselmélet 19
1.3.3. Szociális tanulás elmélet 19
1.3.4. Szociokulturális elmélet 19
1.3.5. Szociális információfeldolgozás elmélet 20
1.3.6. Tudatelmélet 20
1.3.7. Hasonlóságelmélet 20
1.3.8. Dominanciaelmélet 21
1.3.9. Vonzáselmélet 21
1.3.10. Ökológiai modell 21
1.4. Az iskolai zaklatás szereplői 22
1.4.1. Áldozat 22
1.4.2. Zaklató 24
1.4.3. Agresszív áldozat 27
1.4.4. Szemlélő 27
1.5. Az autizmus fogalma 28
1.5.1. Autizmussal élő tanulók a hazai közoktatási rendszerben 30
1.6. Autizmus spektrum zavar és agresszió 35
1.6.1. Autizmus spektrum zavarral élő tanulók érintettsége az iskolai zaklatásban 37
1.6.2. A bullying kutatása autizmus spektrum zavarral élő személyek körében 40
1.6.3. A bullying-prevenció és intervenció lehetőségei autizmussal élő tanulók esetében 49
1.7. A bullyinggal járulékosan összefüggő pszichoaktív szerhasználat lehetősége autizmus spektrum zavar esetén 57
1.7.1. A pszichoaktív szerhasználat kutatása autizmus spektrum zavarral élő személyek körében 59
2. CÉLKITŰZÉSEK 64
2.1. A kutatás jellege 64
2.2. A kutatás általános célkitűzései 64
2.3. Hipotézisek 64
3. MÓDSZEREK 67
3.1. Vizsgálati minta 67
3.2. Adatfelvétel 67
3.3. Mérőeszközök 71
3.3.1. Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale, ADHD-RS) 72
3.3.2. Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála (Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), Physical Aggression Subscale) 72

3.3.3. Revidiált Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív (Revised Olweus Bullying/Victimization Questionnaire, OBVQ) 73
3.3.4. Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strenghts and Difficulties Questionnaire, SDQ) 74
3.3.5. Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja, EuroADAD interjú iskolai problémákra, dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdései (European Adolescent Assessment Duialogue, EuroADAD) 75
3.3.6. Agresszió és Viktimizáció Skála (Reduced Aggression and Victimization Scales, RAVS) 76
3.3.7. Pozitív Viselkedési Skálák (Positive Behavior Scales) 76
3.3.8. Érthetőséget könnyítő optimalizáció a kérdőívcsomagban 77
3.4. Az elemzett változók bemutatása 81
3.5. Statisztikai elemzések 82
4. EREDMÉNYEK 83
4.1. Leíró statisztikai adatok 83
4.2. Hipotézisvizsgálatok 90
5. MEGBESZÉLÉS, GYAKORLATI IMPLIKÁCIÓK 110
5.1. Megbeszélés 110
5.2. A vizsgálat korlátai 114
5.3. Gyakorlati implikációk 116
5.3.1. Bullying-prevenció autizmussal élő tanulók körében 116
5.3.2. Pszichoaktív szerhasználat autizmussal élő személyek körében 123
Felhasznált irodalom 127
Felhasznált jogforrások jegyzéke 139
Ábrajegyzék 140
Táblázatok jegyzéke 141
Mellékletek 142
1. melléklet: A kutatás során alkalmazott kérdőívcsomag 142
2. melléklet: Intézményvezetői tájékoztató levél, felkérés a kutatásban való részvételre 172
3. melléklet: Tájékoztató szülők számára a kutatásban való részvételről 173
4. melléklet: Beleegyező nyilatkozat a szülők számára 175
5. melléklet: Tájékoztató tanulók számára a kutatásban való részvételről 176
6. melléklet: Beleegyező nyilatkozat a tanulók számára 178
7. melléklet: Az empirikus vizsgálathoz felhasznált statisztikai elemzések 179

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezném ki azoknak, akik az elmúlt években támogatásukkal segítették a kutatómunkát és az értekezés megírását.

Köszönettel tartozom Dr. Gerevich József Tanár Úrnak, aki egyetemi és doktori tanulmányaim ideje alatt témavezetőként és mentorként segítette pályafutásom alakulását, megerősítette szakmai-tudományos érdeklődésemet és motivációmat, és mindenekelőtt külön köszönettel tartozom az értekezés elkészültében nyújtott támogatásáért.

Hálás köszönetemet fejezem ki azoknak a gyermekeknek, egyúttal a szüleiknek és családjuknak, akik hozzájárulása és aktív részvétele nélkül az értekezés nem készülhetett volna el. Egyúttal köszönettel tartozom azoknak az intézményeknek, intézményvezetőknek, pedagógusoknak és szakembereknek, akik az adatfelvételt segítették.

Köszönettel tartozom Dr. Egri Tímeának és Dr. Matuszka Balázsnak a doktori tanulmányaim és az értekezés elkészülte során nyújtott pótolhatatlan és felbecsülhetetlen segítségért.

Köszönettel tartozom Dr. Stefanik Krisztinának és Prekop Csillának, hogy tudásuk átadásával segítették az autizmussal kapcsolatos ismereteim gyarapítását. Köszönöm továbbá Oravecz Lizankának a mérőeszköz érthetőségének megkönnyítésében nyújtott segítségét.

Köszönöm Dr. Szabó Józsefnek és Dr. Hüse Lajosnak, hogy opponensként a disszertáció műhelyvitáján értékes javaslataikkal segítették az értekezés véglegesítését.

Köszönöm a munkahelyemnek, a Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Addiktológiai Osztályának támogató segítségét. Külön köszönöm az osztályvezetőnek, Dr. Petke Zsoltnak mindennemű támogatását.

Hálával tartozom családomnak és néhai szüleimnek a bátorításért és a belém vetett bizalomért, ami nélkül aligha készülhetett volna el az értekezés. Végül megköszönném társamnak, Tóth Csabának, hogy szakmai segítségén túl, példátlan türelemmel, támogatással és szerető elfogadással kísérte végig az értekezés elkészültének folyamatát.

Rövidítések jegyzéke

ADHD: Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

ADHD/ADD: Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar/ figyelemzavar (Attention Deficit Hyperactivity Disorder/Attention Deficit Disorder)

ADHD-RS: Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale)

ASD: Autizmus spektrum zavar (Autism Spectrum Disorder)

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

BPAQ: Buss-Perry Agresszió Kérdőív (Buss-Perry Aggression Questionnaire)

BVS: Zaklatás és Viktimizáció Skála (Bully Victimization Scale)

CBCL: Gyermekviselkedési Kérdőív (Child Behavior Checklist)

DSM: A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition)

EuroADAD: Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja (European Adolescent Assessment Duialogue, EuroADAD)

ETT TUKEB: Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága

FRIDA: Serdülőkori Droghasználat Interperszonális Kockázati Tényezői (Factores de Riesgo Interpersonales para el consumo de Drogas en Adolescentes/ Interpersonal Risk Factors for Drug Use in Adolescence)

ICD: BNO, Betegségek Nemzetközi Osztályozása (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

IQ: intelligenciahányados (Intelligence Quotient)

KIR: Köznevelés Információs Rendszer

MACI: Millon Serdülőkori Klinikai Interjú (Millon Adolescent Clinical Interview)

OBPP: Olweus Zaklatásmegelőző Program (Olweus Bullying Prevention Program)

OBVQ: Revidiált Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív (Revised Olweus Bullying/Victimization Questionnaire)

Ö.T.V.E.N.: Önismeret, Társas Viselkedés és Egészségnevelés Autizmussal élők számára

RAVS: Agresszió és Viktimizáció Skála (Reduced Aggression and Victimization Scales)

SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strenghts and Difficulties Questionnaire)

SNI: sajátos nevelési igényű

SPSS: Statistical Product and Service Solutions for Windows

SRS: Szociális Válaszkészség Skála (Social Responsiveness Scale)

SSS-V: Élménykeresés Skála (Sensation Seeking Scale)

SVS: Társas Vulnerabilitás Skála (Social Vulnerability Scale)

WHO: Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

1. BEVEZETÉS

1.1. Témaválasztás indoklása, bevezetés

A bullying kutatása a hetvenes években kezdődött (Dóczi-Vámos, 2016). A jelenség közelebbi tudományos megismerésében élen járt Norvégia, Svédország, az Amerikai Egyesült Államok, Japán, Kanada, Anglia, Olaszország és Németország (Figula, 2004a). A hazai kutatások a 2000-es években vették kezdetüket (Buda, 2015). A bullying kutatása eleinte a zaklatásban érintett egyénre koncentrált, és kezdetben jogtudományi-igazságügyi, valamint egészségügyi fókusszal bírt (Dóczi-Vámos, 2017). A témát érintő kutatások és a célzott beavatkozási programok történeti áttekintésére és rendszerezésére Peter K. Smith tett kísérletet 2011-ben, aki négy korszakot különített el egymástól. Az első korszakot „kezdetek" néven azonosítja, ami a tudományos érdeklődés kibontakozását jelenti 1970 és 1988 között és olyan kutatók és kutatócsoportjaik munkáját fémjelzi, mint Skandináviában Olweus, vagy éppen Angliában Peter Smith, Japánban Morita, Kanadában Craig és Pepler. Az első anti-bullying program is ehhez az időszakhoz köthető, melyet Olweus 1983-ben Norvégiában valósított meg Olweus Zaklatásmegelőző Program (Olweus Bullying Prevention Program, OBPP) néven. A második korszakot Smith a „kutatási programok megalapozása" címkével azonosítja, ami 1989-re és az 1990-es évek közepére tehető. Skócia, Wales, az Amerikai Egyesült Államok, Kanada és Ausztrália széles spektrumú kutatásokkal kapcsolódik a fősodorhoz, az anti-bullying programok kidolgozására újabb példákat ad Belgium, Anglia és Kanada. A harmadik korszak a „nemzetközi szintű kutatási programok" időszaka az 1990-es évek közepétől 2004-ig. A kutatások közös metszéspontokra találnak, a tudományos érdeklődés immáron kiterjed Németországra, Hollandiára, Belgiumra, Olaszországra, Spanyolországra, Portugáliára, csakúgy, mint Ázsiára. A volt szocialista országok közül Lengyelország jár élen a jelenség tudományos felfedezésében, kutatásában. Az egyre terjedő anti-bullying programok sokszínűséget mutatnak. A 2000-es évekkel kezdődő korszakot Smith a „cyberbullying" elnevezéssel illeti, egyúttal utal a kutatás új irányaira és a jelenség terjedésének új terepére. Az online tér ugyanakkor nem csupán a bullying újabb színtere, hanem a virtuális tanulási környezet által a célzott beavatkozások egyik lehetősége is (Smith, id. Dóczi-Vámos, 2016).

A nemzetközi és hazai bullying-kutatások jelentős része vizsgálja az iskolatípusok szerinti lehetséges eltéréseket. Az első lezárult hazai kutatás, mely a fővárosi önkormányzat által fenntartott középiskolák részvételével zajlott elsősorban a szakiskolák érintettségét hangsúlyozza a bullying tekintetében, jellemzően a nem fizikai jellegű bántalmazás (zsarolás, fenyegetés, kiközösítés) dominál a fizikai bántalmazás ellenében (Földes & Lannert, 2009).

Országos mintán 2009-ben végzett online kérdőíves kutatás ezzel összhangban szintén a szakiskolák, ezen belül a nagyvárosi, tehát a megyeszékhelyeken és a fővárosban működő szakiskolák érintettségét jelezte. Más iskolatípusokhoz és az általános iskolákhoz viszonyítva az agresszív tartalmú viselkedésformák súlyosságát tekintve is a szakiskolák bizonyultak kiemelten problémásnak (Földes & Lannert, 2009). Egybecseng mindezzel annak a 2009-es, az iskolai agresszió intézményi percepcióját vizsgáló kutatásnak az eredménye, mely szerint a szakképzést nyújtó intézményekben a pedagógusok gyakoribbnak érzékelik a „különböző tárgyak átadására való kényszerítés", a „megalázás, csicskáztatás", a „vandalizmus", a „durva, kegyetlen játékok, beavatás", valamint a „tanárok fizikai és/vagy verbális bántalmazása" jelenségek előfordulását az érettségit adó intézményekhez képest. A kutatás megállapítása szerint „*az iskolai teljesítmény csökkenésével lineárisan növekszik a bántalmazásban való részvétel kockázata, s különösen az elkövetői magatartás a gyakoribb"* (Paksi, 2010, p. 130). Ezzel egyetértésben Metzig és Schuster tendencia-jellegű eredményként utal arra, miszerint az iskolai teljesítmény és a képviselt iskolatípus tekintetében az alacsony iskolai teljesítményt nyújtó és a gyógypedagógiai intézményeket képviselő tanulók bizonyulnak a legerőteljesebben érintettnek a fizikai agresszió gyakorlásának területén. A szerzőpáros egyúttal hangsúlyozza, hogy az áldozati és elkövetői szerep nem válik el élesen egymástól, egyazon tanuló mindkét szerepet képviselheti. E szerint két párhuzamosan fennálló kultúra jellemzi az iskolákat. Az egyik kultúra mellőzi az erőszakot, míg a másik párhuzamos kultúrában felismerhető az agresszió, jellemzője, hogy átfedésbe kerülhet az áldozati és elkövetői szerep. A szerzőpáros mindenekelőtt az úgynevezett polgári iskolák és a gyógypedagógiai intézmények érintettségét jelzi az agresszív kultúra megléte kapcsán (Metzig & Schuster, 2000).

A tipikusan fejlődő populációhoz képest lényegesen kisebb számú kutatás számol be a fogyatékossággal élő tanulók bullying jellemzőiről. Mind a zaklatás, mind a viktimizáció tekintetében a fiogyatékossággal élő tanulók kiemelt kockázatú csoportnak tekinthetőek. (Kloosterman, Kelley, Craig, Parker & Javier, 2013). Ennek megfelelően az autizmus spektrum zavarral élő csoportban jelentős kockázata van a viktimizációnak a tipikusan fejlődő társakhoz képest, amellett, hogy a kortárskapcsolatok zavarának is jelentős a valószínűsége (Rowley et al., 2012). Az is világosan kirajzolódik, hogy az autizmusban érintett tanulók és a neurotipikus kortársak együttnevelése - és következményesen a társadalmi inklúzió - kapcsán nem megkerülhető a bullying jelensége (Ábrahám, Stefanik & Őszi, 2018; Weiss & Fardella, 2018) Mindemellett kevéssé ismert, hogy a bullying élmény átélése miben különbözik autizmussal élő gyermekek esetében más fogyatékossággal élő gyermekekhez képest. Miközben a bullying

egymással egybecsengő meghatározásai hangsúlyozzák, hogy a bántalmazás hátterében gyakran nem azonosítható nyilvánvaló kiváltó tényező, ezzel ellentétes vélemények szerint a „másság" kiváltó okként mozdíthatja elő a kortársbántalmazást (Fülöpné, 2003). Habár egyéb fogyatékosságok esetében is fennálhat a „másság" percepciója az ép társak részéről, mely a fogyatékossággal élő csoport viktimizációjának esélyét növeli, autizmus spektrum zavar esetén a szociális interakciók terén megjelenő elsődleges deficitek emelik a kockázatot (Kloosterman et al., 2013). A bullying kutatásának fókuszát a viktimizáció mellett a zaklatói magatartás jelenti. Az autizmussal élő gyermekek körében előforduló agresszió a funkciósérülés megnövedett mértékét eredményezheti, továbbá a farmakoterápiás beavatkozások szükségességében is jelentős szerephez jut (Hill et al., 2014**).** A bullying és a viktimizáció vizsgálatára autizmussal élő csoporton belül az a megfontolás is okot ad, hogy az autizmusban érintett személyek nagyobb része fiú/férfi, és az eddigi vizsgálatok tapasztalatából kiindulva a zaklatói magatartás nagyobb részben jellemző a fiú tanulókra (Montes & Halterman, 2007). Habár a korábbi vizsgálati eredmények többnyire arra utalnak, hogy az autizmussal élő tanulók inkább a viktimizációban érintettek, az áldozattá válás növeli a zaklatói magatartás valószínűségét is. Emellett az autizmussal élő populációban az agresszió tekintetében előforduló intervenciós igények is alátámasztják a további vizsgálatok szükségességét (Montes & Halterman, 2007).

A bemutatásra kerülő kutatás létrejöttének előzménye a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innováció Hivatal támogatásával megvalósult Törless/z Projekt. *„Az agresszió feltárása, megelőzése és kezelése az iskolában" (Törless/z Projekt, 2009/2011 OMFB-00703/2009)* megvalósítója az Addiktológiai Kutató Intézet volt. Jelen dolgozat szerzője a kutatócsoport tagjaként vett részt az adatfelvételben, fókuszcsoportos interjúk felvételében és kérdőíves adatgyűjtésben. A kutatás a kilencedik évfolyamba járó középiskolás tanulókra összpontosított, majd Egri Tímea önálló adatgyűjtése nyomán nyerhettünk ismereteket az azonos életkori övezetbe tartozó, eltérő fogyatékosságban érintett tanulócsoportok bullyinggal kapcsolatos sajátosságairól. Jelen dolgozat szerzője az autizmusban érintett tanulók vizsgálatával törekszik hozzájárulni ahhoz, hogy átfogó képet kaphassunk a bullying jelenségéről eltérő tanulócsoportokat összehasonlítva, és mindenekelőtt megismerjük az autizmusban érintett tanulókra vonatkozó sajátosságokat. Távlati cél, hogy ennek folyományaként lépéseket tehessünk az igazolhatóan valós szükségletekre és igényekre épülő prevenció és intervenció irányába az autizmusban érintett tanulók körében.

1.2.Az agresszió és a bullying fogalmi rendszere

1.2.1.Az agresszió

Az agresszió eltérő tudományágak által megismerhető jelenség, feltérképezésében érdekelt a pszichológia, a neveléstudomány, a szociológia, az etológia, az orvostudomány, ezen belül egyebek mellett a pszichiátria (Dóczi-Vámos, 2017). Az agresszió, illetve a szűkebben értelmezett iskolai agresszió jelenségét számos pszichológiai elmélet, többek közt a tanuláselmélet, a frusztráció-agresszió elméletek, a humánetológia, illetve a klinikai pszichológia területén gyökerező megközelítésmódok magyarázzák (Metzig & Schuster, 2000). Aronson leírása szerint agresszióként azonosíthatunk minden „*olyan viselkedést, amelynek célja kár vagy szenvedés előidézése*" (Aronson, 2008, p. 195). Anderson és Bushman meghatározásának értelmében agressziónak minősül „*minden olyan viselkedés, amely egy másik személy felé irányul a károkozás közvetlen szándékával. Az elkövető rendelkezik azzal a hittel, hogy viselkedése kárt okoz a célszemély számára, a célszemély pedig motivált arra, hogy elkerülje ezt a viselkedést*" (Anderson & Bushman, 2002, p. 28). Ranschburg megfogalmazását követve „*Agressziónak nevezünk minden olyan szándékos cselekvést, amelynek indítéka, hogy – nyílt vagy szimbolikus formában – valakinek vagy valaminek kárt, sérelmet vagy fájdalmat okozzon*" (Ranschburg, 1998, p. 90) Nolting definíciója szerint „*Agresszióról beszélünk, ha valaki a másik embert károsítani vagy bántani akarja*". A szerző meglátása szerint az agresszió jelenségét három pólus alakítja: az okozott ártalom, a normától való eltérés és a szándék. (Nolting, id. Hárdi, 2010, p. 24). Ezen definíciók értelmében az agresszió fennállásának kritériuma a szándékosság, mely nem feltétlenül a cselekvéshez tartozik, hanem annak előzményeként merül fel. A szándékosság és a tudatosság azonban nem feleltethető meg egymásnak Ranschburg érvelése szerint (Ranschburg, 1998). Mindemellett születtek olyan meghatározások, melyek a szándékosság kritériumát leválasztják az agresszió meghatározásáról, köztük Buss kezdeti felvetése, mely kiiktatta a szándékosság feltételét és agresszióként minősített minden olyan cselekvést, ami egy élőlénynek fájdalmat okoz. Buss megállapításának értelmében, ha valaki valamilyen „elismert szociális szerepben" okoz fájdalmat, a cselekvés nem minősül agressziónak, kivéve, ha emocionális kielégüléssel jár (Buss, 1961). Hoffmann a fogalom kiterjesztését szorgalmazza: „*Az agresszió gyűjtőfogalom, amely bizonyos motivációkat, gondolattartalmakat, érzelmeket és viselkedést ír körül, amely meghatározott személyekre és dolgokra irányul és legtöbbször ártó hatással bír*" (Hoffmann, id. Hárdi, 2010, p. 24). Laplanche és Pontalis szintén tágabb értelmezési keretet rajzol meg, mely szerint az agresszió „*Valóságos és fantáziált magatartásformában megjelenő tendenciák*

vagy tendenciák összessége, amelynek célja mást károsítani, megsemmisíteni, kényszeríteni, megalázni stb." (Laplanche és Pontalis, id. Hárdi, 2010, p. 24). Tremblay és munkatársai szintén a jelenség komplexitását hangsúlyozzák: az agresszió egy dinamikus, sokrétű, szocio-emocionális folyamat, ami a sokszínű előzmények, kifejeződések és következmények körültekintő vizsgálatát kívánja meg (Tremblay, Hartup & Archer, 2005). A szakirodalom állapot-agressziót és vonás-agressziót különböztet meg. Míg az előbbi fogalom egy képlékeny érzelmi, indulati állapotra utal, addig a vonás-agresszió személyiségvonásként rögzült, örökletes és alkati komponens, mely mérhető (Buss & Perry, 1992).

1.2.2.A vonás-agresszió

A vonáselméletek értelmében a vonás-agresszió stabil személyiség prediszpozíció, ami arra utal, hogy az egyén bizonyos helyzetekben agresszív reakciót produkál (Kent, 2007) A vonás-agresszió mélyen rögzült személyiségvonásként azonosítható, mely genetikai és pszichológiai faktorokkal hozható összefüggésbe. Ennek értelmében nem szükségszerű az agresszió drive-ként való azonosítása. Habár korai életkorban kialakul, erőteljesen befolyásolják a gyermekkori élmények. A korai gyermekkorban kialakuló, vonásjellegű agresszió relatívan stabil marad a fejlődés során amellett, hogy a szituatív körülmények sem hatástalanok az agresszió manifesztációjában. Az agresszió internálisan reprezentálódik a szociális viselkedésre adott válaszok egyéni forgatókönyveként. Ezek a forgatókönyvek asszociációs struktúrába rendeződnek, externálisan megjelenő kiváltó tényezők befolyásolják. A forgatókönyvek hálózata állandósult jellemzőként rögzül. Ennek eredményeképpen a kognitív struktúrák olyan összessége alakul ki, mely az instrumentális és hosztilis agresszió rögzült formáit támogatja hosszú távon. A vonás-agresszió jelenségét tekintve valószínűsíthető a genetikai, a hormonális, a perinatális faktorok befolyásoló szerepe a tanulás mellett (Huesmann & Eron, 1989). Nem elhanyagolható a korai traumák jelentősége, köztük a lehetségesen fennálló anyai depriváció meghatározó fontossága és prediktív jellege a vonás-agresszió alakulásában (Sarchiapone et al., 2009). Mindamellett a korai tanulás és a kialakult attitűdök ellen irányuló hatások által a vonásjellegű agresszió is befolyásolható (Huesmann & Eron, 1989). A vonás-agresszió mérésének legelterjedtebb eszközeként a Buss-Perry Agresszió Kérdőív honosult meg. A szerzőpáros az agresszió négy faktorát különbözteti meg, melyek közé a fizikai agresszió, a verbális agresszió, a düh és a hosztilis agresszió tartozik (Gerevich, Bácskai, Matuszka & Czobor, 2012a).

1.2.3.Az iskolai agresszió fogalomköre

Olweus megfogalmazása alapján az agresszív viselkedés olyan viselkedés, amellyel, valaki szándékosan sérülést vagy kényelmetlenséget okoz másnak (Olweus, 1973; Olweus, 1999). Az iskolai agresszió önállósult fogalmát az hívja életre, ha az agresszió helyszíne az iskola és/vagy az agresszió elkövetője és áldozata iskolapolgár, tehát diák, szülő, pedagógus, vagy az intézmény egyéb alkalmazottja, függetlenül attól, hogy az elkövetés az iskolán belül, az iskolába jövet vagy menet, esetleg egyéb, az intézményhez köthető helyszínen történik (Dóczi-Vámos, 2017). Metzig és Schuster meghatározása szerint az iskolai agresszió teljesülésekor a zaklató fél viselkedésmódja három cél felé mutathat. Eszerint az iskolában megnyilvánuló agresszió olyan viselkedésmódoknak kedvez, melynek célja (1) a zaklatott fél önértékelésének csorbítása, illetve a félelem felébresztése (többnyire verbális agresszión keresztül), (2) az egyéni szabadságtól és a saját vagyontárgyaktól való megfosztás, (3) valamint a testi bántalmazás (fizikai agresszión keresztül) (Metzig & Schuster, 2000). Az iskolai agresszió fogalma önállóan is lehetővé teszi az antiszociális-proszociális pólusok kijelölését. Ennek értelmében az antiszociális iskolai agresszió a közösségellenes, romboló hatású cselekedeteket foglalja magába, míg proszociális agresszió esetén a cél az egyén vagy a csoport védelme nem megfelelően megválasztott eszközzel (Dóczi-Vámos, 2017). A két pólus figyelembevétele mellett az iskolai agresszió fogalma ernyőfogalomként funkcionál, mely további alkategóriákat jelöl ki.

Az iskolai erőszak fogalmának használata 1992 után állandósult a nemzetközi szakirodalomban (Furlong & Morrison, 2000). „*Iskolai erőszak alatt azt a fizikai, verbális, lelki, szexuális abúzust értik, melynek elkövetési helye az oktatási intézmény és/vagy ha az elkövető és áldozat iskolapolgárnak tekinthető (diák, tanár, szülő, portás, takarítószemélyzet tagja, konyhai dolgozó, büfés stb.)*" (Dóczi-Vámos, 2016, p. 69). Az iskolai erőszak fogalma az antiszociális pólust jelöli ki. Olweus az erőszak feltételeként tekint a cselekvés fizikai jellegére: „*az erőszakot/erőszakos viselkedést úgy kellene meghatározni, mint olyan agresszív viselkedést, amikor az elkövető saját testét vagy egy tárgyat (akár fegyvert is) használ arra, hogy szándékosan (viszonylag komoly) sérülést vagy kényelmetlenséget okozzon másnak"* (Olweus, 1999, p. 718). Olweus az erőszak és a zaklatás viszonyát úgy határozza meg, mint két kisebb, de önálló halmazt az agresszió főfogalmán belül. Amennyiben az erőszak és a zaklatás részhalmaza metszetet alkot, ez jelöli ki a fizikai, erőszakos eszközökkel végbemenő zaklatást: „*Ez olyan eseteket jelent, amikor a zaklatást testi kontaktussal követik el (...), vagy másképpen,*

amikor a testi kontaktust a zaklatáshoz használják (pl. verés, rugdosás, lökés, stb. olyan helyzetekben, amely megfelel a zaklatás általános feltételeinek)" (Olweus, 1999, p. 719).

1. ábra: Az agresszió, a zaklatás és az erőszak viszonya (forrás: Olweus, 1999, p. 719)

Mind a WHO 2002-es erőszak-meghatározása, mind a tágan értelmezett erőszak-meghatározás túlmutat a fizikai jellegű ártó cselekvések körén, és azokra az agresszív tartalmú viselkedésekre tágítja az erőszak értelmezését, melyek az egyén jólléte és egészsége szempontjából károsnak tekinthetőek. Ilyen módon az erőszak fogalma „*magába foglalja az ártó szándékot, a szándékosságot, függetlenül a viselkedés kimenetélétől (…), és helyet kap a lelki sérelem is. Szerepet kap a hatalom, a kényszerítés, tehát hangsúlyos a hatalmi egyensúlyhiány is*" (Dóczi-Vámos, 2017, p. 72). Értelemszerűen a fizikai sérelemokozáson túl más téren is megvalósulhat az a típusú sérelemokozás, mely a fogalom alá sorolható: az iskolai erőszak „*Olyan negatív cselekedet, mely a tanulók egymás közti; a tanulók tanárokkal vagy más iskolai alkalmazottakkal, a tanárok tanulókkal (esetleg szülőkkel) szembeni erőszakos viselkedésében nyilvánul meg. Az iskola világában a verbális, a fizikai és pszichikai erőszak számos formában regisztrálható*" (Figula, 2004a, p. 20).

Az iskolai zaklatás az angol bullying kifejezés magyar nyelvű megfelelőjeként használatos. Az iskolai zaklatás „*az agresszív viselkedés egyik fajtája, amelyben a diákot egy vagy több társa (illetve egy vagy több személy) ismétlődően és hosszú időn keresztül negatív cselekedetnek tesz ki. Negatív cselekedetnek minősíthető, ha valaki szándékosan sérülést vagy kellemetlenséget*

okoz, vagy próbál okozni. Közvetlen zaklatás, ha az áldozatot nyílt támadás éri. Közvetett zaklatás, ha az áldozatot kiközösítik, szándékosan kizárják a csoportból" (Figula, 2004b, p. 27) A bullying kifejezés meghonosulásában, a jelenség kutatásában és a célirányos megelőzés és beavatkozás terjedésében Dan Olweus tekinthető úttörőnek, aki az 1970-es években kezdte el tanulmányozni a jelenséget Norvégiában és a skandináv országokban. A bullying kifejezés az addigi mobbing és mobbning fogalmának helyét vette át, így az 1990-es évekre szilárdult meg a fogalom használata. Olweus 1993-ban publikálta az első bullying definíciót, mely magyar fordításban 1999-ben jelent meg (Dóczi-Vámos, 2017). A meghatározás értelmében „*zaklatásról akkor beszélhetünk, ha a következő három feltétel van jelen: a) agresszív viselkedés vagy sérelem okozása szándékosan, b) amelyet ismétlődően és hosszú időn keresztül követnek el c) olyan interperszonális kapcsolatban, ahol a hatalmi egyensúly hiányzik*" (Olweus, 1999, p. 718). Más megfogalmazásban az iskolai zaklatás fogalma hat kritérium teljesülése esetén nyer értelmet: (1) a zaklatás proaktív, (2) tudatosan, szándékoltan, akaratlagosan elkövetett ellenséges viselkedés vagy eseménysorozat, (3) ismétlődő jelleggel fordul elő és tartósan fennáll, (4) közösségben, társas környezetben valósul meg, (5) vélt vagy valós erőfölény és/vagy egyensúlyhiány jellemzi (ami jelentheti például a fizikai erőben megmutatkozó egyenlőtlenséget, létszámbeli egyenlőtlenséget, a közösségen belül betöltött státuszok hierarchiáját), (6) az erőegyenlőtlenség egy sajátos szereprendszert rögzít (Dóczi-Vámos, 2017). A zaklatás, illetve a szűkebben értelmezett iskolai zaklatás az erőszakos viselkedéstől nem független, ilyen módon antiszociális jellegű. Ugyanakkor zaklatás megvalósulhat erőszak nélkül is (például verbális zaklatás vagy kirekesztés esetén), ahogy erőszak is történhet zaklatás nélkül (például egyszeri verekedés kapcsán) (Olweus, 1999). Az iskolai erőszak és az iskolai zaklatás fogalmának megkülönböztetése kapcsán a cselekvés reaktív illetve proaktív jellege tekinthető az egyik támpontnak. Míg a reaktív agresszió az ellenségességre, fenyegetettségre adott válaszreakció, ami többnyire a frusztráció és harag érzésével párosul, addig a proaktív agresszió mögött nem húzódik közvetlen kiváltó ok, nem a düh és harag érzése hívja életre és nem az áldozattá váló fél viselkedése provokálja (Dodge, 1991). Habár a reaktív agresszió tartozhat az iskolai erőszak tárgykörébe, de nem válik egyenlővé az iskolai zaklatás fogalmával (Dóczi-Vámos, 2016). A proaktív agresszió két további altípusaként megkülönböztethető az instrumentális agresszió és a zaklatás, előbbi közvetlen haszonnal jár, míg zaklatás esetén nem magától értetődő a közvetlenül érzékelhető haszon: a presztízs növelése, illetve a népszerűség emelkedése is előnyös célja lehet a zaklatásnak (Buda, 2015). Mindezek értelmében „*A zaklatás tehát olyan tanult, proaktív, azaz nem-provokált, ártó, cél-orientált viselkedés, amelynek célja a mások feletti dominancia*

megszerzése gyengébb emberekkel, áldozatokkal szemben. További jellemzője a hatalmi egyensúlyhiány és a csoportjelleg" (Dóczi-Vámos, 2017, p. 73-74).

A zaklatási események típusokba sorolása terén a szakirodalom nem tükröz egységes álláspontot (Buda, 2008). Az iskolai zaklatás fogalmán belül Olweus megkülönbözteti a közvetlen/direkt zaklatást és a közvetett/indirekt zaklatást. Előbbi esetben nyílt támadás éri az áldozatot, míg utóbbi tekintetében a kiközösítés és a csoportból történő izoláció jelenti a zaklatást (Olweus, 1999). Olweus megkülönböztető meghatározásaihoz hasonlóan Crick nyílt és rejtett agressziót különít el egymástól (Crick, 1995). Mindezek értelmében a közvetlen/direkt vagyis a nyílt agresszió a fizikai harcot (például taszítás, lökés, rúgás, valamire kényszerítés) és a verbális fenyegető magatartást (például zsarolás, csúfolás, gúnyolódás, kötekedés) jelöli, miközben a közvetett/indirekt vagyis a rejtett agresszió esetében harmadik fél is bevonódik a verbális agresszió megnyilvánulása, a pletykák terjedése és a csúfolódás során (Buda, 2008; Pauwlik, Margitics, Figula & Szatmári, 2012). Mindez kiegészítendő azzal, hogy habár a közvetlen zaklatásnak létezik egy nemverbális altípusa is (például grimaszolás, kinevetés, obszcén gesztusok, sértő képek és rajzok), de ez többnyire a verbális cselekedetekhez társul (Buda, 2008). Berger felosztása szerint a zaklatás főfogalmán belül elkülöníthető a fizikai erőszak (például ütés, rúgás, verés), a verbális erőszak (például csúfolás, gúnyolódás, lekicsinylés), a viselkedéses erőszak (például mások értéktárgyainak eltulajdonítása, megrongálása) és a kapcsolati/szociális erőszak (például kirekesztés, ignorálás, pletykák terjesztése) (Berger, 2007). A zaklatási típusok köre a cyberbullyinggal egészül ki, mely az online térben és a mobiltelefonon történő zaklatást fedi le (Buda, 2008).

1.2.3.1. Fogalomhasználat és terminológiai elköteleződés

Jelen értekezés szerzője a saját kutatással összefüggésben az olweusi koncepciót és kritériumokat követve az „iskolai zaklatás" és a „bullying" fogalmakat használja, és azokat egymás szinonimájának tekinti. A két fogalom párhuzamos, egymást nem kizáró használata egyfajta kompromisszum eredménye. A nemzetközi szakirodalomban a jelenség kutatásában és a prevenciós-intervenciós gyakorlatok meghonosításában úttörő Dan Olweus munkásságához a „bullying" kifejezés kapcsolható, ugyanakkor az első, 1999-ben publikált magyar fordítás az „iskolai zaklatás" kifejezést felelteti meg a bullying fogalmának. Habár ez önmagában hitelesíthetné az iskolai zaklatás kifejezés használatát az olweusi koncepcióval összefüggésben - és emiatt az értekezésben is vissza-visszaköszön a meghatározás – mégis fennmarad a bullying szó használata is, ami megbízhatóan írja le a tárgyalt jelenséget.

Az iskolai zaklatás kifejezés etimológiai háttere indokolja a bullying fogalom preferenciáját akkor is, ha nem szerencsés az idegen eredetű szó meghonosítása a magyar megfelelő ellenében. Amennyiben a zaklatás kifejezést a jog nyelvéről szeretnénk lefordítani, úgy a 2012. évi C törvény a Büntető Törvénykönyvről 222. §-ra hagyatkozhatunk: „*(1) Aki abból a célból, hogy mást megfélemlítsen, vagy más magánéletébe, illetve mindennapi életvitelébe önkényesen beavatkozzon, őt rendszeresen vagy tartósan háborgatja, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. (2) Aki félelemkeltés céljából a) mást vagy rá tekintettel hozzátartozóját személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetésével megfenyeget, vagy b) azt a látszatot kelti, hogy más életét, testi épségét vagy egészségét sértő vagy közvetlenül veszélyeztető esemény következik be, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. (3) Aki a zaklatást a) házastársa, volt házastársa, élettársa vagy volt élettársa sérelmére, b) nevelése, felügyelete, gondozása vagy gyógykezelése alatt álló személy sérelmére, c) hatalmi vagy befolyási helyzetével visszaélve, illetve d) hivatalos személy sérelmére, hivatali tevékenységével össze nem egyeztethető helyen vagy időben követi el, az (1) bekezdésben meghatározott esetben két évig, a (2) bekezdésben meghatározott esetben bűntett miatt három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő*” (Btk. 222. §). A Btk-ban feltüntetett zaklatás fogalom annyiban egybecseng a bullying meghatározásával, hogy magába foglalja a félelemkeltést, a fizikai sérelemokozással való fenyegetést, a szándékosságot, a cselekménysorozatok tartós és ismétlődő jellegét, de nem utal a zaklatásban érintett felek közti kiegyenlítetlen erőegyensúlyra. Jogi vonatkozásban a zaklatás, mint tényállás fennállhat akkor is, ha fizikai vagy pszichikai szempontból egyenrangú felek között valósul meg, így összességében a jogi fogalomként használt zaklatás nem fedi le a bullying minden tartalmi elemét. A zaklatás fogalmán túl a hazai és nemzetközi jogban adódnak egyéb tényállások, melyek a bullying eszközeként megvalósuló magatartásokat, valamint a bullying határterületein húzódó cselekményeket hivatottak szabályozni és szankcionálni. A hazai jogalkotás szempontjából ilyen tényállás a kényszerítés, a zsarolás, a rágalmazás, a becsületsértés, az alárendelt pozícióban lévők bántalmazása, a nemzeti, etnikai, vallási vagy más csoport elleni izgatás, az öngyilkosságban közreműködés vagy a cyberbullying fogalmával több-kevesebb egyezést mutató engedély nélküli hang- vagy képfelvétel készítése, illetve a magánélethez fűződő jog megsértése személyes adatok engedély nélküli megszerzésével vagy közzétételével. A bullying fogalmával rokon továbbá a családi erőszak és kapcsolati erőszak tényállása, valamint a gondozói kötelezettség megszegésével elkövetett kizsákmányolás tényállása. A büntetőjog csak a legvégső esetben, ultima ratio-ként kínál megoldást a bullying kérdéskörének kezelésében, és a kriminalizálási tendencia (juridicisation) elkerülését javasolja

a szakirodalom a bullying kapcsán, ugyanakkor a jogi terminusok átláthatóan igazolják, hogy sem a zaklatás, sem a tényállásokban meghatározott egyéb fogalmak nem alkalmasak önállóan a bullying meghatározásának helyettesítésére (Parti, 2016).

A bullying és a bullyinggal rokon fogalmak használata a jelenséget kutató és a problémakör befolyásolását megcélzó tudományokban és szakmaterületeken terjedt el, ugyanakkor a pár évtizedes - hazai vonatkozásban inkább években, sem mint évtizedekben mérhető - szakmai-tudományos figyelem okán a magyar nyelvű pedagógiai és pszichológiai lexikonokban nem találunk olyan szócikket és fogalmat, mely a jelenséget teljeskörűen leírná. Az 1997-ben Báthory Zoltán és Falus Iván szerkesztésével megjelent Pedagógiai lexikon I-III. az „agresszió" szócikket tárgyalja. A 2007-en Almássy Ágnes szerkesztésével megjelent Pszichológiai lexikon az „agresszió", a 2007-ben Wolfgand Schmidbauer szerzőségével megjelent Pszichológiai lexikon az „agresszió" és „agresszivitás", a 2013-ban Pléh Csaba és Boross Ottilia szerkesztésével az Akadémiai Lexikonok sorozatban megjelent Pszichológia című kötet szintén az „agresszió" és „agresszivitás" szócikkeket tartalmazza. Az 1997-ben Norbert Sillamy nevéhez köthetően megjelent Pszichológiai lexikon ugyan tesz említést a gyermekkori agresszivitásról az „agresszivitás" szócikken belül, de az utalás független a bullyingtól és a felsorolt lexikonokhoz hasonlóan ebben az esetben sem kap helyet önálló fogalomként a bullying, vagy bármely olyan rokon értelmű kifejezés, ami következetesen gyökeret ereszthetne a pszichológiai-pedagógiai terminológiában (Báthory & Falus, 1997; Almássy, 2007; Schmidbauer, 2007; Pléh & Boross, 2013; Sillamy, 1997) . A fogalom magyar megfelelőjének hiányát magyarázza az is, hogy Európában csak néhány skandináv nyelvben létezik külön elnevezés a bullying meghatározásaként, jellemzően az angol terminus terjedt el (Parti, 2016).

Mindezek tükrében az értekezés szerzőjének elköteleződése alapján a bullying megnevezés mutatkozik legalkalmasabbnak a jelenség összetettségének érzékeltetésére. Emellett, a szerző az iskolai zaklatás fogalmát is alkalmazza szinonimaként, miután az olweusi bullying fogalom első magyar fordítása ezt tette lehetővé. Minden egyéb, a bullyinggal rokon meghatározás használata a szakirodalmi hivatkozások révén indokolt szöveghűség okán jelenik meg az értekezés szövegében.

1.3.Az iskolai zaklatás elméletei

A bullying jelenségére számos elmélet hivatott magyarázatot adni, ezek egy része az általánosabb értelemben vett agressziót magyarázó elméletekből eredeztethető.

1.3.1.Evolúciós elmélet

Az elmélet értelmében a bullying nem különbözik az agresszív viselkedés egyéb formáitól. Eszerint az iskolai zaklatás egyaránt jár előnyökkel és hátrányokkal, a zaklató oldalán előnyként mutatható fel az, ha például bizonyos javakra tesz szert vagy az általa képviselt szubkultúrát védelmezi. Mindez előnyként mutatkozik abban az esetben is, ha ez az áldozat számára hátrányos. Ezzel együtt az evolúciós elmélet nem veszi védelmébe az erőszakosságot, mivel a kölcsönösség és méltányos viszonyulás szintúgy evolúciós gyökerekkel magyarázható (Margitics, Figula, Pauwlik & Szatmári, 2010).

1.3.2.Kötődéselmélet

A kötődéselmélet értelmében a szülőkhöz való kötődés minőségét magyarázza a kapcsolatok belső munkamodelljének fejlődése, ami egyaránt hatást gyakorol a későbbi kapcsolatok alakulására. A belső munkamodell fejlődése relatívan folyamatosnak tekinthető. Bizonytalan kötődés esetén az egyén ellenséges és agresszív viselkedésmintákat produkálhat, ami a zaklató szerep kialakulásának kedvez az iskolai zaklatás kontextusában (Main, Kaplan és Cassidy, id. Margitics et al., 2010).

1.3.3.Szociálistanulás-elmélet

A kötődéselmélet mellett a családi tényezők és a megfigyelésen, utánzáson és megerősítésen alapuló szociális tanulás játszhat jelentős szerepet az elsődleges szocializációs színtér és a későbbi iskolai zaklatás kialakulásának kapcsolatában (Baldry, id. Margitics et al., 2011). Az elmélet szerint valószínűsíthető, hogy azok a gyermekek, akik hasznosnak találják az agresszív viselkedést a családi légkör révén, funkcionális értékkel ruházzák fel az erőszakot, részt vesznek az otthon zajló erőszakban és gyakori tapasztalataik közé tartoznak a családon belüli konfliktusok. Az agresszióval összefonódó tanult viselkedés az iskolai zaklatásban ölthet új formát (Margitics et al., 2010).

1.3.4.Szociokulturális elmélet

Az elmélet erőteljesen fókuszál arra a társas kontextusra, amelyben az agresszió kitermelődik, így az agresszív viselkedést abban a szervezeti környezetben érdemes megfigyelni és értékelni, ahol az testet ölt. Az elmélet képviselőinek állítása szerint az erőszakosság mindenekelőtt az antidemokratikus, mereven hierarchikus berendezkedésű iskolákban jellemző (Roland és Galloway, id. Margitics et al., 2010). Az elmélet a prevenció-intervenció szempontjából a

rendszerszemléletet preferálja, így elsősorban az egész iskola alapú koncepció jut érvényre a célirányos beavatkozás alkalmával. (Margitics et al., 2010).

1.3.5.Szociálisinformáció-feldolgozás elmélet

Az elmélet szerint az agresszió kialakulásának hátterében az információ normától eltérő feldolgozása áll, ennek eredményeképpen az agresszió maladaptív válaszként értékelhető (Crick és Dodge, id. Margitics et al., 2010). A szociális készségek fejlődése során jelentkező nehézségek, mindenekelőtt a problémamegoldás terén mutatkozó deficit az agressziónak kedveznek. A társas érintkezés alkalmával kapott információk feldolgozása során kódolási hibák jelentkeznek, köztük az ellenségesség attribúciós hibája és a reprezentációs szint hibája. Az elmélet létjogosultságát a kutatók egy része cáfolja az iskolai zaklatás és az agresszió bizonyos típusai tekintetében (Sutton, Smith és Swettenham, id. Margitics et al., 2010). Az iskolai zaklatás számottevő esetben indirekt agresszióként jelentkezik (például hazugságok, pletykák terjesztésekor), a fizikai bántalmazás pedig többnyire tervezett, így feltételezhetően a bántalmazók jelentős része tisztában van saját viselkedésének megítélésével (Swearer és Espalage, id. Margitics et al., 2010).

1.3.6.Tudatelmélet

Az iskolai zaklatással összefüggésben a tudatelmélet a szociálisinformáció-feldolgozás elmélettel állítható ellentétbe. A tudatelmélet értemében a zaklató képes mások mentális állapotának azonosítására, bejóslására és ezen képességének előnyeit használja fel, amikor vulnerábilis áldozatát zaklatja, aki tűri a zaklatást és nem számíthat társas támogatásra (Sutton, Smith és Swettenham, id. Margitics et al., 2010).

1.3.7.Hasonlóságelmélet

A késő gyermekkorban és a serdülőkorban a kortárskapcsolatok és az egymáshoz képest azonosítható hasonlóság élménye központi szerephez jut, a csoporton belül keresett és megélt hasonlóság más néven a homofília (Berndt, id. Margitics et al., 2010). Espelage és Swearer középiskolás diákok körében végzett, iskolai zaklatással összefüggő kutatása során az erőszak és a verekedés tekintetében igazolódott a homofília hipotézise. Ugyanakkor a homofília hatása erősebbnek mutatkozott a verbális agresszió terén, mint a fizikai agresszió terén, tehát az alacsonyabb szintű agresszióban jelentősebb a társak befolyásoló szerepe, mint a verekedésben. Ez egyben azt jelenti, hogy a kortársak többnyire azok társaságát keresik, akik hasonló gyakorisággal bántalmaznak, mint saját maguk, a bántalmazók barátai körében jelentős a

homofília hatása. A homofília hipotézise mindkét nem tekintetében helytállónk bizonyult (Espelage és Swearer, id. Margitics et al., 2010).

1.3.8.Dominanciaelmélet

Pellegrini és Bartini által közölt elmélet egy lehetséges magyarázata a serdülőkori iskolai zaklatásnak (Pellegrini és Bartini, id. Margitics et al., 2010). A középiskolába lépés átmeneti időszakában a dominanciaviszonyok újrarendeződnek, az új társas struktúra kialakulásának és dominanciagyakorlásnak egyik lehetséges eszköze az erőszak (Pellegrini, id. Margitics et al., 2010). Kutatási eredmények értelmében az iskolai zaklatás jellemzően inkább azoknak a fiúknak a sajátja, akik az agressziót az iskolai átmenet időszakában eszközként hívják segítségül, így valószínűbb a fiúk érintettsége, mint a lányoké (Pellegrini és Long, id. Margitics et al, 2010).

1.3.9.Vonzáselmélet

A serdülőkor, mint a szülőkről való leválás és a függetlenedés kísérleteinek időszaka arra készteti a serdülőt, hogy a gyermeki sajátosságoktól (például engedelmesség, szófogadás) távolodjék és a függetlenséget jelölő tulajdonságokhoz és személyekhez (például szófogadatlanság, agresszió) vonzódjék. A vonzáselmélet képviselői szerint a középiskolába lépéskor a lányok és a fiúk nagyobb eséllyel keresik az agresszív társak társaságát, mint annak előtte (Bukowski, Sipploa és Newcomb, id. Margitics et al., 2010). Lányok esetében különösen számottevő az, ahogyan az agresszív kortársakhoz való vonzódás lehetősége megnövekszik a serdülőkorban, ez az eredmény párhuzamban áll Pellegrini és Bartini meglátásaival is, miszerint a végzős középiskolás lányok szívesebben randevúznak domináns fiúkkal (Pellegrini és Bartini, id. Margitics et al., 2010).

1.3.10.Ökológiai modell

Az ökológiai modell értelmében az iskolai zaklatás több tényező összeadódása révén alakul ki: egyéni, családi, iskolai-társas, kulturális és társadalmi faktorok komplexitása alakítja ki a tanulók iskolai zaklatással kapcsolatos viselkedését és attitűdjét (Várnai, Zsíros & Németh, 2016). A jelenség érintettjei a társak, a felnőttek, a szülők, a családok, a szűkebb-tágabb kulturális és társadalmi közeg. Ez a szerteágazó érintettség, mint értelmezési keret hívta életre Espelage és Swearer ökológiai modelljét (Espelage & Swearer, 2003a).

1.4. Az iskolai zaklatás szereplői

A zaklatás folyamatán belül számos szerep azonosítható, melyet a szakirodalom eltérő, elnevezésekkel illet, ugyanakkor ezek megfeleltethetőek egymásnak. A bullying a kezdeti elképzelésektől eltérően nem személyközi folyamatként, sokkal inkább csoportközi folyamatként értékelhető, az áldozaton és az elkövetőn túl a közösség is szerepbe lép (Dóczi-Vámos, 2017). Másrészt az is valószínűsíthető, hogy az elkövetők és az áldozatok csoportjai nem tekinthetőek statikus csoportoknak, nem a szerepek diádikus mintázata áll fenn. Sokkal inkább szerepek kontinuumával érdemes számolni, ahol az áldozati és az elkövetői szerep két olyan végpontnak tekinthető, amelyek között komplex típusok sorakoztathatóak fel (Kőszeghy, 2010). Swearer és Doll leírása szerint zaklató, agresszív zaklató, áldozat, zaklató-áldozat, szemlélődő és normakontrollal bíró szerepek tölthetőek be (Swearer & Doll, 2001). Vassné Figula és munkatársai hazai, 1365 fős mintán végzett vizsgálata során az áldozat és az elkövető mellett a csatlakozó beavatkozó, a segítő beavatkozó és a szemlélő magatartásmintáit azonosították (Vassné, 2008).

1.4.1. Áldozat

A bullying csoportfolyamatán belül az egyes résztvevők jól körvonalazható jellemzőkkel írhatóak le. Áldozatként azonosítható „*valamilyen személyes sértést, kellemetlenséget, agresszív magatartást (zaklatást, megaláztatást, megfélemlítést, erőszakot) elszenvedő, elviselő személy*" (Figula, 2004b, p. 27). Olweus saját és egyéb szerzők kutatásai alapján arra a következtetésre jutott, hogy a tipikus áldozatok társaiknál szorongóbbak és kevésbé élik át a biztonság érzését, emellett elővigyázatosak, csendesek és érzékenyek. A támadásra adott gyakori válaszuk a sírás és a visszahúzódás. Többnyire alacsony önbecsüléssel rendelkeznek, magányosak és szegényes baráti kapcsolatokkal rendelkeznek. Jellemzően távol áll tőlük az agresszivitás, elítélik az erőszakot. Fiúk esetében fizikailag erőtlenebbnek bizonyulnak kortársaiknál. Jellemző továbbá a szoros kapcsolat az édesanyával, ami túlóvó szülői attitűddel párosul (Olweus, 1978). Olweus ezt az áldozati típust passzív vagy meghunyászkodó áldozatként nevesíti és a leggyakoribb áldozati típusként azonosítja. Ez az attitűd azt az üzenetet közvetíti az elkövető felé, hogy bizonytalan és értéktelen személyiségként nem fognak megtorlással reagálni az elkövető cselekedeteire (Olweus, 1999). Jellemzően ebbe az áldozati típusba sorolhatóak a fizikailag gyenge, az infantilis viselkedést tanúsító, az átlagoshoz képest furcsa külsejű és a fogyatékossággal élő tanulók (Vajda, 1999).

A másik áldozati típust Olweus provokatív áldozatként azonosítja. A szorongásos és az agresszív viselkedéses minták egyszerre jellemzőek rájuk. Gyakori a hiperaktivitás és a koncentrációs zavarok megléte. A kortársak számára jelenlétük irritálónak hat, viselkedésük provokálja a társakat (Olweus, 1999). Szokatlan viselkedésüket bizarrnak tarthatja a kortárs közösség. Többnyire nem törekednek az agresszív megnyilvánulások elhárítására (Schaffer, 1996). Családi hátterük tekintetében gyakori az elutasító szülői attitűd és a szülők indulatkezelési nehézségei. A provokatív áldozattá váló fiúk körében jellemző az anyával kialakult szoros kapcsolat és az apával szemben kialakult távolságtartás, míg a provokatív áldozattá váló lányok körében gyakoribb az ellenséges anya jelenléte, kevésbé tapasztalható a túlóvó anyai attitűd (Révész, 2007).

Voors passzív és proaktív áldozati típust különböztet meg. A passzív célszemély jellemzően fizikailag gyenge, szorongó, bizonytalan, társtalan, nem erőssége a sport. A proaktív célszemély ezzel szemben irritálóan hat a kortársakra, provokatív, társas helyzetekben esetlennek mutatkozik és a társas reciprocitás nehézséget okoz számára (Voors, 2000). Sofronoff és munkatársai hangsúlyozzák, hogy a proaktív áldozat leírása egybecseng az Aspeger-szindróma bizonyos járulékos jellemzőivel (Sofronoff, Dark & Stone, 2011).

Figula 2004-ben, 505 fős hazai mintán végzett vizsgálatában a szerepviselkedés és személyiségjellemzők feltárása során arra a következtetésre jutott, hogy az áldozatokra nagy mértékű szorongás, átlagos mértékű extraverzió, átlagos mértékű impulzivitás és belső kontroll attitűd jellemző (Figula, 2004b).

Buda eltérő szerzők munkái alapján az alábbi jellemzőkkel foglalta össze az áldozatok sajátosságait: alacsony az önértékelésük, félénkek és visszahúzódóak, az átlagosnál gyengébb szociális készségekkel rendelkeznek, kevés barátjuk van és kevésbé népszerűek, azonban szociális státuszukat a valóshoz képest is alacsonyabbra értékelik. Fiúk esetében gyengébb fizikummal rendelkeznek az átlagoshoz képest. Jellemzően nem képesek hatékony választ adni a támadásra, ami a zaklatás megismétlődésének kedvez. Az ismétlődő zaklatás a szorongásszint növekedéséhez vezet, az egyén elszigeteltté válik, ami Buda megfogalmazásában „*az áldozattá válás legtipikusabb ördögi köre*” (Buda, 2008, p. 16).

A viktimizációból adódóan jelentkezhetnek iskolai problémák: alacsony teljesítmény, koncentrálási nehézségek, hiányzás, iskolakerülés, társak elkerülése, szociális interakciók csökkenése (Somfai, 2009). Az iskolai problémák mellett népegészségügyi vonatkozásban is jelentős kockázatok azonosíthatóak. Számottevő a szorongás és depresszió rizikója, mely

szélsőséges esetben a szuicidum veszélyét is hordozza. Az áldozatok nehezen alakítanak ki baráti kapcsolatokat, a magányosság és az alacsony önértékelés mellett jellemzőek a pszichoszomatikus tünetek, a gyakori szerfogyasztás, a kedvezőtlen testkép és a fizikai inaktivitás. A bántalmazás hosszú távú, felnőttkorra is kiható egészségügyi következményei közt azonosítható a depresszió, férfiak esetében a pszichoszociális és szexuális zavarok, továbbá jelentős a mentális egészségügyi ellátás igénybevétele a felnőtté váló áldozatok körében (Várnai, Zsíros & Németh, 2016).

Az áldozatok családjára jellemző egyfajta „összetapadás" és a túlóvó anyai attitűd (Berdondini & Smith, 1996). Figula és munkatársai 2011-ben publikált kutatása során 647 általános és középiskolás tanuló részvétele mellett vizsgálta a bullying és a szülői nevelési hatások kapcsolatát. A szerzők arra az eredményre jutottak, hogy az áldozattá váló lányok esetében az áldozati magatartásminta pozitív kapcsolatot mutatott a konfliktusorientált családi légkörrel, a szabályorientált családi légkörrel és a manipulatív nevelői attitűddel. Az áldozattá váló fiúk esetében szintén a konfliktusorientált és a szabályorientált családi légkör, valamint a manipulatív nevelői attitűd állt pozitív irányú kapcsolatban az áldozati magatartásmintával, amellett, hogy az anyai túlvédés szintén összefüggést mutatott az áldozattá válással. Nemtől függetlenül mindenekelőtt a konfliktusos családi légkör hajlamosít a viktimizációra. A szerzők önálló csoportként azonosították a provokatív áldozatokat, körükben nemtől függetlenül a túlvédő szülői bánásmód és a konfliktusokkal terhelt családi klíma, és ezen belül a szülői gondoskodás hiánya hajlamosít leginkább a provokatív áldozattá válásra (Figula, Margitics, Pauwlik & Szatmári, 2011). Ugyanezen mintán végzett vizsgálat azt is kimutatta, hogy a túlvédő apa gyermekei hajlamosak áldozattá válni nemtől függetlenül (Margitics et al., 2010).

1.4.2.Zaklató

A bully, vagyis a zaklató „*támadó, bántalmazó, erőszakos, másokat zaklató, terrorizáló, megfélemlítő személy*." (Figula, 2004b, p. 27). Olweus jellemzése alapján a tipikus zaklató esetében az agresszív viselkedés a kortársak és a felnőttek – pedagógusok és szülők – ellen irányul. Az erőszakkal szemben elfogadóbbnak bizonyulnak, mint társaik általában, jellemzi őket az impulzivitás és a mások felett gyakorolt dominancia iránti késztetés. Az áldozatok felé kevés együttérzést tanúsítanak. Amennyiben a zaklató fiú, jellemzően erősebbnek bizonyul a többieknél és potenciális áldozatánál. Olweus saját kutatásai nem erősítik meg azt a feltevést, hogy a zaklatók erős szorongást élnek át és hiányzik a biztonságérzetük. Ezzel ellentétben

eredményei arra világítanak rá, hogy alacsony a szorongás szintje, a biztonságérzet hiánya alacsony vagy az átlagosnak felel meg.

Olweus a zaklatók egyik altípusát passzív zaklatóként, követőként, illetve csatlósként nevesíti. Ebben a meglehetősen heterogén alcsoportban jellemző lehet az alacsony biztonságérzet és a magas fokú szorongás. A típus képviselői részt vesznek a zaklatásban, de nem ők a kezdeményezők. A zaklatói motivációk közt említhető a hatalom és dominancia iránti vágy, a presztízs növelése, a környezet irányába kialakult ellenséges érzelmek. Ehhez kapcsolódóan motiváló lehet a mások számára okozott szenvedésből fakadó örömérzet, de a motivációk közt szerepel instrumentális összetevőként bizonyos javak megszerzése is, ami jelentheti az áldozatoktól kikényszerített pénzt, alkoholt, cigarettát és egyéb értékeket.

Olweus az agresszió mögött húzódó gyermekkori és neveléssel összefüggő okok kapcsán négy tényezőt azonosított: (1) felelős lehet a melegség és kötődés hiánya, (2) hasonlóképpen a megengedő, de határtalansággal párosuló nevelés, (3) illetve az autoriter nevelés szélsőséges módszerei, köztük a testi fenyítés és verés, (4) emellett a gyermek saját természete is hozzájárulhat a magas fokú agresszióhoz. Olweus 1980-ban készült elemzése szerint az agresszivitás mértéke nem állt összefüggésben a szülők jövedelmével, iskolázottságával, társadalmi hovatartozásával, a család gazdasági és társadalmi hátterével (Olweus, 1999).

Az iskolai zaklatás mögött húzódó családi tényezők kapcsán felmerül a tanult agresszív viselkedés lehetséges szerepe: a zaklatók családjában feltehetően gyakoribbak a konfliktusok, a zaklatók maguk is szerepet kapnak az otthon zajló erőszakban és számukra funkcionális értékkel bír az agresszió (Espelage & Swearer, 2003b). A családi erőszak kapcsolatban áll a zaklató magatartás kialakulásával és fennmaradásával (Thornberry, 1994). Az ezzel kapcsolatos kutatások utalnak arra is, hogy a családi összetartás hiánya kapcsolatba hozható a fiatalok agresszív viselkedésével (Gorman-Smith, Tolan & Huessmann, 1996). A nem kielégítő szülői felügyelet szintén összefüggésben áll az agresszív viselkedésminták rögzülésével (Farrington, 1991) A szülő részéről tanúsított ellenséges, büntető attitűd hasonlóképpen a zaklató magatartásnak kedvez (Loeber & Dishion, 1983.). A problémamegoldó képességek sérülése szintúgy összefüggésben áll a zaklató magatartás kialakulásával (Tolan, Cromwell & Braswell, 1986). A családi konfliktusok és a szülői problémák megléte összefüggést mutatnak a fiatalkori agresszióval (Henggeler, Shoenwald, Bourdin, Rowland & Cunningham, 1998). Más eredmények arra utalnak, hogy a zaklatók családtagjainak körében magas a hatalom iránti igény (Bowers, Smith & Binney, 1994).

Hazai, 647 fős mintán végzett kutatás azt az eredményt hozta, hogy a gyermek nemétől függetlenül a kevés szülői gondoskodás a bántalmazóvá válásra hajlamosít. Emellett nemtől függetlenül az anyai túlvédés prediszponál támadó magatartásformára. (Margitics et al., 2010). Figula és munkatársai vizsgálatának eredményei szerint a zaklatóvá váló fiúk esetében a konfliktusorientált családi légkör hajlamosít legerőteljesebben a támadó magatartásformákra, ezen belül jelentős az apai gondoskodás hiányának szerepe. A zaklatóvá váló lányok körében a konfliktusorientált családi légkör kapcsán az anyai gondoskodás hiánya állt kapcsolatban a támadó magatartásforma kialakulásával (Figula et al., 2011)

Figula 2004-ben, 505 fős hazai mintán végzett vizsgálatában a zaklatókat alacsony mértékű szorongással, az átlagosnál nagyobb fokú extroverzióval, átlagos szintű kiegyensúlyozatlansággal jellemzi, az elkövetők kevésbé impulzívak és inkább belső kontroll attitűddel rendelkeznek (Figula, 2004b).

Ennek némiképp ellentmondóan Buda összefoglaló munkája arra utal, hogy a zaklatók jelentős hányada az átlagosnál impulzívabb és az átlagosnál gyengébb önkontrollal rendelkezik, ugyanakkor gyakran népszerűek a kortárscsoportban és fejlett szociális intelligenciával rendelkeznek. A szociális háttér és a zaklató viselkedés között nem mutatkozott összefüggés. Ugyanakkor a zaklatók családjában gyakoribb az odafigyelés és a pozitív minták hiánya, a következetlen fegyelmezés, a testi és/vagy lelki bántalmazás. Nagy jelentőséggel bír számukra a szociális hatalom, ennek megszerzése megítélésük szerint nem sért normát. A fejlett szociális intelligencia magas szintű empátia hiányában és egyensúlyra törekvés nélkül a hatalom megerősítésére irányuló törekvéseknek és manipulatív tendenciáknak kedvez. A bántalmazás az elégedettség érzését ébreszti fel a zaklatóban az áldozat kiszolgáltatottságából adódóan, miközben a zaklató egyúttal sikeresen demonstrálja hatalmát a többiek előtt. Ez részben magyarázatot ad arra, hogy a zaklatás miért zajlik nyilvánosan és leplezetlenül. Annak ellenére, hogy az iskolában nem izolálódnak, az adaptív társas viselkedési stratégiák elsajátításának hiányában egy újabb szociális közegben - amely nem tolerálja az általuk tanúsított agressziót – elszigetelődhetnek. Ennek következményeképpen az egykori elkövetők olyan csoportok vonzásterébe sodródhatnak, melyek elfogadónak mutatkoznak az agresszióval szemben, egyúttal megnövekszik a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás és a deviáns viselkedés kockázata (Buda, 2008).

Az áldozatokhoz hasonlóan a bántalmazók körében is jelentős egészségügyi kockázatok észlelhetőek, a mentális egészségügyi problémák közül számottevő a depresszió, a hiperaktivitás és figyelemzavar, az oppozíciós viselkedészavar rizikója. Jelentős a dohányzás,

a problémás alkoholfogyasztás és a szerhasználat - köztük a dizájner drogok használatának – rizikója -, valamint a verekedés és egyéb fizikai agresszióból járulékosan adódó sérülések kockázata. A tiltott szerek és a dizájner drogok használatának prevalenciája többszörös az áldozatokhoz képest, ugyanakkor nincs kiugró a különbség a legális szerek használatának kapcsán (Várnai, Zsíros & Németh, 2016).

1.4.3.Agresszív áldozat

Figula 2004-ben, 505 fős hazai mintán végzett vizsgálatának eredményei alapján az agresszív áldozatok csoportjára az átlagosnál nagyobb mértékű feszültség, nagyfokú kiegyensúlyozatlanság, nagy mértékű impulzivitás és külső kontroll attitűd jellemző (Figula, 2004b). A zaklatás negatív következményeit tekintve a legveszélyeztetettebb csoportnak tekinthető. Jelentős mértékű szorongás és depresszió jellemzi őket, számottevő a dohányzás és az alkoholfogyasztás kockázata (Buda, 2008). Jellemző az alacsony önértékelés és a negatív énkép, továbbá a felmerülő mentális egészségügyi problémák közt említhető a figyelemzavar, a depresszió és az oppozíciós viselkedészavar. Mind a depresszió, mind az oppozíciós viselkedészavar kapcsán jelentősebb a probléma kialakulásának valószínűsége a bántalmazó-áldozatoknál, mint a csak elkövetők esetében. A szorongás, az evészavarok előfordulása körükben jellemzőbb, mint az áldozatok és az elkövetők esetében (Várnai, Zsíros & Németh, 2016).

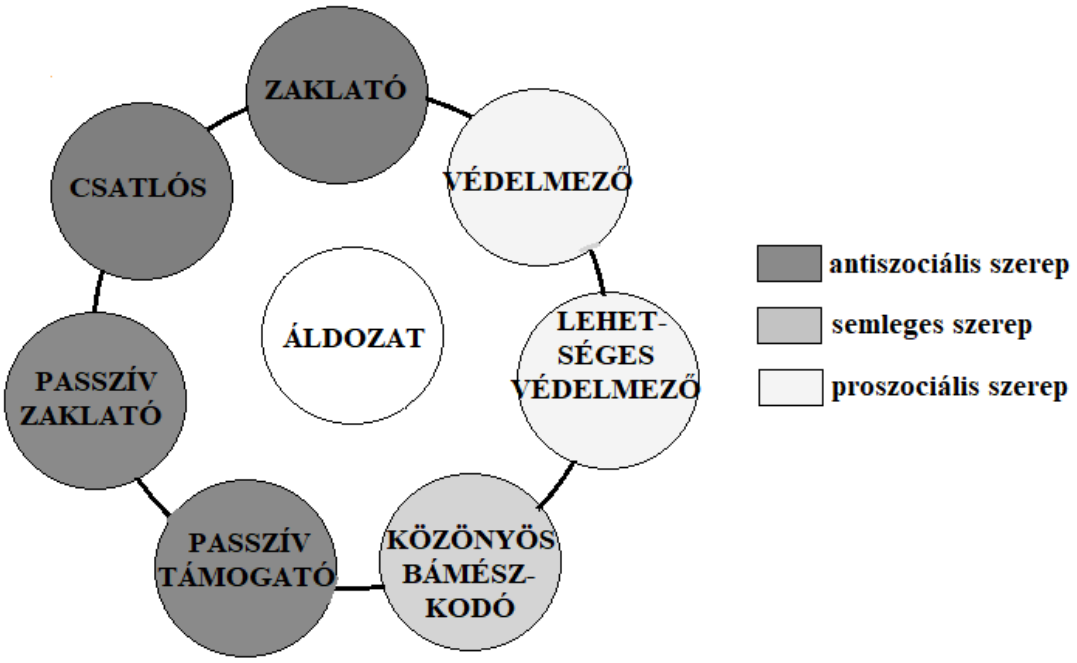
1.4.4.Szemlélő

Figula 2004-es, 505 fős hazai mintán végzett vizsgálata alapján a szemlélők csoportja kismértékű szorongásszinttel, az átlagosnál kisebb mértékű impulzivitással, az átlagosnál nagyobb mértékű extroverzióval és átlagos mértékű külső kontroll attitűddel jellemezhető (Figula, 2004b).

Szerepük kritikus fontosságú, hiszen potenciálisan megállíthatnák a zaklatást. A szemlélők csoportja heterogén. A heterogenitást részben az alakítja ki, hogy a szemlélők rokonszenvét az áldozatok vagy az elkövetők élvezik-e, és ez a támogatás milyen mértékű bevonódást von maga után. A szemlélők egy csoportja pozitívan viszonyul a zaklatóhoz és a zaklatás tényéhez, mert hasonló beállítottságúak, vagy mert osztozni szeretnének a szociális hatalmon. Buda összefoglaló munkájában passzív zaklatóként nevesíti azt a szemlélőt, aki egyetért a bántalmazással, de aktívan nem részese annak, ez többnyire az óvatossággal és a passzivitással magyarázható. Tétlen szemlélőnek nevezi azt a típust, aki közöny vagy biztonságkeresés miatt távol marad a zaklatástól, nem foglal állást. Buda az áldozat védelmezőjeként említi azt a

szemlélőt, aki ellenzi a zaklatást és aktívan fellép az áldozat védelmében. Passzív védelmezőnek nevezhető a szereplő, aki ugyan elítéli a zaklatást, de a félelem visszatartja a beavatkozástól, esetében kognitív disszonancia mutatkozik (Buda, 2008).

Olweus nevéhez köthető a zaklatás köre, mely nyolc szerephez köti a zaklatás folyamatát (későbbi munkáiban mindez kiegészül a zaklató-áldozat szerepével). Dóczi-Vámos Olweus munkájából kiindulva a proszociális-antiszociális tengelyen helyezi el a szemlélők eltérő alcsoportjait. Az antiszociális tengelyen található a zaklató mellett a csatlós, a passzív zaklató és a passzív támogató. A proszociális tengelyen a védelmező és a lehetséges védelmező található, míg közönyös bámészkodó egyfajta átmenetként semleges szereplő marad (Dóczi-Vámos, 2017).



2. ábra: A zaklatás köre Olweus (2001) nyomán (forrás: Dóczi-Vámos, 2017, p. 75)

1.5.Az autizmus fogalma

Az autizmus kifejezés a görög „autos” névmásból ered, melynek jelentése „önmaga”. Az autizmus kifejezést elsőként Eugen Bleuler, svájci pszichiáter alkalmazta 1911-ben. Autista visszahúzódásról ír, illetve a szkizofrén megbetegedésekkel összefüggésben a realitásérzék zavarát és a kontaktus elhárítását kapcsolja a fogalomhoz. A kifejezést később, 1943-ban Leo Kanner, gyermekpszichiáter használta tizenegy, 2-11 év közötti gyermek tüneteinek

összefoglalására, akik elutasították a kontaktus eltérő formáit, nem, vagy atipikus módon beszéltek, valamint rendkívüli módon törekedtek környezetük állandósásának fenntartására (Mercati & Chaste, 2015). Kanner utalt arra, hogy az emberek iránti érdeklődés hiánya jellegzetesen eltér a tipikusan fejlődő gyermekek társas érdeklődésétől. Továbbá felfigyelt arra, hogy amennyiben kialakult nyelvhasználat az érintetteknél, az echolália, a névmások megfordítása és a szószerintiség jellemzően fennállt. Emellett utalt a repetitív és látszólag célnélküli, sztereotip viselkedés meglétére (Volkmar et al., 2015). Kanner arra a következtetésre jutott, hogy a szkizofréniával ellentétben a markáns tünetek kezdettől fogva fennállnak, míg a szkizofréniával diagnosztizált betegek esetében a tipikus menetű fejlődést akasztja meg a viselkedés drasztikus megváltozása és a progresszív szociális visszahúzódás. Kanner és Eisenberg a későbbiekben, 1956-ban az izolálódást és az állandóság iránti kényszeres ragaszkodást emelte ki. Kanner kortársa, Hans Asperger, bécsi gyermekorvos 1944-ben habilitációs írásában négy 6-11 éves fiúgyermek viselkedési sajátosságait tárgyalta és az „autista pszichopátia" kifejezést alkalmazta a tünetcsoport leírására. Szociális beilleszkedési zavarról, nonverbális kommunikációs akadályozottságról és rendellenes beszédhasználatról, motoros ügyetlenségről és sztereotip mozgásokról, egyenetlen intellektuális képességekről, újszerű és olykor kimagasló teljesítményt eredményező gondolkodásmódról, a környezeti tényezők negligálásáról számolt be. Habár Asperger munkássága hosszú ideig ismeretlen maradt – részben annak köszönhetően, hogy német nyelven íródott -, 1981-ben Lorna Wing közbenjárásával kapott nagyobb figyelmet, aki 34 másik esetre alapozva megalkotta az Asperger-szindróma definícióját. 1978-ban Michael Rutter négy kritériumot fogalmazott meg az autizmus kapcsán: (1) a társas kapcsolatok zavara (2) nyelvi elmaradás és nyelvi problémák (beszédmegértési zavar, echolália, személyes névmások cseréje stb.) (3) kényszeres, ritualisztikus viselkedés, sztereotip játéktevékenység, (3) a jellemzők kialakulása a 30. hónap előtt. 1979-ben Wing és Gould három olyan területet azonosított, melynek folyományaként később az „autisztikus triász" fogalma elterjedt: (1) reciprok szociális interakciók zavara, (2) reciprok kommunikáció zavara, (3) rugalmas viselkedésszervezés zavara (Mercati & Chaste, 2015). Már a DSM-III is hivatalosan létező diagnózisként tünteti fel az autizmust. A DSM-IV-TR értelmében 3 éves kor előtt realizálódnak a tünetek az alábbi területeken: (1) társas kapcsolatok (2) kommunikáció, játék (3) korlátozott érdeklődés vagy tevékenységi kör. A DSM-IV-TR pervazív fejlődési zavarok kategóriája magába foglalta az autisztikus zavart, az Asperger-szindrómát, a Rett-szindrómát, a gyermekkori dezintegratív zavart és a nem meghatározott pervazív fejlődési zavart (PDD-NOS). A DSM-V idegfejlődési zavarok munkacsoportja a korábbi kategóriákat összevonta, így a DSM-V az autizmus spektrum zavar

diagnózist léptette érvénybe. Az autisztikus triász két területének összevonása által a szociális kommunikáció és interakciók érintettsége, illetve a korlátozott, repetitív viselkedés és beszűkült érdeklődés és aktivitás alkotja az autisztikus diádot. A DSM-V értelmében nem kritérium a tünetek harmadik életév előtt történő megjelenése, ugyanakkor továbbra is a korai életévekre tehető a tünetek jelentkezése. Új szempontként ragadhatóak meg bizonyos esetlegesen felmerülő szenzoros abnormalitások, a két alapvető területen jelentkező sérülések mértékének megállapítása céljából új súlyossági skála került bevezetésre. A diagnosztikus vélemény kialakítása olyan tényezők számításba vételével válik lehetségessé, mint az intellektuális képességzavar, a nyelvi zavar, a katatónia megléte vagy hiánya, emellett genetikai és környezeti tényezők egyaránt figyelmet kapnak. Az új kritériumoknak köszönhetően a múltbeli történések és sajátosságok akkor is befolyásoló erővel bírnak, ha az adott pillanatban már nem állnak fenn (Volkmar et al., 2015). A hazai gyakorlatban a BNO-10 (WHO, 1993) tekinthető a diagnosztikus munka bázisának. Eszerint az autizmus spektrumán jelzett állapotokat a pervazív fejlődési zavarok közé soroljuk, amit az F84.xx kód(ok) jelöl(nek). A nemzetközi szakmai trendekhez illeszkedve terjedt el az autizmus spektrum zavar elnevezés, ami a gyermekkori autizmus (F84.0), az Asperger-szindróma (F84.5), az atípusos autizmus (F84.1), a nem meghatározott pervazív fejlődési zavar (F84.9) és az egyéb pervazív (átható) fejlődési zavar (F84.8) összefoglalására szolgál (Csepregi & Stefanik, 2012).

1.5.1. Autizmussal élő tanulók a hazai közoktatási rendszerben

A soron következő 1.6. fejezet, azon belül elsősorban a 1.6.2. és az 1.6.3. alfejezet a nemzetközi és hazai kutatási eredményeket mutatja be az autizmussal élő tanulókat érintő bullyinggal kapcsolatban, valamint ehhez kapcsolódóan a javasolt és megvalósult anti-bullying beavatkozásokat részletezi. Az 1.6. fejezetben vázolt eredmények tükrében megjegyzendő, hogy az értekezésben részletesen tárgyalt önálló kutatás szemszögéből nézvést bárminemű összevetés, összehasonlítás a nemzetközi szakirodalomban tárgyalt eredményekkel és gyakorlatokkal óvatosságra ad okot. Az országonként eltérő pedagógiai gyakorlat és az ennek hátterét megrajzoló jogi szabályozás, valamint az autizmussal élő személyek megítélését befolyásoló társadalmi és iskolai „klíma” következményesen hatást gyakorolhat a bullying alakulására. A kontextualitás lehasítása jó eséllyel torzítja az iskolai zaklatás megismerhetőségét, a kontextuális tényezők figyelembevétele nélkül életszerűtlen módon kapszulába zárnánk egy olyan jelenséget, mely nem elvonatkoztatható a környezeti beágyazódástól. Habár jelen értekezésnek nem célja precíz „látleletet” adni az autizmussal élő tanulót fogadó pedagógiai környezetről, sem a szegregáció-integráció kérdésköréről,

ugyanakkor elengedhetetlenül fontos elöljáróban vázolni bizonyos lokális kontextuális minőségeket annak érdekében, hogy árnyaltabb képet kaphassunk az autizmussal élő tanulók bulllying-jellemzőiről.

A magyarországi ellátórendszert érintő jogi szabályozás keretein belül elsőként az 1993-as közoktatási törvény (1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról) 1996-ban történt módosítása (1996. évi LXII. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról) nevesítette „más fogyatékosság" kategórián belül az autizmust, majd 2003-as módosítással (2003. évi LXI. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról) a fő fogyatékossági kategóriák közt szerepel az autizmus A 2011-es köznevelési törvény (2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről) a sajátos nevelési igényű tanulók közt tárgyalja az autizmus spektrum zavarral élő gyermekeket és fiatalokat. Ennek értelmében sajátos nevelési igényű tanuló „*az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszédfogyatékos, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd"*. A törvény arról is rendelkezik, hogy „*autizmus spektrum zavarral küzdő (...) gyermeket, tanulót három gyermekként kell figyelembe venni az óvodai csoport, iskolai osztály, kollégiumi csoport létszámának számításánál, ha nevelés-oktatásuk a többi gyermekkel, tanulóval együtt történik*". Mindezek elvárt eredménye a kisebb osztálylétszám az autizmussal élő gyermeket fogadó osztályban. Hasonlóképpen a 2011-es köznevelési törvény tér ki részletesen az együttnevelés lehetőségére és feltételeire. Az autizmussal élő tanulók együttnevelése a neurotipikus tanulókkal „*részben vagy egészben*" történhet meg. A fordított integráció lehetőségét a törvény nem veti fel lehetőségként. Ennek értelmében az együttnevelést segítő pedagógus az utazó gyógypedagógiai hálózat vagy maga az ellátó intézmény foglalkoztathatja. Az Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmények (EGYMI) az együttnevelés igényeit nagyrészt az utazó gyógypedagógusi hálózat segítségével hivatottak kielégíteni (Ábrahám, et al., 2018). A köznevelési törvény 47. §-a rendelkezik arról, hogy „*A szülő választja ki a sajátos nevelési igényű tanuló számára megfelelő ellátást nyújtó nevelési-oktatási intézményt az illetékes szakértői bizottság szakértői véleménye alapján, a szülő és a gyermek igényeinek és lehetőségeinek figyelembevételével*". Miután a szakértői és rehabilitációs bizottság a sajátos nevelési igényű gyermekkel kapcsolatban megállapította irányadó véleményét, a szakértői vélemény egyúttal kijelöli a fogyatékosságnak megfelelő intézményt. A szakértői és rehabilitációs bizottság által javasolt intézmények közül

a szülő választ a fenntartó adatszolgáltatása szerint összeállított intézményi jegyzékből. Hazánkban megközelítőleg azonos arányban működnek speciális oktatási intézmények és inkluzív osztályok (Szabó, 2015).

Az Országos Autizmus Kutatás jelentése szerint a 2002/2003-as és a 2008/2009-es tanév között eltelt időszakban az autizmussal élő tanulók száma 2,5-szeresére növekedett: 630-főről 1618 főre. Ebben az időszakban a befogadó intézmények száma 148-ról 476-ra emelkedett. A többségi és a gyógypedagógiai intézmények arányát tekintve a vizsgált időszakban dinamikusan nőtt az integráció lehetőségét felkínáló többségi intézmények száma. Ugyanakkor a szóban forgó többségi intézmények jellemzően csupán egy-egy tanulót integráltak az említett időszakban, az egy intézményre jutó integrált gyermekek száma 1,3 és 1,5 fő közé esett. Az autizmussal élő tanulók jelentős többsége gyógypedagógiai tantervet követő intézmény tanulója, intézményenként az átlagos tanulószám 6,8 és 9,1 közé esik. A 2008/2009-es tanévban az autizmussal élő tanulók 35%-a tanult integrált pedagógiai környezetben (Bognár, Bíró & Marossy-Dévai 2009).

Az Autisták Országos Szövetségének 2020. június 10-én publikált tájékoztatása alapján „*A sajátos nevelési igényű (SNI), köztük az autizmussal élő gyermekek óvodai és iskolai nevelését, oktatását meghatározó kerettantervek és irányelvek frissültek (…) Korábban a ma már hatályon kívül helyezett 32/2012 EMMI rendelet tartalmazta az SNI irányelveket. A jelenleg érvényes irányelvek szövegét szakértői team véglegesítette. A frissített, véglegesített szöveg ezúttal nem jogszabályi megerősítést kapott, hanem az Oktatási Hivatal honlapján való megjelentetéssel vált érvényessé. Bár az irányelvek már nem jogszabályban szerepelnek, ezek mégis olyan szakmai előírások, amelyeket az SNI gyermekeket, tanulókat ellátó oktatási intézmények kötelesek betartani, s ha ez nem valósulna meg, úgy a szülők első sorban az intézménnyel szemben a nemzeti köznevelésről szóló 2011 évi CXC. törvényben szereplő jogorvoslattal élhetnek*” (aosz.hu). Az Oktatási Hivatal oldalán fellelhető *A sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelvei* című dokumentum szerint „*Az autizmus spektrumzavarral küzdő tanulót fogadó köznevelési intézmény valamennyi közösségét (munkatársak, szülői közösség, kortárs közösség) informálni kell az autizmussal kapcsolatos alaptényekről és a támogatás alapvető stratégiáiról*”, illetve „*Törekedni kell arra, hogy a tanuló pozitív tapasztalatokat szerezzen a közösségben való részvételről*” (A sajátos nevelési igényű…, p. 112). Az integráció lehetőségeit illetően felmerül a teljes, funkcionális integráció, a részleges integráció és a fordított integráció lehetősége. A korábbi rendelettel (32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók

iskolai oktatásának irányelve kiadásáról) egyetértésben a dokumentum kitér arra, hogy „*A tudatosan tervezett, és nem kényszermegoldásként alkalmazott integráció akkor indokolt, ha egyértelműen a gyermek javát szolgálja*” (A sajátos nevelési igényű…,p. 115). További részletezés során kifejtésre kerül, hogy teljes, funkcionális integráció csak átlagos vagy átlag feletti intelligencia, enyhe súlyosságú fogyatékosság, illetve jól kompenzált, csekély mértékű viselkedésproblémák esetén javasolható. Bármely szervezési forma esetén a speciális csoportsajátosságok figyelembevételénél ügyelni kell a csoport homogenitására. Jelen értékezés témájával - az autizmussal élő tanulókat érintő iskolai zaklatással – szoros összefüggésben az alábbi irányelveket fogalmazza meg a dokumentum: „*Fontos, hogy a pedagógus hangsúlyozza: természetesnek tekinti a gyermekek közötti eltéréseket viselkedésben, teljesítményben, és rámutasson az autizmussal élő tanulók erősségeire, pozitív tulajdonságaira*”. A továbbiakban kiemelt figyelmet kap a bullying kérdésköre: „*Az autizmussal élő tanulók szociális naivitásuk, szokatlan társas viselkedésük miatt fokozottan kitettek az iskolai bántalmazásnak. A bántalmazás megelőzésére különösen nagy figyelmet kell fordítani*.” Mindezzel összefüggésben „*Integrációban az autizmus spektrum pedagógiája szakirányos gyógypedagógus feladata az intézményi közösségek informálása és folyamatos támogatása, a kortárs segítők felkészítése és a kortársakkal való együttműködésben rejlő egyéb lehetőségek kiaknázása, a habilitációs, rehabilitációs fejlesztés biztosítása, a családdal való folyamatos kapcsolattartás megszervezése, kooperációban a gyermek pedagógusaival*” (A sajátos nevelési igényű…, p. 116). Az adaptív viselkedés támogatásának célkitűzése mellett a dokumentum kitér arra, hogy *A tanulók számos olyan viselkedést, magatartásformát mutathatnak, melyet a környezet nemkívánatosnak minősít, tilt, esetleg csupán szociálisan furcsának tart. Ezen viselkedések között előfordulnak veszélyes, destruktív, agresszív vagy önkárosító megnyilvánulások (...) is. A beilleszkedési nehézségeket eredményező viselkedések hátterében sokféle ok állhat. Ezek közül a leggyakoribbak: kommunikációs nehézségek, fokozott érzékenység bizonyos környezeti ingerekkel szemben, a szociális megértés hiánya, változások megértésével, elfogadásával kapcsolatos nehézségek stb.*” (A sajátos nevelési igényű…,p. 128) A pedagógusok feladata, hogy a családdal együttesen rangsorolják a problémásnak vélt viselkedéseket súlyosság szempontjából, majd megoldási stratégiát dolgozzanak ki. A folyamatba bevonható pszichológus és pszichiáter is. Meg kell jegyezni, hogy az Oktatási Hivatal oldalán feltüntetett dokumentum a korábbi rendeleti szabályozással egybecsengő részleteitől eltekintve nem állt hatályban a jelen értekezésben tárgyalt kutatás időszakában, így annak tartalma semmiképpen sem tekinthető alapvetésnek a vizsgálati személyek pedagógiai

ellátásának tekintetében. A szóban forgó dokumentum tehát legfeljebb a jövővel kapcsolatos képzeteinket navigálja

A mindenkori jogi szabályozás és a gyakorlati kivitelezés összevetésében számos gyakorlati szempontú szakmai publikáció született, melyek az autizmussal élő tanulók pedagógiai környezetben szerezhető tapasztalatait és az ezt támogató szakmai munka sikereit és sikertelenségeit tárgyalják. Egy 2015-ben publikált hazai kutatás a közép- magyarországi régió (Budapest és Pest megye) utazó gyógypedagógust foglalkoztató állami fenntartású intézményeiben egyebek mellett a szakemberek által szubjektíven megítélt szakmai nehézségeket tárgyalja. Összesen 13 intézményhez kapcsolódóan történt adatgyűjtés. A válaszadók közül a Budapesten tevékenykedő gyógypedagógusok „*legnagyobbrészt az autista tanulók ellátásában látnak nehézségeket*" (Szabó, 2015, p. 82) A kutatási eredménnyel összhangban Ábrahám, Stefanik és Őszi az együttneveléssel kapcsolatosan adnak hangot aggályuknak, hogy az utazó gyógypedagógusi feladatot ellátó szakemberek milyen arányban rendelkeznek autizmus spektrum zavar pedagógiája szakirányú végzettséggel. A szerzők a mindennapos gyakorlattal kapcsolatban további nehézségeket hangsúlyoznak: „*az utóbbi évek ombudsmani vizsgálatai rávilágítottak arra, hogy többféle módon is sérülhetnek a tanulók jogai: az intézmények gyakran a személyi-tárgyi feltételek hiányára való hivatkozással utasítják el a jogszabályban foglaltak szerinti ellátást, más esetekben kényszermegoldásként magántanulói státusz kérésére, elfogadására buzdítják a szülőket. Sokszor megoldatlan az autizmusban súlyosan érintett, de a mért IQ tekintetében a 70 pont feletti sávba tartozó tanulók ellátása. Ennek egyik oka, hogy a többségi tanterv szerinti tanulás, különösen a felső tagozatban, a gyógypedagógiai intézményrendszerben nem megoldott. A többségi intézmények viszont gyakran magas osztálylétszámmal működnek, és valóban nem rendelkeznek megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel. Gyakori tapasztalat, hogy a tanuló iskoláról iskolára vándorol, mivel a szakmai feltételek hiánya miatt befogadása sikertelen. Szintén nehézséget jelent, hogy egyes, szakmailag indokolt körülmények megteremtésének nincsen meg a pontos jogszabályi alapja*" (Ábrahám, et al., 2018, p. 199). Keszi és munkatársai 2010-ben publikált kvalitatív kutatásuk eredményeivel összhangban utalnak az Országos Fogyatékosügyi Tanács megbízásából az autizmussal élő személyek speciális jogairól készített dokumentumelemzés alapján kirajzolódó oktatást-nevelést érintő gyakorlati nehézségekre, egyebek mellett arra, hogy „*nem áll rendelkezésre megfelelő számú speciálisan képzett szakember, az autizmussal élők nem egyenlő eséllyel férnek hozzá szolgáltatásokhoz és közintézményekhez, és a társadalmi elfogadás terén is komoly problémák vannak. Az átlagpolgár mellett az ellátásban részt vevő*

szakemberek is gyakran kevés és megtévesztő információkkal rendelkeznek az autizmusról, az információhiány pedig megnehezíti az elfogadó környezet kialakítását, mélyíti az autista és a nem autista emberek közötti szakadékot" (Keszi, Kiss, Pál & Papp, 2010, p. 30) Őszi Tamásné által szerkesztett, az autizmus-specifikus alapszolgáltatások működtetéséhez kialakított szakmai ajánlás keretein belül a jogszabályban foglaltakkal összefüggésben fogalmazódott meg a gyakorlati megvalósulásra adott reflexió. Eszerint problémát jelent, ha „*a lakóhely közelében nincsen autizmus-specifikus ellátás, vagy a rendelkezésre álló szolgáltatás valamilyen szempontból nem felel meg a gyermek szükségleteinek. Például életkorban, és/vagy az ellátott gyermekek képességei, autizmusban való érintettsége szempontjából nem illeszkedne a közösséghez a gyermek. Az ellátás minősége valamely, vagy akár több szempontból sem megfelelő: nincsen elegendő számú és/vagy képzett szakember, ezért az alkalmazott módszertan sem specifikus az autizmusra, a fejlesztő és taneszközök nem felelnek meg a gyermek szükségleteinek, a környezet nem eléggé biztonságos, vagy szenzorosan nagyon megterhelő. Integrációban, és gyógypedagógiai intézmény vegyes csoportjaiban a gyakorlatban előfordul, hogy a sérülésspecifikus fejlesztés teljesen hiányzik*" (Őszi, 2016, p. 26).

Az autizmussal élő tanulók oktatását és nevelését szabályozó jogi feltételek, az intézményrendszer mindenkori sajátosságai és lehetőségei, valamint a gyakorlati megvalósulás által kumulálódnak azok a hatások, melyek közvetve befolyásolhatják az autizmussal élő tanulók kitettségét a bullyinggal szemben. Mindez nem áll távol azoktól a korszerű, korábbiakban tárgyalt bullying-koncepcióktól, melyek a bántalmazással kapcsolatos kontextualitás fontosságát hangsúlyozzák.

1.6. Autizmus spektrum zavar és agresszió

Az agresszió és a szűkebb értelemben vett bullying jelensége összefüggésbe hozható a autizmushoz társuló viselkedési problémákkal, ez azonban nem egy konszenzuson alapuló meghatározott kategória. Többnyire „maladaptív", „problémás", „zavart", „esetleg" kihívó" jelzővel illethető ezen viselkedésformák köre, ide tartozik „*mások, önmaguk vagy a tulajdon megkárosítása, ugyanazon kérdés ismételgetése, a másokra vonatkozó személyes megjegyzések, a nyilvánosan történő maszturbálás, az egész éjszakai ébrenlét és aktivitás, az étkezések elutasítása, a széklet elkenése…a lista szinte végtelen*." (Clements & Zarkowska, 2007, p. 12) Az auto- és heteroagresszív megnyilvánulások helyet kapnak ezen viselkedési formák halmazán belül. „*A súlyos viselkedésproblémák némelyike veszélyes abban az értelemben, hogy fizikai bántalmazással fenyegethet. Ez lehet a személynek magának a közvetlen bántalmazása olyan autoagresszív viselkedésekkel, mint a fej szilárd felülethez ütögetése. (…) Lehet másokra*

veszélyes –az agresszió közvetlen formái, mint a harapás, rúgás, ütés vagy a fegyverhasználat. (...) Léteznek olyan formái a veszélynek, melyek nem olyan nyilvánvalóak, mint az előző példák. A verbális abúzus (szexualizált nyelv, bántalmazással való fenyegetés) emocionálisan nagyon ártalmas lehet, noha nem hagy fizikai nyomokat." (Clements & Zarkowska, 2007, p. 54)

Mesibov, Shea és Schopler autizmusban érintett személyek esetében az agresszió egyes megnyilvánulásait így magyarázza: „*Dühkitörések általában gyakoriak az ASD-vel élő embereknél, akik esetleg minden látható ok nélkül elkezdenek sikítani, törnek-zúznak, vagy akár megpróbálnak saját magukban is kárt tenni. (...) Az ASD-vel élő embereknél a dührohamok egyik legfőbb oka a korlátozott kommunikációs képesség. Előfordulhat, ha a személy nem képes kifejezni olyan dolgokat, mint: „Még mindig éhes vagyok", „Egy hólyag van a lábamon.", „Szeretném abbahagyni ezt a tevékenységet.", vagy „Unatkozom", akkor csak a sikítás vagy az ütés marad számára. Ehhez hasonlóan megtörténhet, ha nem érti meg, hogy mit kérnek tőle, vagy hogy mi történik körülötte, akkor sikít, vagy elszalad. Gyakran olyankor is megfigyelhetünk dühkitöréseket, ha a rutint félbeszakítja valami, vagy a környezet megváltozik (...). Esetenként előfordulhat, hogy az ASD-vel élők olyankor is agresszívvé válnak másokkal szemben, amikor éppen nincs dühkitörésük. Az ilyen viselkedést általában ugyanazok a tényezők okozzák, amelyek más, szociálisan nem megfelelő viselkedésért is felelősek. Megtörténhet, hogy az agresszív személy nem érti meg, hogy áldozata fájdalmat érez. Lehet, hogy a szükséges beszédkészség hiányában úgy próbál szociális interakciót kezdeményezni, hogy csipkedi, lökdösi, vagy pofozgatja a választott partnert. Az is előfordulhat, hogy a személy számára érzékszervi érdekességet jelent az agresszió által kiváltott sikoltás, kiáltás vagy szidás.*" (Mesibov, Shea & Schopler, 2008, p 38-39) Az agresszív megnyilvánulások gyakoriságát tekintve Baron-Cohen és Bolton szerint „*A legtöbb autizmussal élő ember szerencsére nem mutat túlzott agresszivitást, noha természetesen ők is dühvel reagálnak a frusztrációra, ahogyan a többiek is teszik. Az agresszió sajátos fajtái mindazonáltal megfigyelhetőek számos autizmussal élő gyermeknél. Gyakori megnyilvánulási forma, hogy az autizmussal élő megüti embertársát, vagy más módon okoz sérülést neki; ám amikor kikérdezik, kiderül, hogy nem volt tudatában, milyen érzelmi hatást gyakorol ezzel az „áldozatra", noha esetleg nagyon is tisztában volt a fizikai hatással (például azzal, hogy ettől az áldozat sírni fog).*" (Baron-Cohen & Bolton, 2000, p. 140-141) Feltételezhető tehát, hogy az indíttatás (például düh, frusztráció), a cselekedet (agresszív megnyilvánulás) és a következmény belátása (sérelem okozása, áldozattá tétel) nem minden esetben áll szinkronban egymással. A kezdeti indíttatás eredményezhet agresszív megnyilvánulást anélkül, hogy az egyén minden síkon belátná,

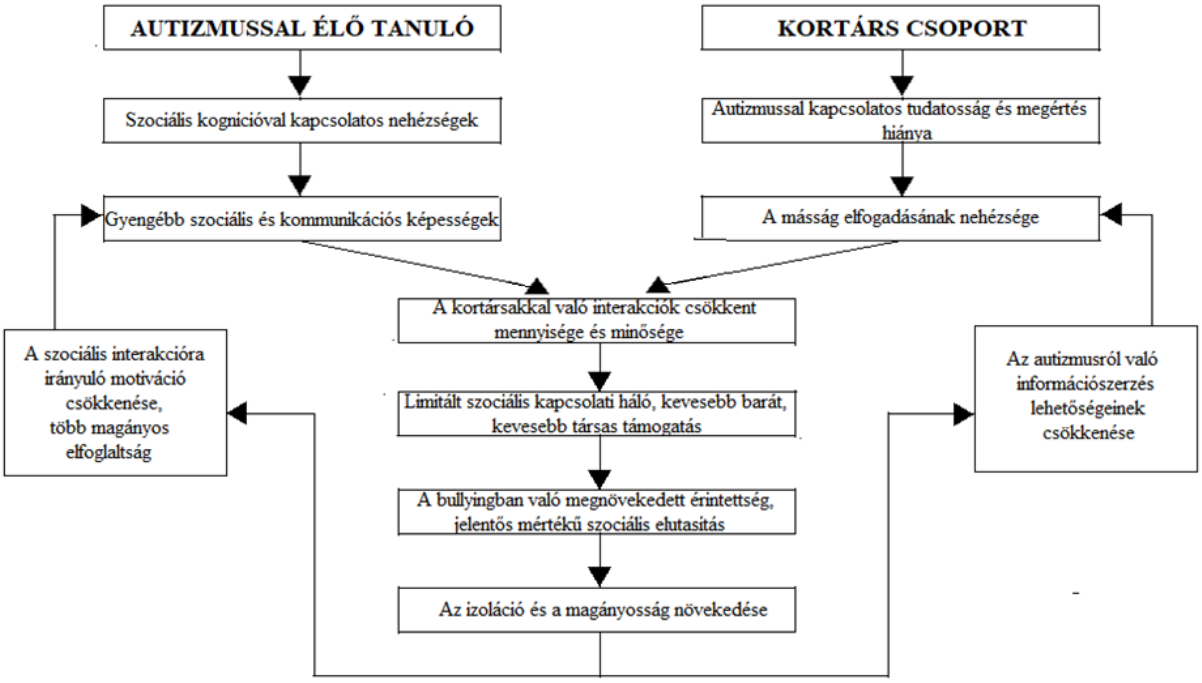
bejósolná annak következményeit, vagyis a másik személy számára okozott károkat. Más esetben a kezdeti indíttatás nélkülözi az agresszív tartalmat, nem dühből, vagy tényleges frusztrációból fakad, mégis agresszívnek ható megnyilvánuláshoz vezet, és esetlegesen a következmény komplex szintű belátására sem kerül sor.

1.6.1.Autizmus spektrum zavarral élő tanulók érintettsége az iskolai zaklatásban

Habár a bullyingban való érintettség terén a kapott prevalencia értékek nagy különbséget mutatnak - ami magyarázható az egyes kutatások definíciós különbségeivel, a választott mérőeszközök sokszínűségével, a mintaválasztás eltéréseivel -, az eredmények azt igazolják, hogy kiemelt kockázatú csoportként tekinthetünk az autizmussal élő tanulókra. Mindemellett az autizmusban érintett tanulók bullying-kutatásában különbségek mutatkoznak az egyazon kutatásban résztvevő válaszadóktól (pedagógus, szülő, kortárs versus érintett tanuló) kapott eredményekben is, amire magyarázatként szolgálhat az autizmus magdeficitjeként említett naiv tudatelméleti deficit (Hill et al., 2014). Gyakran idézett számadat, hogy a neurotipikus kortársakkal való összehasonlításban az Asperger-szindrómában érintett tanulók körében négyszer valószínűbb a viktimizáció valószínűsége (Little, 2001). A jelenség nem leválasztható bizonyos diagnosztikus sajátosságokról, és azok következményeiről. Dubin tizenegy olyan sajátosságot nevezett meg, amely az autizmusban érintett gyermekek és serdülők veszélyeztetettségét növeli a bántalmazás tekintetében: (1) alacsony frusztrációs tolerancia, (2) monotropizmus (ami akadályozza, hogy az egyén az információ egynél több szegmensére összpontosítson), (3) motoros képességek nehézségei, (4) társas naivitás, (5) auditív feldolgozás zavara, (6) nonverbális közlési csatornák olvasásának nehézsége, (7) speciális érdeklődés, (8) a párkapcsolatteremtési tapasztalatszerzés hiánya (ami alapján homoszexualitásra következtetnek a kortársak), (9) kulturális inkompatibilitás (vagyis az autizmusban érintett fiatal nem feltétlenül jártas a kortársak által preferált kultúrában, szubkultúrában), (10) képzeleti működés zavara, (11) szokatlan nyelvhasználat (Dubin, 2007) A viktimizációra hajlamosító rizikófaktorok közt azonosítható a szociális képességek deficitje, a kommunikációs nehézségek, a kevesebb számú vagy minőségében szegényesebb kortárskapcsolatok, az érzelemszabályozás nehézségei, az esetlegesen társuló internalizációs zavarok, a repetitiv és sztereotip viselkedés (Kloosterman et al., 2013; Nabuzoka, 2003; Rowley et al., 2012; Schroeder, Cappadocia, Bebko, Pepler & Weiss, 2014; Zeedyk, Rodriguez, Tripton, Baker & Blacer, 2014). A szociális interakciók zavara mellett a mások viselkedésének megértésében fellépő deficit szintén a kockázatot növeli (van Roekel, Scholte & Didden 2009). Az esetlegesen társuló ADHD további rizikófaktorként nevesíthető (Montes & Haltermann 2007; Sterzing,

Shattuck, Narendorf, Wagner & Cooper, 2012). Autizmus esetén a tipikustól eltérő érdeklődés és viselkedés, az áldozattá válásban tanúsított intenzív érzelmi és viselkedéses válasz egyúttal megerősítő, felbátorító hatással bírhat a zaklatói magatartást képviselő kortársakra, ami a rizikó erősödését jelenti. A szociális kapcsolatok nehézségei miatt az autizmusban érintett tanulók kevésbé élvezik a szupportív kortárskapcsolatok protektív faktorának előnyeit, ebből is fakad a kortárscsoporton belül kialakult marginalizált helyzet, ami szintén kockázati tényezőként nevesíthető (Cappadocia, Weiss & Pepler, 2011). Jargin azt hangsúlyozza, hogy az autizmus tünetei és a bullyingban való érintettség között kétirányú kapcsolat feltételezhető: miközben az autizmusra jellemző tünetek a bullying rizikóját felerősítik, a zaklatás elszenvedése egyúttal az atipikus magatartásjellemzők manifesztációját támogatja (Jargin, 2017).

Humphrey és Symes az együttneveléssel összefüggésben alkotta meg a kortárs interakciók kölcsönhatásának modelljét, mely az autizmusban érintett tanulók bullyingban való érintettségére is ad lehetséges magyarázatot. A modell értelmében a szociális kimenetel az autizmusban érintett tanuló és a kortárs oldaláról befolyásolható. Az autizmusban érintett tanulók szociális kogníciót érintő nehézségei, a gyengébb szociális és kommunikációs képességek nehezítik a kortársakkal való interakciók értelmezését és a reciprocitást. Ezzel egyidejűleg a kortársak nem feltétlenül értelmezik megfelelően az autizmusban érintett tanulók viselkedését, a „másság” elfogadása nehézségekbe ütközik. Az autizmussal élő tanulók és a kortársak oldaláról jelentkező befolyásoló hatások eredményeképpen megnövekedhet a szociális elutasítás, csökken a kortárs támogatás. Kevesebb baráti kapcsolattal rendelkeznek az autizmusban érintett tanulók, jelentősebb a bullying valószínűsége, az izoláció és elmagányosodás kockázata felerősödik. A társas közegben szerzett negatív tapasztalat a magányos tevékenységeknek kedvez és csökkenti az autizmusban érintett tanulók szociális interakciókra irányuló motivációját. Ezáltal még kevesebb lehetőség nyílik a szociális és kommunikációs képességek fejlődésére. A pozitív interakciók hiánya egyúttal akadályozza, hogy a kortársak hozzáférjenek az autizmust érintő adekvát információkhoz. A modell circulus vitiosus-ként értelmezi a kortárs interakciók kölcsönhatásait (Humphrey & Symes, 2011).



3. ábra: A kortárs interakciók kölcsönhatásának modellje (forrás: Humphrey & Symes, 2011, p. 400)

Milton kettős empátia probléma modellje szintén a kölcsönösség oldaláról közelíti meg az autizmusban érintett és a neurotipikus személyek szociális interakcióinak elakadásait. Milton megfogalmazásában a kettős empátia probléma „*a reciprocitás akadályozottsága két eltérő diszpozíciókkal rendelkező egyén között, ami annál hangsúlyosabbá válik, minél nagyobb az élettér percepciójának különbözősége. Ezt gyakorta értékelik annak a „természetes attitűdnek" a megsértéseként, ami hozzájárul a neurotipikus személyek kapcsolati valóságához, és ezáltal az autista személyek mindennapos és traumatikus élményévé válik*" (Milton, 2012, p. 884). Milton szerint kettős probléma áll fenn, ami a szociális interakciók során alakul ki két eltérő diszpozíciókkal rendelkező egyén között, akik a konceptuális megértés terén is különbözhetnek. Nem kizárólag az autizmusban érinett személy számára okoz nehézséget a neurotipikus személyt mentalizálni, a neurotipikus fél szintén nehezen mentalizálja az autizmussal élő egyént. Milton azt is hangsúlyozza, hogy a kettős probléma a neurotipikus fél oldalán mutatkozik súlyosabbnak, mert az autizmusban érintett személy számára mindennaposan tapasztalt élmény a különbözőség effajta megélése (Milton, 2012). Mindenekelőtt a bullying-prevenció és intervenció szempontjából fontos, hogy az autizmusban érintett tanulók és a bullying kérdéskörét kizárólag az autizmusban érintett személyek vagy a bullying alkalmával velük kapcsolatba kerülő kortársak és a kontextust kialakító szociális interakciók felől közelítjük-e meg. Ezt részletesebben az értekezés 1.6.3. fejezetében tárgyaljuk.

1.6.2.A bullying kutatása autizmus spektrum zavarral élő személyek körében

Hill és munkatársai 400 fős mintán vizsgálták az autizmusban érintett 2-18 éves gyermekek és fiatalok agresszió jellemzőit. Az agresszió, mint viselkedési probléma prevalencia értéke a vizsgált csoporton belül 25% az alkalmazott mérőeszköz (Gyermekviselkedési Kérdőív, CBCL) által kapott eredmény szerint. Az agresszióban ily módon érintettek 83%-ának esetében jelezte a szülő a fizikai agresszió meglétét. Az agresszió viselkedési problémájában érintett autizmussal élő gyermekek körében szignifikánsan valószínűbb a pszichotróp gyógyszerek és a melatonin orvosi javaslattal történő használata, továbbá nagyobb az alvási nehézségek, az internalizációs problémák és a figyelemproblémák előfordulása. Ugyanakkor az agresszió terén érintett gyermekek körében az autizmus spektrum zavar kevésbé súlyos tüneti képet mutat, illetve enyhébb mértékű a szociális képességek deficitje. Emellett az agresszió viselkedési problémájával jellemezhető gyermekek körében az adaptív működés nem sérült súlyosabb mértékben, mint azoknál, akik esetében az agresszió nem jelenik meg viselkedési problémaként. Az agresszívnek mutatkozó gyermekek szignifikánsan nagyobb hányada esett 85 alatti IQ-tartományba az agressziót nem mutató gyermekekkel való összehasonlításban (Hill et al., 2014).

Cappadocia, Weiss és Pepler autizmus spektrum zavarral élő 5-21 éves gyermekek és felnőttek körében vizsgálták a bullyingban való érintettséget, valamint a jelenséget érintő védő- és rizikófaktorokat 192 fő részvételével. A válaszadó gondviselők/szülők 77%-a jelezte, hogy a vizsgálatot megelőző egy hónapban érte zaklatás a gyermekét, 11% egyetlen alkalomról számolt be, 23%-uk két-három alkalomról adott jelzést, 13%-uk heti egy alkalomra utalt, 30%-uk pedig heti két, vagy annál is több alkalmat jelölt meg a zaklatás gyakoriságaként. Azok a gondviselők/szülők, akik a vizsgálatot megelőző hónappal kapcsolatban jelezték a zaklatás előfordulását, eltérő időtartamú zaklatói periódusokat konkretizáltak. A válaszadók 6%-a egy hétben, 2%-uk két hónapban, 20%-uk néhány hónapban, 9%-uk egy évben, 54%-uk több mint egy éves időtartamban határozta meg a zaklatás előfordulásának időhosszát. 9% esetében nem hozzáférhető a zaklatás időtartamára vonatkozó adat. A válaszok alapján a gyermekek 68%-a zaklatás több formáját (fizikai, verbális, kapcsolati zaklatás és cyberbullying) is elszenvedi. A leggyakoribbnak a verbális és kapcsolati zaklatás bizonyult. Cappadocia, Weiss és Pepler kutatásában az életkor, a kommunikációs nehézségek, az internalizációs zavarok, az iskolai barátok száma és a szülők mentális egészsége prediktív tényezőnek mutatkoztak a viktimizáció gyakoriságának tekintetében. A viktimizációban egyáltalán nem (vagy maximum egy alkalommal) érintett gyermekekhez képest az érintett gyermekek körében ötször valószínűbb

volt a kommunikációs nehézségek terén elért magas érték és tizenegyszer valószínűbb volt az internalizációs zavarok terén kapott magas érték. A viktimizációban érintettek a nem viktimizált csoporthoz képest jellemzően fiatalabbak voltak és szegényes baráti kapcsolatokkal rendelkeztek (Cappadocia, et al., 2012).

Kloosterman és munkatársai 11-18 év közötti magasan funkcionáló autizmussal élő csoportot (24 fő) hasonlítottak össze tanulásban akadályozott és/vagy ADHD-ben érintett tanulók (22 fő) és tipikusan fejlődő tanulók (24 fő) csoportjával. Szignifikánsan több autizmus spektrum zavarban érintett személy számolt be viktimizációról, mint a tipikusan fejlődő tanulók csoportjában, ugyanakkor nem mutatkozott különbség a tanulásban akadályozott és/vagy ADHD-ban érintett csoporthoz képest. A bullying eltérő típusainak tekintetében a szociális izoláció megállapítását figyelembe véve az autizmusban érintett csoportban szignifikánsan többször jeleztek érintettséget, mint a tipikusan fejlődő, valamint a tanulásban akadályozott és/vagy ADHD-ban érintett csoportban. A fizikai agresszió megállapításait tekintve szintén szignifikánsan többen jeleztek érintettséget az autizmussal érintett csoportban, mint a tipikusan fejlődő csoportban, ugyanakkor nem mutatkozott különbség a tanulásban akadályozott és/vagy ADHD-ban érintett csoporthoz képest. A zaklatóként való érintettségben nem mutatkozott különbség a három csoport között. Az önkitöltéses válaszok és a szülő által adott válaszok között nem mutatkozott szignifikáns különbség a viktimizáció és a zaklató magatartás kérdéseit illetően egyik csoportban sem (Kloosterman et al., 2013).

Rowley és munkatársai autizmus spektrum zavarral élő 10-12 éves tanulók csoportját (100 fő) hasonlították össze egyéb fogyatékossággal élő tanulók csoportjával (80 fő) és az Egyesült Királyságban kapott korábbi normatív populációs adatokkal. Autizmus spektrum zavarban érintett gyermekek szülei körében 7 szülőből 1 adott számot arról, hogy gyermeke „bizonyosan" bántalmazott más gyermeket, ez magasabb arány a normatív populációhoz képest, de nem különbözik az egyéb fogyatékossággal élő tanulókhoz képest. A pedagógusok válaszai alapján az autizmusban érintett tanulók zaklatóként történő magatartásának aránya nem különbözik a normatív populációtól és az egyéb fogyatékossággal élő tanulók csoportjától. A viktimizációt tekintve az autizmussal élő tanulók szüleinek 33%-a jelezte, hogy „bizonyosan" volt példa az áldozattá válásra, ami magasabb arány a normatív populációhoz és a más fogyatékosságban érintett tanulók csoportjához képest. A pedagógusok beszámolója alapján az autizmussal élő csoport viktimizációja magasabb arányt mutat a normatív populációhoz képest, de nem különbözik az egyéb fogyatékossággal élő csoporttól. Saját bevallás alapján az autizmusban érintett gyermekek háromnegyede jelezte a viktimizációban való érintettséget. A

szülői és a pedagógusi vélemények közti egyezés elkövetői magatartás és viktimizáció tekintetében enyhe szignifikanciát mutat, viktimizáció kérdésében az autizmussal élő tanulók, illetve a pedagógusok és szülők bevallása közti egyezés is szignifikáns. Rowley és munkatársai meglepő eredményre jutottak: azok az autizmusban érintett tanulók, akik kevésbé súlyos sérüléssel rendelkeznek a szociális és a kommunikációs készségek területén, magasabb szintű érintettséget mutatnak az elkövetői magatartás és a viktimizáció területén egyaránt. (Rowley et al., 2012).

Sterzing és munkatársai autizmusban érintett, 13-16 éves, gyógypedagógiai ellátást igénybe vevő (special education sevices) adoleszcensek reprezentatív mintáján végezték el vizsgálatukat szülői válaszadás alapján. A kutatásban 1100 fő vett részt. A szerzők 46,3%-ban állapították meg a viktimizációs érintettséget, a minta 14,8-át érintette az elkövetői magatartás, míg áldozati és elkövetői érintettség mutatkozott a vizsgálati személyek 8,9%-ánál az adott tanévben szülői válaszadás alapján. A fejlettebb szociális képességek protektív tényezőként hatnak és összefüggést mutatnak az alacsonyabb mértékű viktimizációval. Ugyanakkor a társalgási kommunikációs szinttel nem rendelkező tanulókhoz képest a fejlettebb kommunikációs képességekkel bíró tanulók magasabb érintettséget mutattak az áldozattá válásban. Azok a tanulók, akik hetente legalább egyszer találkoznak barátokkal, valószínűbb, hogy érintetté válnak az elkövetésben vagy nagyobb valószínűséggel kerülnek elkövető-áldozat szerepbe, mint az izolált társaik. A barátokkal való érintkezés és a viktimizáció között nem mutatkozott kapcsolat. Ez ellentmond annak az általános megállapításnak, mi szerint a baráti kapcsolatok megléte protektív tényező a viktimizációval szemben. Az autizmusban érintett adoleszcensek szignifikánsan nagyobb mértékben váltak elkövetőkké, mint az értelmileg akadályozott, tanulásban akadályozott vagy logopédiai célcsoportba tartozó tanulók. Azoknál a fiataloknál, akiknél az autizmushoz ADHD is társul szignifikánsan nagyobb volt a valószínűsége a viktimizációnak, az elkövetésnek, illetve a viktimizáció és elkövetés együttjárásának, mint az ADHD nélkül autizmusban érintetteknél. Azok az autizmussal élő tanulók, akik tanulmányaik legalább 75%-át integrált oktatási körülmények között végezték, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel viktimizálódtak, mint azok, akik tanulmányaik csupán 25%-át vagy ennél is kisebb hányadát töltötték integrált oktatási környezetben. (Sterzing, Shattuck, Narendorf, Wagner & Cooper, 2013).

Montes és Halterman egy átfogó kutatás részeként 53 219 szülő elérésével 6-17 éves gyermekeket, köztük autizmus spektrum zavarral élő fiatalokat, akik rendelkeznek vagy nem rendelkeznek ADHD/ADD diagnózissal. Emellett a kizárólag ADHD/ADD diagnózissal

rendelkező csoport eredményei összehasonlításra adtak lehetőséget. Az eredmények értelmében az autizmus önmagában nem növelte a bullying valószínűségét, az ADHD/ADD megduplázta a valószínűséget, míg az autizmus és az ADHD/ADD együttes fennállása a bullying valószínűségét több mint négyszeresére emeli. (Montes & Halterman, 2007).

Zeedyk és munkatársai 13 éves autizmusban érintett tanulók (44 fő) körében vizsgálták a bullying jelenségét értelmileg akadályozott (39 fő) és neurotipikus tanulókkal (92 fő) való összehasonlításban. A vizsgált autizmusban érintett gyermekek 75%-át találták viktimizációban érintettnek önbevallásos válaszok alapján, a szülői válaszok értelmében 80%-ra tehető az arányuk. Zeedyk és munkatársai az önbevallásos és szülői válaszok alapján arra az eredményre jutottak, hogy a megnövekedett externalizációs és internalizációs zavarok, a csökkent szociális képességek, a nagyobb számú baráti konfliktusok a bullyingban való nagyobb mértékű érintettségnek kedveznek (Zeedyk, et al., 2014).

Adams és munkatársai autizmusban érintett serdülők körében végeztek kutatásokat, tanulmányukban két kutatást mutatnak be. 10-17 éves autizmusban érintett tanulók 54 fős mintáján a szülői válaszok alapján a vizsgálatot megelőző egy hónapban a tanulók 35%-ánál mindennapossá vált a viktimizáció, 50%-nál heti egyszer fordult elő bántalmazás, 61%-nál az adott hónapban legalább egy alkalommal került rá sor. A viktimizáció és az iskolai teljesítmény vonatkozásában a szerzők arra az eredményre jutottak, hogy míg a kapcsolati és verbális zaklatáshoz köthető viktimizáció kapcsolatban áll az iskolai engedetlenséggel, addig a fizikai zaklatáshoz kapcsolódó viktimizáció tekintetében ez a kapcsolat nem áll fenn. Ennek értelmében azok a tanulók, akik áldozatként súlyosabb mértékben érintettek a verbális és kapcsolati zaklatásban, engedetlenebbnek mutatkoznak az iskolában. Kizárólag a verbális zaklatásban való érintettség állt szignifikáns kapcsolatban az iskolába járástól való félelemmel, valamint szignifikáns kapcsolat mutatkozott a verbális agresszió és a gyenge iskolai teljesítmény között is. Sem a fizikai, sem a kapcsolati zaklatás nem állt szignifikáns kapcsolatban az iskolába járástól való félelemmel és a gyenge iskolai teljesítménnyel. 10-18 éves tanulók 432 fős mintáján készült a tanulmányban publikált második kutatás. Eszerint a verbális és a fizikai zaklatás, valamint a mellőzés és provokáció - mint önállóan meghatározott viktimizációs forma – szignifikáns kapcsolatban állt az iskola szeretetével, az iskolához tartozás érzésével, az iskolában megélt biztonságérzettel. Szülői válaszadás alapján a viktimizációban való érintettség az iskola szeretetének, az iskolához tartozás és a biztonságérzet alacsony mértékével állt kapcsolatban. Ez a kapcsolat mindenekelőtt a verbális zaklatásban való érintettség és a mellőzés terén bizonyult jelentősnek (Adams, Taylor, Duncan & Bishop, 2016).

Adams és munkatársai (2014) további eredményeket közöltek 10-17 éves fluens verbalitással rendelkező autizmussal élő adoleszcensek vizsgálatát követően 54 fő részvétele mellett. A tanulók válaszai szerint a viktimizációs érintettség és az internalizációs tünetek között kapcsolat mutatkozott, míg a szülőtől kapott válaszok nem igazolták ezt. Egyedüli kivételt a fizikai zaklatás által történő viktimizáció jelentett, ezen a területen a szülői válaszok értelmében is megmutatkozott az internalizációs tünetekkel való kapcsolat. Azok az adoleszcensek, akik súlyosabb mértékben produkálták az autizmus spektrum zavarra utaló tüneteket, nagyobb valószínűséggel viktimizálódtak. Másrészt a restriktív és repetitív viselkedés, mint tünet csak a szülői válaszok alapján mutatott kapcsolatot a viktimizációval (Adams, Fredstrom, Duncan, Holleb & Bishop, 2014).

Begeer és munkatársai ép intellektusú autizmusban érintett tanulókat vizsgáltak szegregált iskolai környezetben (kizárólag autizmussal élő tanulókat fogadó iskola) 26 fő részvételével, 11-14 év között. Sem az elkövetésben, sem a viktimizációs érintettség kapcsán nem volt szignifikáns különbség az autizmusban érintett és a neurotipikus tanulók csoportjának összehasonlításakor az önbevallásos és a kortársaktól kapott válaszok értelmében. Ugyanakkor az önbevallásos válaszok szerint az autizmussal élő tanulók szignifikánsan kisebb mértékben tanúsítanak védelmező magatartást a bántalmazás során, mint a neurotipikus tanulók. A kortársak által adott válaszok alapján nem rajzolódott ki ez a különbség (Begeer, Fink, van der Meijden, Goossens & Olthof, 2016).

Chou és munkatársai magasan funkcionáló 11-18 éves autizmussal élő adoleszcensek körében végezték kutatásukat 175 szülő-gyermek diád részvételével. Az önbevallásos válaszokhoz képest a szülők magasabb arányban számoltak be a tanulók viktimizációs érintettségéről: míg a tanulók 17,8%-a jelezte, hogy áldozati szerepben érintett a zaklatásban, addig a szülők 23,7%-a állította ugyanezt. Ehhez hasonlóan elkövető-áldozatként jellemezhető a tanulók 9,1%-a az önbevallásos válaszok alapján, míg a szülői válaszadás szerint a tanulók 28,8%-a válik elkövető-áldozattá. Az elkövetés terén viszont a tanulókhoz képest a szülők kisebb mértékű érintettséget jeleztek: 5,9%-uk esetében merül fel a gyermek elkövetői érintettsége, míg önbevallásos alapon a gyermekek 9,1%-a bizonyul elkövetőnek. A szociokommunikációs deficit szignifikáns kapcsolatban állt a viktimizációval az önbevallásos válaszok alapján, ugyanakkor a szülői válaszok szerint ez nem igazolódott. A hiperaktivitás/impulzivitás és az oppozíciós zavar tünetei a szülői válaszok alapján kapcsolatban álltak a viktimizációval és az áldozat-elkövető magatartással, de az önbevallásos válaszok alapján nem igazolódott a kapcsolat. Az önbevallásos válaszok alapján az áldozatok és az elkövető-áldozatok, valamint a

szülői válaszok alapján az elkövető áldozatok súlyosabb szociokommunikációs deficitet produkáltak, mint a bántalmazás folyamatában semlegesnek mutatkozó tanulók. Ugyanakkor az elkövetők kapcsán nem mutatkozott különbség a szociokommunikációs deficit terén a semleges tanulókhoz képest sem az önbevallásos, sem a szülői válaszok alapján. A szociokommunikációs terület esetében fennáll a kapcsolat a zaklatásban való érintettséggel, ugyanakkor a maníros viselkedés (autism mannerism), a társas tudatosság (social awareness) és a társas érzelmek (social emotion) tekintetében nem. Sem az autizmusra jellemző szociális képességdeficit, sem az ADHD tünetek tekintetében nem mutatkozott különbség az elkövető-áldozatok, az elkövetők és az áldozatok között. A szülői válaszok alapján az elkövető-áldozatok az oppozíciós zavar súlyosabb tüneteiet produkálják, mint az áldozatok (Chou et al., 2019).

Kelly és munkatársai azt a hipotézist vizsgálták, mi szerint az autizmusban érintett gyermekek és serdülők esetében a viktimizáció indirekt módon prediktálja az autizmus szimptomatológiáját a depresszió és szorongás tünetei által. A vizsgálat 6-16 év közötti gyermekeket és serdülőket érintett 322 fő részvételével. A hipotézis ebben a formában nem igazolódott, a szerzők nem találtak ilyen kapcsolatot a kortársbántalmazás kapcsán kialakuló viktimizáció és a depresszió, illetve szorongásos tünetek között, továbbá a viktimizáció és az autizmus spektrum zavar szimptomatológiája között. A viktimizáció gyengén és közvetlenül prediktálja az autizmus spektrum zavar szimptomatológiáját (Kelly, Garnett, Attwood & Peterson, 2008).

Lung és munkatársai 1461 fő részvétele mellett 12 éves tanulók vizsgálata alkalmával arra az eredményre jutottak, hogy eltérő csoportok összehasonlítása során az autizmusban érintett csoport állt a második helyen a viktimizációs érintettség terén. Míg az értelmileg akadályozott tanulók 63,6%-a érintett áldozatként, addig az autizmus spektrum zavarral élő tanulók 62,5%-a viktimizálódott, ADHD-ban való érintettség esetén ez az arány 39,4%, a tanulásban akadályozott tanulók 25%-a válik áldozattá. Az autizmusban érintett adoleszcensek – az értelmileg akadályozott és az ADHD-ban érintett tanulókhoz hasonlóan – szignifikánsan nagyobb arányban viktimizálódnak, mint a diagnózissal nem rendelkező kontrollcsoport (Lung, Shu, Chiang & Lin, 2019).

Sofronoff, Dark és Stone integrált környezetben tanuló 6-16 éves Asperger-szindrómában érintett tanulók körében végzett vizsgálatot a szülői válaszadás alapján. Az adatfelvétel során 133 Asperger-szindrómában érintett gyermek szülője adott választ (kiegészülve 23 neurotipikus gyermek szüleitől kapott adatokkal). A kutatás egyik fókusza a társas kapcsolatok terén tapasztalt naivitás és hiszékenység jelenségét összefoglaló fogalomként tárgyalt társas

vulnerabilitás (social vulnerability) és a bullying lehetséges kapcsolata. Az Asperger-szindrómában érintett fiatalokat szignifikánsan nagyobb mértékben jellemzi a társas vulnerabilitás, mint a neurotipikus tanulókat. A társas vulnerabilitás mérőeszközén (Social Vulnerability Scales, SVS) kapott magasabb értékek összefüggést mutattak a bullyingban való jelentősebb érintettséggel és a szociális képességek gyengeségével. A társas vulnerabilitás, a szociális képességek, a szorongás, a harag és a viselkedésproblémák együttesen prediktálják a zaklatásban való érintettséget, ugyanakkor önállóan csak a társas vulnerabilitás mutatkozott szignifikáns prediktornak az iskolai zaklatásra nézvést (Sofronoff, Dark & Stone, 2011).

Weiss és munkatársai autizmusban érintett adoleszcensek és felnőttek szüleitől (édesanyáktól) kaptak válaszokat kutatásuk során 101 fő részvételével. A válaszadók 29%-a jelezte, hogy gyermeke bizonyosan nem viktimizálódott a válaszadást megelőző egy hónapban, 7%-uk jelezte, hogy a gyermek egy alkalommal esett iskolai zaklatás áldozatává, 17%-uk esetében 2-3 alkalommal került sor iskolai bántalmazásra a vizsgálatot megelőző hónapban. A szülők 11%-a heti egyszeri gyakoriságról számol be, 36%-uk esetében hetente kétszer vagy ennél is gyakrabban sor kerül iskolai zaklatásra. A viktimizáció gyakorisága pozitívan korrelált a gyermekek által tapasztalat szorongás mértékével, az autizmus spektrum zavar tüneteinek súlyosságával, a negatív életesemények arányával és a szülői stressz (szülőségből fakadó stressz) mértékével. A gyermekek neme és a viktimizációs gyakoriság között nem mutatkozott kapcsolat. A háztartásba befolyó bevétel és a szülői stressz mellett a viktimizációs gyakoriság is az átélt szorongás szignifikáns független prediktorának bizonyult. Az édesanyák által átélt szülői stressz befolyásolta az áldozattá válás és a szorongás közti kapcsolatot. A viktimizáció és a szorongás közti kapcsolat a magas szülői stressz-szint mellett bizonyult a legerősebbnek, ugyanakkor nem mutatkozott szignifikáns kapcsolat abban az esetben, amikor az édesanyák alacsony mértékű szülői stressz-szintről számoltak be (Weiss, Cappadocia, Tint & Pepler, 2015).

Zablotsky és munkatársai 6-15 éves autizmusban érintett fiatalokat vizsgált szülői válaszadás alapján. A vizsgált személyek 63%-a viktimizálódott már élete során, 38%-uk esetében a vizsgálatot megelőző hónapban is sor került bántalmazásukra. A tanulók 28%-ának esetében a viktimizáció gyakorinak mondható (havi 2-3 alkalommal előforduló bántalmazás), 5% esetében az elkövetés tekinthető gyakorinak. A vizsgált tanulók 19,9%-a viselkedett már zaklatóként, 9,3%-uk a vizsgálatot megelőző hónapban is. A vizsgált gyermekek 63%-a elkövetővé és áldozattá is vált a vizsgálatot megelőző hónapban. Az autizmus spektrum zavar eltérő diagnózisainak összehasonlítása során az Asperger-szindrómában érintettek (a vizsgált

személyek 48,7%-a) körében a legvalószínűbb a gyakori (havi 2-3 alkalommal történő) viktimizáció, ennél a diagnózisnál az érintettek 89%-a vált már iskolai zaklatás áldozatává az élete során. A társuló komorbiditás szintén a viktimizációra hajlamosító tényezőnek bizonyult. Az autizmusra jellemző vonásokkal súlyos vagy mérsékelt mértékben rendelkező gyermekek körében valószínűbb a viktimizáció. Az elmúlt hónap bántalmazásával kapcsolatban különösen veszélyeztetettnek bizonyultak azok, akik számára a baráti kapcsolatok kialakítása nehézséget okoz. Az alacsonyabb iskolai teljesítményt produkáló gyermekek körében kisebb mértékű bántalmazás volt jellemző a vizsgálatot megelőző hónapban. Az adatfelvételt megelőző hónap tekintetében az elkövetés prediktoraként említhető az autizmusra jellemző vonások súlyos mértéke, továbbá valószínűbb volt az elkövetés azok körében is, akik számára a barátságok köttetése nehézséget okoz. A baráti kapcsolatok kialakításában felmerülő nehézségek szignifikáns prediktornak bizonyultak az áldozat-elkövető magatartás terén is, emellett azok a tanulók, akik társuló két, vagy annál is több komorbid zavarral küzdenek, szintén nagyobb valószínűséggel váltak áldozat-elkövetővé a vizsgálatot megelőző hónapban. Azok a tanulók, akik körében súlyosabbak az autizmusra jellemző vonások, nagyobb valószínűséggel váltak áldozat-elkövetővé, mint a kevésbé súlyos tünetekkel rendelkező gyermekek. Emellett a vizsgálatot megelőző hónapot tekintve az Asperger-szindrómában érintett tanulók nagyobb valószínűséggel váltak áldozat-elkövetővé, mint a spektrum egyéb diagnózisaival rendelkező tanulók (Zablotsky, Bradshaw, Anderson & Law, 2014).

Novin, Broekhof és Rieffe ép értelmű autizmussal élő fiúk körében végzett kutatást az érzelmek, valamint a bullying elkövetői és áldozati aspektusának kétirányú kapcsolatáról. A longitudinális kutatásban 73 autizmusban érintett adoleszcens vett részt (valamint a 96 főből álló neurotipikus serdülőkből álló kontrollcsoport). Az eredmények értelmében a harag érzésének túlsúlya és a bűntudat alacsony mértéke nagyobb mértékű elkövetői érintettséggel járt, ugyanakkor az irány megfordítható, tehát a zaklatásban való súlyosabb mértékű érintettség a harag érzésének túlsúlyához és a bűntudat csekély mértékű átéléséhez járult hozzá. Az áldozattá váló fiatalok jelentős mértékben élik át a harag, a szégyen és a félelem érzését amellett, hogy a félelem és a harag hozzájárul a viktimizációhoz és triggerként hat az elkövető kortársak zaklató magatartására nézvést. Az autizmusban érintett fiatalok mindenekelőtt a harag érzését élik át az áldozattá válás során, ami támogatja azt a feltevést, hogy a kellemetlen szociális helyzetek kontrollálatlan arousal-t eredményeznek. Habár az autizmusban érintett vizsgálati személyek kisebb mértékben számoltak be bűntudat átéléséről, mint neurotipikus társaik, a bűntudat érzése protektív tényezőnek bizonyult az elkövetői magatartás tekintetében

az autizmussal élő és a neurotipikus csoportban egyaránt. A zaklatás és az érzelmek kétirányú kapcsolatának vizsgálata szerint circulus vitiousus-ként írható le az autizmussal élő fialatok viktimizációjának szabályszerűsége: a zaklatásra adott jellemző érzelmi válasz a harag, ez azonban – gyakran kontrollálatlan megnyilvánulás eredményeképpen – azt vonja magával, hogy az autizmussal élő fiatalok ismétlődő zaklatás céltáblájává válnak (Novin, Broekhof & Rieffe, 2019).

Fisher és Taylor kvalitatív kutatása a viktimizáció szubjektíven megélt élményszerűségét tárja fel autizmusban érintett tanulók körében. A kutatásban 17-20 éves fiatalok vettek részt, összesen 30 fő. Az eredmények alátámasztják, hogy a bullying jelenségének megélése és interpretációja különbözik a vizsgált csoportban a neurotipikus tanulók önbevallásos alapon regisztrált élményeihez képest. A vizsgálati személyek 73%-a tapasztalt viktimizációt. Az áldozattá váló tanulók a bántalmazás okai közt személyes attribútumokat jelöltek meg (saját magukat hibáztatták, „könnyű prédának" minősülnek, felismerhető fogyatékossággal rendelkeznek), valamint a mások által kialakított véleményeket (negatív vélemény és elutasítás) jelölték meg kiváltó okként. A viktimizációra adott reakciók közt megjelenik az adott pillanatban adott válasz (a zaklató mellőzése, érzelmek kontrollálása, asszertivitás), az esemény után adott válasz (pedagógusnak és/vagy szülőnek jelezni a problémát, a jelzés késleltesése az iskola befejeztéig, saját viselkedés módosítása, történtek lejegyzése). Megjelenik továbbá a megtorlás igénye (az esemény pillanatában vagy azután, fenyegetőnek mutatkozni), a minimalizálás igénye (a helyzet súlyosságát alábecsülni, bagatellizálni), a bántalmazó és áldozat közti kapcsolat megváltozása (bizalomvesztés, bosszantónak értékelni az elkövetőt) (Fisher & Taylor, 2016).

Weiss és Fardella autizmusban érintett 18-53 éves felnőtteket (45 fő) vizsgált neurotipikus felnőttekkel (42 fő) való összevetésben az őket érintő viktimizáció és elkövetői magatartás kérdéskörében. A gyermekkorban tapasztalt viktimizáció kérdését körüljárva az autizmusban érintettek 6,7-szer nagyobb valószínűséggel számoltak be tulajdont érintő károkozásról, ezen belül a lopás valószínűsége is lényegesen magasabb volt. Neurotipikus felnőttek önbevallásos válaszaival való összevetésben az autizmussal élő csoporton belül 4-szer valószínűbb a felnőtt elkövető részéről történt gyermekkori bántalmazás, köztük a fizikai, pszichológiai és érzelmi bántalmazás. 27,1-szer valószínűbb a kortársak részéről tanúsított verbális bántalmazás, 3,7-szer valószínűbb a bullying egyéb megnyilvánulása a kortárscsoportban, 7,3-szor valószínűbb a kortárs által elkövetett szexuális zaklatás. Összességében az autizmusban érintettek szignifikánsan nagyobb arányban számoltak be a gyermekkort érintő krónikus

poliviktimizációról, mint a neurotipikus csoportban. A felnőttkorban tapasztalt élményeket illetően 2,7-szer magasabb a verbális bántalmazás valószínűsége az autizmusban érintettek körében, illetve valószínűbb a szexuális zaklatás valószínűsége is, elsősorban ismert elkövető által. Ugyanakkor az autizmussal élő válaszadók nem számoltak be nagyobb mértékű felnőttkorban tapasztalt poliviktimizációról, mint a neurotipikus csoport válaszadói. A válaszadók összehasonlításában a felnőttkori elkövetés terén sem mutatkozott jelentős különbség az eltérő bántalmazási típusok egyikében sem. Korábbi kutatási eredményeket megtámogatva az autizmusban érintett csoportban kevésbé fejlett szociokommunikációs kompetenciára és érzelemregulációs képességekre utalnak az eredmények, ugyanakkor sem a szociokommunikációs kompetencia, sem az érzelemregulációs képességek nem korreláltak szignifikánsan a gyermekkori, illetve a felnőttkori poliviktimizációval egyik csoportban sem (Weiss & Fardella, 2018).

A hazai kutatások közül Méhes és Stefanik vizsgálata keresi a választ a szociometriai jellemzők és a viktimizáció kapcsolatára autizmusban érintett tanulók kapcsán. A kutatásban két középiskola három osztálya vett részt összesen 76 tanulóval. Mindkét iskolában megvalósul az együttnevelés. A vizsgálatban résztvevő 14-20 éves fiatalok közül 73 fő neurotipikus, míg 3 tanuló autizmusban érintett. Az eredmények értelmében mindhárom autizmusban érintett tanuló peremhelyzetben van a saját osztályában, 2 tanuló kapcsolat hiányában magányosan helyezkedik el, 1 tanuló esetében laza kölcsönös kapcsolat áll fenn egy diáktárssal. Miközben a perifériára szorult tanulók viktimizációs értékei magasak, az autizmusban érintett tanulók esetében ehhez képest alacsonyabb viktimizációs értékek születtek. Habár a peremhelyzetben lévő tanulók viktimizációs indexe szignifikánsan magasabb, mint azoké, akik az osztály középpontjában találhatóak, a szintén periférián található autizmussal élő tanulók esetében a legkisebb a viktimizációs index (Méhes & Stefanik, 2016).

1.6.3.A bullying-prevenció és intervenció lehetőségei autizmussal élő tanulók esetében

Az anti-bullying programok kapcsán elterjedt fogalom az iskola-alapú program kifejezés, mely a célzott tevékenység helyszínét és az érintettek körét jelöli ki a kapcsolódó mikrokörnyezettel együtt. Mindezzel rokon az úgynevezett egész iskola koncepció is, amely szintén a kontextuális faktorokat hangsúlyozza, és amelynek első példájaként valósult meg az Olweus nevéhez köthető Olweus Zaklatásmegelőző Program (OBPP). Megkülönböztethetünk úgynevezett univerzális és válogatott vagy kijelölt tanulócsoportokra kialakított programokat, más felosztás szerint az egész iskolát, illetve a speciális iskolákat/osztályokat megcélzó beavatkozásokat. Mindez kiegészül a komprehenzív/többoldalú program fogalmával. A szerzők többsége

egyetért abban, hogy az egész iskolát érintő programok tekinthetőek univerzálisnak, míg más értelmezésben egy-egy osztályközösség alkotja az univerzális beavatkozás kiinduló egységét. A válogatott és kijelölt tanulócsoportok megcélzása bizonyos meghatározás szerint azon tanulók kiemelését és célzott intervencióját jelenti, akik meghatározott oknál fogva különösen veszélyeztetettnek bizonyulnak az bántalmazó magatartás vonatkozásában (Dóczi-Vámos, 2016). Más szerzők, úgy, mint Farrell azonban kettéválasztják a válogatott és kijelölt tanulók halmazát. Válogatott programként tekintenek azokra a beavatkozásokra, melyek egy nagyobb csoport különösen veszélyeztetettnek mutatkozó részcsoportjára fókuszálnak, míg a kijelölt programok az egyén szintjén működnek a kiemelten veszélyeztetett tanulók esetében (Farrell, 2001). Wilson és Lipsey külön említést tesz a speciális iskolákra és osztályokra irányuló programokról és a komprehenzív/többoldalú programokról, melyek iskolai, osztálytermi, kiscsoportos és egyéni szinten egyaránt kijelölik az intervenció feladatait (Wilson & Lipsey 2005). További felosztás alapján megkülönböztethetőek a kompetenciák fejlesztését megcélzó és az ismeretek közvetítésére összpontosító programok. Ezek összevetésében a kompetenciafejlesztést megcélzó beavatkozások eredményessége igazolható. Vreeman és Carroll az anti-bullying programok tartalmi elemeit szem előtt tartva direkt és indirekt megközelítést különít el aszerint, hogy a kompetenciafejlesztés kifejezetten a zaklatás témakörére szűkül, vagy ennél tágabban értelmezhető, érintve az önbecsülés kérdését, a pedagógus-tanuló interakciókat és az osztályközösségen belüli történéseket (Vreeman & Carroll, 2007).

A bullying kiterjedt fogalomrendszerében önálló meghatározásként jelenik meg a viktimizációs veszélyeztetettség: *„másokra nézve veszéllyel járó, kellemetlenséget, megaláztatást hozó, áldozattá-sértetté válást okozó, negatív kockázati tényezők, viselkedési formák”* (Figula 2004a, p. 225). Ahogy a fogalom, úgy az anti-bullying programok felosztása is utal arra, hogy teljes egészében nem uniformizálható a prevenció-intervenció, hanem meghatározott kockázati csoportok speciális veszélyeztetettségét érdemes szem előtt tartani a megelőzés és beavatkozás során. Az autizmusban érintett tanulók kapcsán a bullying jelenségét vizsgáló kutatások eredményei alapján számos ajánlás megfogalmazódott azzal kapcsolatban, hogy mely eszközökkel, milyen megközelítésben lehetséges a célcsoportra adaptált megelőzés és beavatkozás. Az elméleti lehorgonyzottságú, következtetésekből építkező ajánlásokon túl a gyakorlatban megvalósult programok eredményei is irányt mutatnak az autizmusban érintett tanulók bullying-prevenciójában és az intervencióban (Marjai, 2019a).

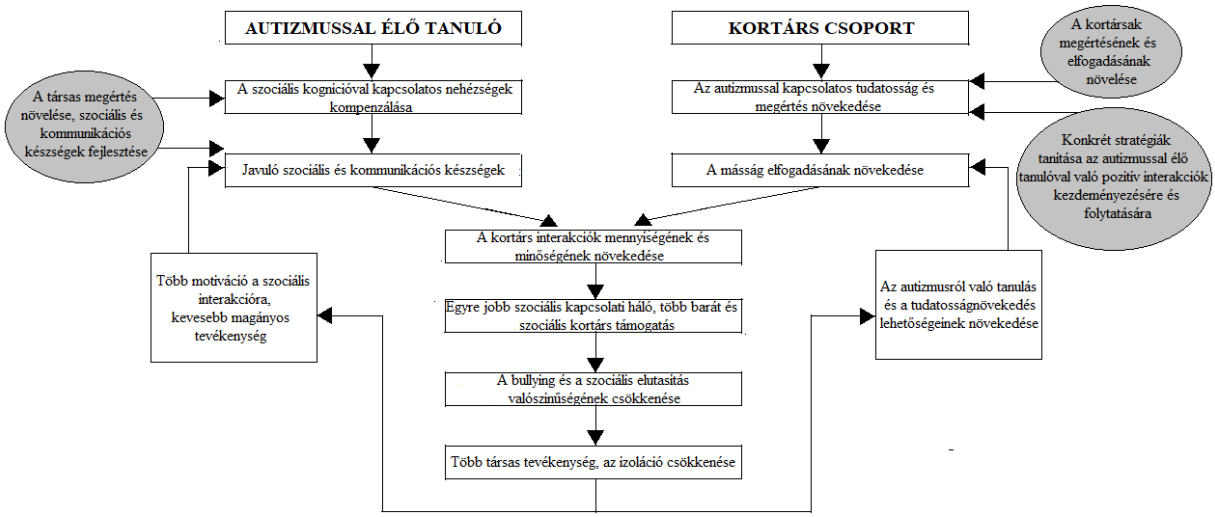
Cappadocia, Weiss és Pepler a prevenció és intervenció lehetőségei közt a felnőttek felelősségét hangsúlyozzák az esetlegesen hátrányos helyzetet teremtő természetes dinamika kibontakozásának ellensúlyozására. (Példaként említik az osztálytermi ültetés gyakorlatát a spontán történő padtársválasztás helyett, vagy csapatsportok esetén a csapatok kijelölését a csapatkapitányok egyedi választása helyett.) Ez a típusú szociális architektúra önmagában preventív erejű lehet a peremhelyzetre sodródással, és így következményesen a viktimizációval szemben: „*A pozitív szociális architektúrán keresztül a viktimizációval szemben vulnerábilis, marginalizált státuszú gyermekek védelmet kapnak és a szociális inklúzió maximuma érhető el.* (Cappadocia, et al., 2012, p. 272-273). A felnőttek felelősségének tárgyalása során nem elhanyagolható, hogy a jelenlévő felnőttek egyúttal szerepmodellként is funkcionálnak. Másrészt ők a kortársak közti kapcsolati dinamika szemtanúi is. A szerzők érvelése szerint ha az elkövető magatartása és hatalomgyakorlása nagy figyelmet kap, ez megerősítő hatással bír és tartósan fenntartja a bántalmazás aktusát, míg ha a szemtanúk közbeavatkoznak, a bántalmazás megszakítható (Cappadocia, et al., 2012). A prevenció-intervenció feladatai közé tartozik a kortársak védelmező szerepének erősítése, illetve annak tudatosítása, hogy jelenlétük befolyásoló erővel bír, és a megerősítés hatása csökkenthető a szemlélő szerepe által. Szintén a pedagógusi feladatok közt kerül említésre a fogyatékosság kérdéskörével kapcsolatos ismeretátadás, a kortársak közti negatív interakciók korai azonosítása, valamint a pozitív interakciók facilitálása és ezen keresztül az inklúzió erősítése. A felnőttek jelenléte és segítsége tehát kritikus jelentőséggel bír, akár a szociális képességek fejlődésének azon területein is, mint az adaptív érzelemreguláció és viselkedésszabályozás stratégiáinak elsajátítása, a megküzdési képességek, a kortársak felől érkező provokáció ignorálása, a támogató kortársak azonosítása, a problémamegoldás és az asszertív kommunikáció. Támogatott a szülői részvétel a szociális képességek tanulása-tanítása során. Cappadocia, Weiss és Pepler ajánlása alapján fontos üzenet a gyermek felé a felnőttektől való segítségkérés szükségessége, ami egészen addig terjedhet, amíg megértésre és védelemre nem talál a viktimizálódott gyermek. A proaktív és modellértékű felnőtt személy szerepe jelentős a kortársak befolyásolásában, a befogadásra irányuló edukációban és a befogadás ösztönzésében. A bullyingból adódó egyéni következmények a mentális egészség romlásában szükségessé tehetik az egyén individuális megsegítését, akár pszichoterápia által is. Az univerzális bullying prevenciós programok nem elvetendőek, különösen, ha a teljes iskola bevonódását feltételezik. Ezek a programok többnyire szintén egy edukációs folyamatot takarnak, elsősorban a bullying és az iskola bullyinggal kapcsolatos irányelveire vonatkozóan, fókuszba kerülnek a bullying eltérő típusai (fizikai, verbális, kapcsolati és cyberbullying), a bullyingból fakadó erőegyenlőtlenség, a biztonsághoz való jog,

a szemlélők felelőssége az áldozatokkal szemben. Ezek a programok akkor bizonyulnak hatásosnak, ha tartósan működtethetőek és beépülnek az iskola formális és nemformális tantervébe (Cummings, Pepler & Mishna 2006). Az univerzális programok eredményességének elemzését követően azonban kirajzolódik az is, hogy azok a tanulók, akik intenzíven és tartósan bántalmaznak, intenzívebb támogatásra szorulnak, az áldozatok pedig kiterjedtebb intervenciót igényelnek a bántalmazók és a bántalmazás elkerülése érdekében (Pepler, 2006).

Fisher és Taylor viselkedésmenedzsment-alapú beavatkozást javasol a bullying megelőzésére. Számos más szerzővel egyetértésben azt hangsúlyozzák, hogy az oktatás-nevelés terén megvalósuló inklúzió a gyakorlatban nem magától értetődően jár együtt a szociális inklúzióval (Harrower & Dunlap, 2001; Hughes, Carter, Hughes, Bradford & Copeland, 2002). Az együttnevelés során a neurotipikus tanulók ellenállása, az esetleges félelem és negatív attitűd nehezíti az érdemi inklúzió megvalósulását és a fogyatékossággal élő tanulók kapcsolati hálójának egészséges fejlődését. Ebből kifolyólag az anti-bullying célkitűzésű beavatkozások nem kerülhetik meg az inklúzió kérdését és a neurotipikus tanulókat. A proszociális viselkedés és az attitűdváltozás támogatásának módszereként a szerzők a kortárssegítést nevezik meg. Ennek keretében a nem fogyatékos tanulók aktív tevékenykedő szerepbe lépnek és egyúttal modellszemélyként funkcionálnak a többi tanuló számára is, így nem csupán a kortárssegítők körében remélhető az attitűd- és viselkedésváltozás, de a többi tanuló részéről is (Copeland et al., 2004). A kortárssegítés, mint anti-bullying stratégia és a hatékonyság igazolásának igénye további kutatási feladatokat jelöl ki. A szerzők által közölt kvalitatív kutatás eredményeinek értelmében az autizmusban érintett tanulók jól körvonalazható válaszokkal reagálnak az őket célzó bullying jelenségére, a bullying prevenció feladata, hogy segítse a lehetséges áldozatokat a hatékony és kevésbé hatékony válaszreakciók megkülönböztetésében. Ezzel párhuzamosan a pedagógusok támogatása is szükségesnek mutatkozik abban a tekintetben, hogy kompetensen és megfelelően reagáljanak az esetleges áldozati jelzésekre, amellett, hogy modellszemélyként funkcionálnak a nem fogyatékos tanulók számára. További szempontokat vet fel az, hogy az autizmusban érintett fiatalok gyakran az események következményeinek minimalizálásával, bagatellizálással, vagy a kortárskapcsolatok megváltozásával reagáltak az őket érő zaklatásra. A viktimizációs érintettség a továbbiakban gátolta az érdemi kortárskapcsolatok kialakulását, kibontakozását. További kutatási feladat a bullying azonnali és késletetett hatásainak összevetése, annak érdekében, hogy prevenciós beavatkozások révén facilitálni lehessen a további minőségi kortárskapcsolatok kialakítását és fenntartását. Miközben az általános bullying prevenció jól körvonalazható elemeket tartalmaz (zéró tolerancia alapelv, pozitív

viselkedési stratégiák támogatása), a változó hatékonyság mellett figyelemreméltó, hogy az anti-bullying programok adaptációjára nem került sor az áldozati csoportra szabottan. Emellett az individualizált beavatkozás is a hatékonyság irányába mutató elvárásnak mutatkozik. Összességében Fisher és Taylor olyan viselkedésmódosítási programok teljesítésében lát potenciált, ami magába foglalja a szociális képességek fejlesztését, mentálhigiénés konzultációt és a viselkedést érintő egyéb képességekre kiterjedő tréninget, amellett, hogy az adaptált anti-bullying program törekvései közt kell szerepelni a kortársak edukálásának és a kortárssegítés kiépítésének és facilitálásának (Fisher & Taylor, 2016).

Ábrahám, Stefanik és Őszi Humphrey és Symes modelljéből kiindulva vázolta azokat a protektív tényezőket és stratégiákat, melyek által az együttnevelés eredményességét növelni lehet és ezzel összefüggésben a bullying jelenségére hatást lehet gyakorolni. A modell alapkoncepciójához hűen a szerzők két irányból - az autizmusban érintett tanulók és a kortársak irányából – tartják indokoltnak a beavatkozásokat. Amellett, hogy kiemelten fontosnak tartják az autizmusban érintett tanulók szociális és kommunikációs készségeinek fejlesztését, hasonlóképpen szükséges a kortársak megértését fejleszteni és a pozitív interakciók kialakítását konkrét stratégiákkal előmozdítani. A szerzők az együttnevelés jegyében hangsúlyozzák: „*Önmagában nem elég, ha a sikeres együttnevelést úgy akarjuk előmozdítani, hogy az autizmussal élő tanulónak evidenciaalapú szociális-kommunikációs fejlesztéseket biztosítunk. Emellett az adott iskolában, az adott osztályban, illetve az együttnevelés bármely színterén biztosítanunk kell azt a megfelelő, inkluzív szociális környezetet, ahol a tanult készségek megjelenhetnek, azaz alkalmazni tudja őket a tanuló. A kortársak még inkább facilitálhatják és megerősíthetik e készségek alkalmazását és általánosítását*” (Ábrahám, et al., 2018, p. 208).



4. ábra: A kortárs interakciók támogató modellje Humphrey és Symes (2011) alapmodelljéből kiindulva (forrás: Ábrahám, Stefanik & Őszi, 2018, p. 208)

Liu és munkatársai a tudatelméleti tréning hatását vizsgálták a bullying jelenségével szemben magasan funkcionáló autizmussal élő gyermekek és adoleszcensek körében. Míg a vizsgálat során az egyik csoportban a tudatelméleti tréning képezte az intervenció módszerét heti rendszerességgel, addig az összehasonlításhoz szükséges másik csoportban szociális képességfejlesztés tréning zajlott szintén heti egy alkalommal. A résztvevők és a szülők egyaránt értékelték a bullyingban való áldozati és elkövetői érintettséget a lezajló tréninget megelőzően és azt követően.

A szerzők a tudalelméleti tréning eszközválasztását megindokolva utalnak arra, hogy az autizmusra jellemző tudatelméleti képesség deficitje negatív hatást gyakorol a szociális interakciókra. Sérülnek a szociális kapcsolatok, mert az autizmusban érintett személyek érzelmi és viselkedéses válaszai függnek mások mentális státuszának megítélésétől. Szintén nem független a tudatelmélet fogalmától, hogy az autizmusban érintett személyek számára a bullyingként nevesülő helyzetek azonosítása nehézségbe ütközhet, az érintett áldozat mások attitűdjére és viselkedésére inadekvát módon reagálhat, ami következményesen növeli a bullying kockázatát (Sterzing et al., 2012). Mindemellett a tudatelméleti képesség sérülése csökkenti a baráti kapcsolatok kialakulásának valószínűségét, így kevésbé lehet számolni az iskolán belüli szociális védettséggel és a kortársak védelmező asszisztenciájával akkor, amikor az autizmussal élő tanulót bántalmazás éri (Liu, et al., 2018).

Mind a tudatelméleti tréning, mind a szociális képességfejlesztés tréning heti egy ülésben zajlott két életkori (10-14 éves és 15-18 éves) csoportban, tíz héten keresztül. Az önbevallásos és a

szülőktől kapott válaszok alapján a tréningeket megelőzően nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport összehasonlításában sem az elkövetést, sem a viktimizációt illetően. A tudatelméleti tréninget követően az önbevallásos és a szülői válaszok szerint szignifikánsan csökkent a viktimizáció aránya. Az elkövetés terén nem mutatkozott szignifikáns különbség a tréninget megelőző és azt követő mérés szerint sem a szülők, sem az érintettek szerint. A szociális képességfejlesztés tréning mérései alapján az önbevallásos válaszokat követve szintén szignifikáns különbség mutatkozott a viktimizáció súlyosságának tréninget megelőző és azt követő állapota szerint, ugyanakkor a szülői válaszok alapján nincs szignifikáns különbség. Szintén nem mutatkozott különbség az elkövetés terén a tréninget megelőzően és azt követően. Az adatok további elemzését követően a szülői válaszok alapján a tudatelméleti tréning hatása a bullyingban való érintettség befolyásolására ígéretesebbnek mutatkozik, mint a szociális képességfejlesztés tréning esetében (Liu et al., 2018).

Habár a tudatelméleti tréning sikerességének oki feltárása és pontos mechanizmusainak feltérképezése további vizsgálatokat igényel, feltételezhető, hogy a kommunikációs képesség fejlődése által mutatkozik eredményesnek a bullying visszaszorításában. A szerzők következtetése alapján mindez annak következménye lehet, hogy a tudatelméletre ható beavatkozás során az egyén képessé válhat szimultán számba venni saját és a másik fél mentális állapotát. A szociális tér történéseinek pontosabb megértése révén fejlődhet az adaptív szociális viselkedés, így többé-kevésbé bejósolható mások viselkedése és elkerülhető a zaklató személye. Másrészt megtapasztalható, hogy a saját és mások mentális állapota változhat új információk hatására, így a viktimizáció tapasztalatából kiindulva új alternatív szociális interakciós minták fejleszthetőek ki. A tudatelméleti teljesítmény javulásának következtében a szülő-gyermek interakciók hatékonyabbá válhatnak, vagyis hipotetikusan megerősödhet az a kapcsolat és „jelzőrendszer", mely a bullyingban való érintettséget első ízben érzékeli (Liu et al., 2018).

Sreckovic, Hume és Able (2017) azt vizsgálták, hogy a kortárshálózatra épülő intervenció milyen hatást gyakorol az autizmus spektrum zavarban érintett és neurotipikus középiskolás tanulók szociális interakcióira nézvést, illetve hogy az intevenció hatással van-e az autizmusban érintett tanulók viktimizációjának gyakoriságára. Az intervenció célcsoportját 3 autizmusban érintett tanuló alkotta, akik a meghatározott kritériumok alapján mindannyian többségi iskolába jártak, nem rendelkeztek társuló értelmi akadályozottsággal, a pedagógusi beszámoló alapján kevés vagy szegényes kortárskapcsolatokkal rendelkeztek és áldozatként érintettek a bullyingban. A kortárssegítő csoportba 14 tanuló került, akik a célcsoporttal és az iskola

konzultánsával történő egyeztetés alapján partneri viszonyra alkalmasnak mutatkozott, illetve hasonló érdeklődési területtel rendelkezett, mint a célcsoportba tartozók. A célcsoport egyes tagjaival személyenként három, öt illetve hat kortárssegítő működött együtt. A célszemély és a kortárssegítő között megszervezett találkozások során rögzítésre kerültek a kezdeményezések és kérdések, a viktimizációs érintettséget az intervenciót megelőzően és azt követően kitöltött kérdőív (Bully Victimization Scale, BVS) segítségével lehetett értékelni. Az intervenció tartalmában Carter és munkatársainak 2013-as ajánlásait követi, aminek része a kortárssegítőknek szervezett felkészítő találkozó, az ismerkedő találkozó (ahol minden résztvevő érintkezik és kialakulnak a célszemélyekből és kortárssegítőkből álló hálózatok), a kortárshálózati találkozók sorozata (ahol az egyazon hálózatban dolgozó kortársak és egy facilitátor konzultálnak) és a fenntartási időszak (mely a generalizálhatóságra adott rálátást) (Carter et al., 2013). Az eredményeket tekintve növekedett a szociális interakciók aránya, a fenntartási időszakban (tehát a tényleges intervenció lezárta után) két tanuló esetében stabil és konzisztens maradt a szociális interakciók aránya az intervenciós időszakhoz képest, egy tanuló esetében kezdeti enyhe csökkenés mutatkozott, amit emelkedés követett. Összességében a bevezető időszak és a fenntartási időszak összehasonlításában, tehát pre- és posztintervenciós időszakok összevetését tekintve növekedés mutatkozott a szociális interakciók arányában. Ez azt is jelenti, hogy az autizmusban érintettek kezdeményezéseiben és válaszadásaiban emelkedés észlelhető a kezdeti és fenntartási időszakot összevetve. Hasonlóképpen a kortársak kezdeményezéseiben és válaszadásaiban is emelkedés mutatkozott autizmussal élő társaik irányában. A viktimizációt mérő kérdőív alapján kapott eredmények eltéréseket mutatnak. Egy tanuló (1-es számú célszemély) esetében minimálisan csökkent a viktimizációs érintettség, miközben a kérdőív felvételének eltérő időpontjaiban mindvégig átlagos érintettséget produkált. Egy tanuló (2-es számú célszemély) esetében nem mutatkozott változás alacsony viktimizációs érintettség mellett. Egy tanuló (3-as számú célszemély) esetében jelentős változás jelentkezett: a preintervenciós szakaszban súlyos viktimizációs érintettség mutatkozott, ami a kezdeti szakaszban is fennáll, majd az intervenciós időszakban klinikailag jelentős súlyosság észlelhető, ami fenntartási szakaszt követően már átlagos érintettséget jelent. A szerzők hipotetikusan megállapítják, hogy a szociális interakciók arányának növekedése és a baráti kapcsolatok erősödése kapcsolatban állhat a viktimizáció csökkenésével, így a kortárshálózatra épülő intervenció a szociális interakciók arányának befolyásolásán túl a viktimizáció csökkentésének eszközeként is hasznosulhat. A szerzők a kortárssegítés számos előnyét hangsúlyozzák, a kortársak a felnőttekhez képest jártasabbak az adoleszcensek közt elfogadhatónak tartott szociális interakciók protokolljában és az aktuális szociális

történésekben. Miközben a neurotipikus tanulók vonakodhatnak az autizmusban érintett társaikkal való érintkezéstől, a kortárssegítők bevonása nem csupán alkalmat teremt a szociális interakciókra, de egyúttal a többi neurotipikus tanuló számára is élő példát ad a kapcsolatteremtésre, ami az intervenció nélkül nem realizálódhatna (Sreckovic, Hume & Able, 2017).

1.7.A bullyinggal járulékosan összefüggő pszichoaktív szerhasználat lehetősége autizmus spektrum zavar esetén

A pszichoaktív szerhasználat és az autizmus spektrum zavar összefüggései megválaszolásra várnak, a kevéssé kutatott terület megismerését anekdotikus ismeretek és esetismertetések mozdították a mélyebb szintű tudományos megismerés irányába (Ståhlberg, Nilsson, Lundström & Anckarsäter, 2015) A szerhasználati zavarok prevalenciája autizmus spektrum zavarban érintett egyének körében alacsony, jellemzően 0,7-36% között találjuk az erre vonatkozó értékeket (Arnevik & Helverschou, 2016; Ramos et al., 2013; Helverschou, Brunvold & Arnevik, 2019; Santosh & Mijovic, 2006; Woodbury-Smith, Clare, Holland & Kearns, 2006). Az eredmények eltéréseit részben magyarázza, hogy a vizsgált minta nagysága, a vizsgált személyek életkora és intelligencia hányadosa, a résztvevők nemi eloszlása eltérő az egyes vizsgálatokban, emellett a formális diagnosztikus kritériumokhoz sem ragaszkodik minden szerző (Arnevik & Helverschou, 2016). Vélhetően a szociokommunikációs deficittel összefüggésben a kevésbé jól működő szociális háló protektív faktorként hat a szerhasználati zavarokkal szemben (Santosh & Mijovic, 2006). A szociális képességek deficitje következményesen azt is magával vonja, hogy az autizmussal élő fiatalok kisebb valószínűséggel érintkeznek a szerhasználó kortársakkal (Bauminger & Kasari, 2000; Prendeville, Prelock & Unwin, 2006). Az alkoholfogyasztás szociális aktivitásként történő megnyilvánulása azt is jelzi, hogy az autizmusban érintett személyek valószínűsíthetően kevésbé vonódnak be (de Alwis, et al., 2014). Másrészt az autizmusban érintett fiatalok a neurotipikus társaiktól eltérően kevésbé fogékonyak a kortársak befolyására akkor, amikor alkohol vagy droghasználattal való kísérletezésre kerül sor (Ramos et al., 2013). A szociális kapcsolatok sérült jellege mellett a szociális szabályok alapos és szó szerinti követése is annak kedvez, hogy az autizmusban érintett személyek nem kísérleteznek a droghasználattal, illegális szerek fogyasztásával (Ramos et al., 2013). Magasan funkcionáló autizmussal élő serdülők körében alacsony mértékűnek mondható szerhasználat egyik lehetséges magyarázata lehet, hogy jellemző rájuk az introverzió és kevésbé kell számolni az ingerkereső magatartással (Ramos et al., 2013; Sizoo et al., 2010). A szerhasználattal összefüggésben védelmet jelent a

viselkedést jellemző alacsony kockázatvállalás és az ártalomkerülés, így a droghasználattal való kísérletezés kockázata alacsonynak mondható (Santosh & Mijovic, 2006; Soderstrom, Rastam & Gillberg, 2002). Az autizmus spektrum zavarban érintett fiatalok körében jellemzően nem kívánatos állapot a kontrollvesztés és nem nyújt komfortot az a setting, ami a pszichoaktív szerhasználathoz (dohányzás, alkohol, illegális drogok) kapcsolódik (Barney, 2004). Ugyanakkor több szerző felveti annak lehetőségét, hogy alkoholfogyasztás egy potenciális eszközválasztás lehet a kommunikációs akadályok vagy a szorongás leküzdésében (Lalanne, Weiner, Trojak, Berna & Bertschy, 2015; Rengit, McKowen, O'Brien, Howe & McDougle, 2016; Jargin, 2017). Emellett az alkoholfogyasztás, mint társasági esemény megteremtheti a bántalmazásból fakadó traumatikus élményektől való távolodás lehetőségét is (Jargin, 2017). Beszámolók szerint az autizmussal összefüggésben az alkoholfogyasztás és a droghasználat megtapasztalt előnyei közt szerepel a szociális gátlás csökkenése, a problémákról való megfeledkezés, a mindennapok átvészelése, a frusztráció leküzdése (Helvershou, Brunvold & Arnevik, 2019). Mindemellett Kronenberg és munkatársai azt hangsúlyozzák, hogy a pszichoaktív szerek használata rövidtávon enyhít az autizmushoz társuló nehézségeken, de hosszabb távon az egyébként is sérült funkciók romlásához vezet (Kronenberg, Slager-Visscher, Goossens, van den Brink & van Achterberg, 2014). Egyes kutatások szerint a szerhasználati zavarokkal szemben azok az autizmussal élő serdülők bizonyultak veszélyeztetettebnek, akik a szociális kapcsolataikban eredményesen funkcionálnak és magasabb intelligenciával rendelkeznek (Arnevik & Helverschou, 2016; Sizoo et al., 2009). Lalanne és munkatársai úgy vélik, hogy a szerhasználati érintettség jelentőségét és előfordulását alábecsülik a magasan funkcionáló autizmussal élő személyek körében, akik az alkoholfogyasztásból kifolyólag mesterséges úton korrigálják a sérült funkciókat (Lalanne et al., 2015). Palmqvist, Edman és Bölte szintén arra hívja fel a figyelmet, hogy a szerhasználati érintettség „aluldiagnosztizált" az autizmusban érintett serdülők és felnőttek körében, amit részben azzal magyaráznak, hogy az általuk vizsgált svéd felnőtt- és gyermekpszichiátriai praxis nélkülözi a szerhasználatra irányuló szűrőteszteket, az esetlegesen alkalmazható vér- és vizeletvizsgálatot. A vizsgált gyermek- és serdülőpszichiátriai kezelőhelyek 6%-a, a felnőtt pszichiátriai kezelőhelyek 55%-a alkalmazott rendszeresen és rutinszerűen szerfogyasztásra irányuló szűrőteszteket autizmus spektrum zavarban és ADHD-ban érintett páciensek esetében (Palmqvist, Edman & Bölte, 2014). Arnevik és Helverschou hangsúlyozzák, az autizmus spektrum zavarnál tapasztalható társas funkciók zavara, a repetitív viselkedés, a szorongás, az érzelmi labilitás, a különcség és a merev szokások olyan zavaroknál is megjelennek, mint a szkizofrénia, a bipoláris zavar, az ADHD, az elkerülő személyiségzavar, a szociális szorongás

zavar és a hangulatzavarok. A szerzők szerint figyelemreméltó, hogy ezek a tünetek, illetve a tüneteket magukba foglaló zavarok egyaránt gyakran járnak együtt szerhasználati zavarokkal (Arnevik & Helverschou, 2016).

1.7.1.A pszichoaktív szerhasználat kutatása autizmus spektrum zavarral élő személyek körében

Mangerud és munkatársai a dohányzás, alkoholfogyasztás és az illegális pszichoaktív szerek fogyasztásának prevalenciáját vizsgálták 13-18 éves pszichiátriai diagnózissal rendelkező adoleszcensek mintáján a normál populációval való összehasonlításban. A kutatásban 566 pszichiátriai diagnózisban érintett serdülő vett részt a 8173 fős kontrollcsoport mellett. A kutatás során a szorongásos zavar, a hangulatzavar, a hiperkinetikus zavar, az evészavar, az autizmus spektrum zavar, valamint az egyéb kategóriába eső diagnózisok mentén jöttek létre a komparatív vizsgálat tárgyát alkotó alcsoportok. Miközben a dohányzás a hangulatzavarral diagnosztizált serdülőknél (29,8%), a hiperkinetikus zavar diagnózissal rendelkező serdülőknél (22,8%-) és szorongásos zavarral diagnosztizált fiatalok körében (18,2%) volt a legjellemzőbb, az autizmus spektrum zavarban érintett vizsgálati személyek egyike sem dohányzott. Az alkoholfogyasztás az evészavar (68,2%), a hangulatzavar (67,1%) és a szorongásos zavar (45%) diagnózisa mellett bizonyult a legvalószínűbbnek, miközben az autizmusban érintettek körében a legalacsonyabb az előfordulás (7,7%). Az illegális drogok használata tekintetében hasonló eredmények születtek: a hangulatzavarral (15,3%) és a hiperkinetikus zavarral (15,0%) diagnosztizált serdülők vezető pozíciójához képest az autizmussal élő adoleszcensek körében egyáltalán nem fordult elő szerhasználat. Az eredmények értelmében tehát az autizmus spektrum zavarban érintett serdülők bizonyultak a legkevésbé érintettnek a szerhasználatban, a dohányzás és az illegális szerek használata egyáltalán nem jelent meg az alcsoportban, míg az alkoholfogyasztás is csupán csekély mértékben (Mangerud, Bjerkeset, Holmen, Lydersen & Indredavik, 2014).

Fortuna és munkatársai 18-71 éves autizmus spektrum zavarban érintett személyek egészségi állapotát és funkcionális státuszát vizsgálták 255 fő részvételével. A szerzők az eredményeket három életkori csoport megkülönböztetésével tárgyalják. A normál populációval való összehasonlításban a 18-29 éves, autizmusban érintett életkori csoportban alacsonyabb a dohányzás mértéke: míg a normál populáció 31,9%-a érintett a dohányzásban, addig a fiatal felnőtt autizmussal élő személyek csupán 5,2%-át érinti a dohányzás. Hasonlóképpen a problémás alkoholfogyasztás (alcohol misuse) is kevésbé jellemzi az autizmusban érintett fiatal felnőtteket: 0,9%-uk esetében jelent meg a probléma, míg a normálpopuláció 11,9%-ára

jellemző a problémás alkoholfogyasztás. A 40. életévüket betöltött autizmussal élő felnőttek körében a dohányzás prervalenciája 2,8%, míg a normál populációban 24,5%, a problémás alkoholfogyasztás esetében ez az érték 1,4%, szemben a normálpopuláció 18,%-ával. Az eredmények tükrében tehát alacsonyabb mértékű dohányzás és a problémás alkoholfogyasztás jellemző a fiatal és érett felnőttkorú autizmusban érintett személyekre (Fortuna et al., 2016).

de Alwis és munkatársai 2080 ausztrál ikertestvér bevonásával vizsgálta az ADHD, az autisztikus vonások (Szociális Válaszkészség Skála, SRS eredménye mentén) és a szerhasználat, a szerhasználati zavarok lehetséges összefüggéseit. Az autisztikus vonások fokozottabb jelenléte a rendszeres dohányzás és marihuánafogyasztás nagyobb előfordulásával, illetve a dohányzáshoz, marihuánához és alkoholhoz köthető szerhasználati zavarokkal állt kapcsolatban. Habár az autisztikus vonásokkal fokozott mértékben rendelkező személyek kisebb valószínűséggel tapasztaltak részegséget, mégis nagyobb eséllyel alakult ki körükben alkohol dependencia. A szerzők magyarázatot adnak erre a látszólagos ellentmondásra. Míg a szociális izoláció meggátolja a szociális ivást, a dependencia rizikója mégis fennáll. A szupportív szociális háló hiánya miatt a patológiás alkoholfogyasztás és az ennek talaján kifejlődő pszichés tünetek kapcsán nem lehet számolni azzal a védőfaktorral, amit a támogató kapcsolatok jelenthetnének. Mindemellett felvetik az önmedikalizáció lehetőségét a depresszív tünetekkel és egyéb internalizációs tünetekkel összefüggésben álló alkoholfogyasztás kapcsán (de Alwis et al., 2014).

Mulligan, Reiersen és Todorov 2934 fős mintán 13-17 éves fiatalok körében vizsgálták az autisztikus tünetek (Szociális Válaszkészség Skála, SRS eredménye mentén), az ADHD illetve a szerhasználat összefüggéseit Missouri államban. Az autisztikus vonásokkal nagyobb mértékben rendelkező serdülők nem bizonyultak kockázati csoportnak az alkoholfogyasztás és a dohányzás szempontjából, azonban társuló ADHD esetén mindkét szer esetében jelentős kockázat mutatkozott. Ugyanakkor az autisztikus vonások megemelkedett aránya esetén szignifikánsan nagyobb a kockázata az egyéb drogok használatának a kontroll csoporttal való összehasonlításban, függetlenül attól, hogy társuló ADHD is tapasztalható-e az autisztikus vonások mellett vagy sem. A dohányzás és az „egyéb drogok” használata tekintetében az autisztikus vonások jelentős arányával és a társuló ADHD-val rendelkező fiatalok bizonyultak a legveszélyeztetettebbnek, míg az alkohol tekintetében a kizárólag ADHD-val rendelkező serdülők (Mulligan, Reiersen & Todorov, 2014).

Butwicka és munkatársai 1973 és 2009 között született autizmus spektrum zavarban érintett felnőttek körében vizsgálták a szerhasználattal összefüggő problémák előfordulását és a

lehetséges familiáris halmozódást. A kutatás során 26986 autizmusban érintett személyt, 30456 nem-autista vérszerinti testvért, 15946 nem-autista féltestvért és 50155 szülőt sikerült azonosítani svéd egészségügyi regiszterekben. A szerzők szerhasználattal összefüggő problémaként azonosítják, ha az alábbiak közül egy vagy több fennáll: (1) szerhasználati zavarok, (2) szerhasználattal összefüggő bűncselekmény alapján született hivatalos bírósági ítélet, (3) szerhasználathoz köthető halálok, (4) alkoholfogyasztáshoz köthető szomatikus megbetegedés az ICD diagnosztikai kritériumokhoz illeszthetően. Az autizmusban érintett vizsgálati személyek 3,4%-a (913 fő) rendelkezett szerhasználati zavar diagnózisával a vizsgálat időpontjában, míg a kontrollcsoportban ez az arány 0,8% (10789 fő). A szerhasználati zavarokhoz kötődően a droghasználat jelentette a legjelentősebb kockázatot, ezt követi a dohányzás és az alkoholfogyasztás. Mind a szerhasználati zavarok tekintetében, mind az egyéb módon nevesíthető, szerhasználattal összefüggő problémák kapcsán jelentős kockázat igazolódott az autizmussal érintett csoportban. Az autizmus spektrum zavarhoz társuló ADHD - csakúgy, mint az ADHD és az intellektuális képességzavar együttjárása – jelentősen növeli a szerhasználattal összefüggő problémák kockázatát, ugyanakkor az intellektuális képességzavarral együttesen fennálló autizmus spektrum zavar esetén egyfajta védettség mutatkozott a szerhasználattal összefüggő problémákkal szemben (Butwicka et al., 2017).

Ramos és munkatársai 13-18 éves Asperger-szindrómában érintett serdülők körében vizsgálták a szerhasználat rizikóját és a szerhasználattal szemben tanúsított attitűdöt. A vizsgálatban 26 fő vett részt egy 28 fős kontrollcsoporttal való összehasonlításban. Habár az Asperger-szindrómában érintett serdülők csoportja alapvetően nem különbözött a neurotipikus csoporttól a droghasználati rizikó terén, ugyanakkor a pszichoaktív szerek elérhetőségét illetően és a szerhasználatot támogató barátságok tekintetében alacsonyabbnak mutatkozott a rizikó az Asperger-szindrómában érintett serdülők közt. A protektív tevékenységeket mérő alskálán (FRIDA-Protective Activities) az Asperger-szindrómában érintett fiatalok értek el jobb értékeket. A személyiségvonásokat feltérképező mérőeszközök (MACI Questionnaire, SSS-V Questionnaire) alapján az Asperger-szindrómában érintett fiatalok a kontrollcsoporttal való összehasonlításban introvertáltnak, gátlásosnak bizonyultak, lehangoltabbak, mint neurotipikus társaik és a borderline tendenciák is jellemzőbbek körükben. (Utóbbi tekintetben a szerzők felvetik a mérőeszköz lehetséges torzításának lehetőségét.) Az ingerkereső, élménykereső magatartás, a normasértés terén a kontrollcsoport ért el szignifikánsan magasabb eredményeket az Asperger-szindrómában érintett adoleszcensekhez képest. A személyiségvonások és a szerhasználati rizikó összevetése kapcsán, az Asperger-szindrómában érintett csoporton belül

kizárólag a szubmisszivitás korrelált negatívan a szerhasználati rizikóval. Az azonosított személyiségvonások és a szerhasználattal összefüggő sajátosságok feltérképezése kapcsán az Asperger-szindrómában érintett serdülők csoportjában alacsonynak mutatkozott az abuzív szerhasználat irányába mutató rizikó (Ramos et al., 2013).

Sizoo és munkatársai a pszichoaktív szerhasználat prevalenciáját, a lehetséges rizikófaktorokat vizsgálták ellátásba kerülő autizmus spektrum zavarban érintett (70 fő), és ADHD diagnózissal rendelkező (53 fő) felnőttek bevonásával. A szerhasználati zavarok előfordulása közel kétszerese az ADHD diagnózis esetén, mint az autizmus spektrum zavarban érintett csoportban (58% versus 30%). A szerhasználati zavarok irányába ható rizikófaktorok nem különböztek a két diagnózis esetében. Ezek közül a legjelentősebb rizikófaktornak a dohányzás korai kipróbálása tekinthető, amit a szerhasználati zavarok familiáris halmozódása és a családi diszfunkciók követnek. Autizmus spektrum zavar esetén a rendszeres dohányzás kezdetének időpontja 16-17. életév, ami két évvel eltolódik az ADHD diagnózisában érintettekhez képest (16,6 versus 14,6) (Sizoo et al., 2009)

Clarke, Tickle és Gillot kvalitatív kutatás során a pszichoaktív szerhasználati zavarok kialakulásnak hátterét vizsgálta Asperger-szindrómában érintett személyek körében 8 fő részvételével. A résztvevők dohányzás, alkoholfogyasztás és illegális szerek kapcsán váltak érintetté a szerhasználati zavarokban. Az interjúk elemzése kapcsán a szerzők kiemelik, hogy az interjúalanyok a pszichoaktív szerhasználatot explicit módon nem hozzák kapcsolatba az Asperger-szindróma sajátosságaival. Ennek ellenére a válaszadók egy része a szociális kapcsolatok terén megélt nehézségeket összefüggésbe hozza az Asperger-szindrómával. Ezzel párhuzamosan megjelenik a kapcsolódás iránti vágy, ami a pszichoaktív szerhasználatra nézvést motivációt jelent. A szerzők ezt az eredményt szembeállítják azzal a felvetéssel, mi szerint az autizmusban érintett személyek viselkedése kevésbé befolyásolható az internális típusú vagy szociális eredetű jutalmazás révén történő megerősítések által. A szerzők hangsúlyozzák, hogy Asperger-szindróma esetén felmerülhet a szociális kapcsolódás szubjektíven megélt igénye, illetve a viselkedés absztrakt, szociális eredetű megerősítései iránti szenzitivitás. Mindez felveti a pszichoaktív szerhasználathoz kapcsolódó önmedikalizációs hipotézis létjogosultságát a kutatott célcsoporton belül (Clarke, Tickle & Gillot, 2015). Az önmedikalizációs vagy szelfmedikalizációs hipotézis értelmében a szerhasználat kémiai választ ad az egyén által tapasztalt pszichológiai distresszre, mint amilyen például a szociális szorongás (Khanzian, 1985; Khanzian, 1997). Hasonlóan kézenfekvőnek mutatkozik az elvárás elméleti modell, ennek értelmében a szerhasználattal szemben felállított elvárások teljesülése tartja fenn

a szerhasználat folytonosságát (Brown, Christiansen & Goldman, 1987; Oei & Baldwin, 1994). Az elvárás elméleti modell ebben a vonatkozásban azt támogatja, hogy a pszichoaktív szerek kapcsolati facilitátorként funkcionálnak. Az azonban nem megkerülhető, hogy a szociális kapcsolatok deficitje egy pervazív fejlődési zavar talaján alakult ki, a szerzők hipotetikusan felvetik, hogy a szerhasználathoz kapcsolódó elvárások - melyek a szociális kapcsolatok alakításának irányába mutatnak - merőben különböznek azoktól az elvárásoktól, melyeket a neurotipikus szerhasználók fogalmazhatnak meg. Az elvásárok a szociális deficitek kognitív aspektusát célozhatják meg, például a szociális kapcsolatok terén fellépő hibák önmonitorozásának gátlását, de végsősoron a szociális kapcsolatokhoz köthető szorongás csökkentését. A résztvevők válaszai alapján a pszichoaktív szerek szociális facilitátorként funkcionálnak a szociális deficitek kompenzálásának céljából, aminek eredménye a társas helyzetekben való magabiztosság elnyerése és egyfajta kommunikációs komfort megszerzése. A szociális deficitek, a társas helyzetekben tapasztalt nehézségek és az esetleges szociális izoláció hozzájárulhat a depresszió és a szorongásos zavarok tüneteinek kialakulásához. A szociális inklúzió igénye hívja elő a pszichoaktív szerhasználatot, mint eszközt, ami a mentális betegségekkel szemben önmedikalizációs alternatívaként jelentkezik. Mindez rövid távon sikeresnek bizonyul a pszichológiai distressz csökkenésével. Ugyanakkor hosszabb távon a járulékosan jelentkező mentális problémák miatt állapotromlás prediktálható, ami ismételten a társas helyzetekben jelentkező nehézségeket erősíti fel. Az újbóli önmedikalizációs kísérlet a folyamat ciklikusságát rajzolja meg. A szerzők hangsúlyozzák, hogy ez a szerhasználati szabályszerűség nem Asperger-specifikus jelenség. A válaszok alapján megerősítést nyer a pszichológiai distresszel összefüggő önmedikalizációs szerhasználat, ami kapcsolatban állt a depresszió, a szorongás és az alvászavar tüneteivel is (Clarke, et al., 2015).

2. CÉLKITŰZÉSEK

2.1.A kutatás jellege

Jelen kutatás támogatja azt a felvetést, mely szerint „*A pedagógia kutatásának gyakran kell a szűkebb értelemben vett neveléstudomány határain túlmutató kérdéseket vizsgálnia, interdiszciplináris kutatásokra vállalkoznia*” (Falus, 1993, p. 4) Kutatásunk illeszkedik az OECD (1995) definíciójának azon értelmezéséhez, mely szerint az oktatáskutatás interdiszciplináris jelleggel bír, a vizsgálódás makro vagy mikro szinten történhet, témaválasztásának forrásául szolgálhat a tanítás, a tanulás, a nevelés, a szocializáció (Halász, 2013). Ennek értelmében kutatásunk elhelyezhető a társadalomtudományok, ezen belül a neveléstudomány rendszerében. Miközben a szóban forgó kutatás interdiszciplináris jellegénél fogva olyan diszciplinák határait súrolja, mint a pszichológia, vagy az addiktológia/pszichiátria, ugyanakkor gyakorlati pedagógiai és elméleti neveléstudományi megalapozottsága megkérdőjelezhetetlen, amennyiben „*a személyiség részrendszereinek és a személyiségekből fölépülő magasabb szintű rendszereknek a fejlesztése is a pedagógiai kutatások tárgykörébe tartozik*” (Nagy, 2000).

2.2.A kutatás általános célkitűzései

A bullying gazdag szakirodalma javarészt a tipikusan fejlődő gyermekekre és serdülőkre nézvést fogalmaz meg állításokat és következtetésket. Felmerül, a kérdés, hogy mennyiben eltérő a fogyatékkossággal élő serdülők és ezen belül az autizmusban érintett tanulók helyzete, léteznek-e körülírható sajátosságok ebben a célcsoportban. Miközben a bullying kapcsán egyéb befolyásoló tényezők szerepe is felmerül – köztük az esetlegesen előforduló ADHD hatásai, a pszichoaktív szerhasználat és a bullying lehetséges összefüggései, valamint az internalizációs tünetek és a bullying egymásra hatása – alig rendelkezünk ismeretekkel azzal kapcsolatban, hogy az autizmusban érintett tanulók tekintetében ezek a járulékos tényezők miként árnyalják a bullying jelenségét. A felmerülő kérdések fényében fogalmazódtak meg kutatásunk hipotézisei.

2.3.Hipotézisek

Feltételezhető, hogy az autizmusban érintett tanulók a viktimizációban válnak érintetté, kevésbé jellemző a bántalmazó szerep. Ahhoz, hogy képet kapjunk az autizmusban érintett tanulók bullying-profiljáról és viktimizáció-profiljáról, két alhipotézis fogalmazható meg a következőképpen:

1.1. hipotézis: ***Az autizmusban érintett tanulók viktimizációban való érintettsége vélhetően kiemelkedő az egyéb fogyatékosságban érintett és a tipikusan fejlődő tanulókkal való összevetésben. Különbség van az autizmusban érintett tanulók, az egyéb fogyatékosságban érintett tanulók és a neurotipikus tanulók vitimizációja között.***

1.2. hipotézis: ***Az autizmusban érintett tanulók bántalmazásban való érintettsége vélhetően csekélyebb az egyéb fogyatékosságban érintett és a tipikusan fejlődő tanulókkal való összevetésben. Különbség van az autizmusban érintett tanulók, az egyéb fogyatékosságban érintett tanulók és a neurotipikus tanulók bántalmazása között.***

Feltételezhető, hogy az autizmusban érintett tanulók körében az ADHD-ra utaló tünetek jelentősen növelik az elkövetésben való érintettséget, így az autizmus spektrum zavar és az ADHD tüneteinek együttjárása esetén az elkövetés terén kiemelt kockázatú csoportot azonosíthatunk. Ez alapján hipotézisünk a következő:

2. hipotézis: ***Autizmusban érintett tanulók körében pozitív összefüggés tapasztalható az ADHD-ra utaló tünetek súlyossága és az elkövetésben való érintettség között.***

Feltételezhető, hogy a szupportív kortárskapcsolatok protektív módon hatnak a bántalmazással szemben. Ez alapján hipotézisünk a következő:

3. hipotézis: ***A kortárskapcsolatok gyengébb minősége nagyobb mértékű viktimizációval jár együtt az autizmusban érintett tanulók körében.***

Feltételezhető, hogy autizmusban érintett tanulók körében a legális pszichoaktív szerek (alkohol, dohányzás) használata csekélyebb és ritkább, mint a tipikusan fejlődő tanulók körében. Ez alapján két alhipotézis fogalmazódik meg:

4.1. hipotézis: ***Különbség tapasztalható az alkoholfogyasztási gyakoriság tekintetében a neurotipikus, egyéb fogyatékosságban érintett és autizmusban érintett tanulók között. Az autizmusban érintett tanulók körében nem jellemző a gyakori és problémás alkoholfogyasztás.***

4.2. hipotézis: ***Különbség tapasztalható a dohányzás gyakoriságának tekintetében a neurotipikus, egyéb fogyatékosságban érintett és autizmusban érintett tanulók között. Az autizmusban érintett tanulók körében nem gyakori a dohányzás.***

Feltételezhető, hogy azoknál az autizmusban érintett tanulóknál, akik körében magas a vonás-agresszió, jelentősebb a bántalmazásban való érintettség. Ez alapján hipotézisünk a következő:

5. hipotézis: ***Pozitív összefüggés van az autizmusban érintett tanulók vonás-agressziója és a bántalmazásban való érintettsége között.***

Feltételezhető, hogy azoknál az autizmusban érintett tanulóknál, akik iskolai zaklatás áldozatává válnak, jelentősebb az internalizációs tünetek aránya. Ez alapján a következő hipotézis állítható fel:

6. hipotézis: ***Pozitív összefüggés van a viktimizáció és az internalizációs tünetek súlyossága között autizmusban érintett tanulók körében.***

3. MÓDSZEREK

3.1.Vizsgálati minta

A vizsgálati mintába olyan 14-16 év közötti autizmus spektrum zavarral diagnosztizált sajátos nevelési igényű tanulók kerültek, akik integráltan, vagy gyógypedagógiai tanterv szerint történő oktatás-nevelésben részesülnek, és ennek megfelelően a területileg illetékes szakértői bizottság írásbeli szakértői véleményével rendelkeznek. (Az adatfelvétel időszakában hatályos jogszabály, 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet rendelkezik arról, hogy szakértői vélemény orvosi, pszichológiai és gyógypedagógiai részvizsgálatok során gyűjtött adatok alapján alkotható (lásd: 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 2-3. melléklet)) A kiválasztás alapjául mintavételi keretként az Oktatási Hivatal Köznevelés Információs Rendszere (KIR) szolgált, melyben az összes olyan hazai közoktatási intézmény elérhető, ahol az adott életkori övezetbe tartozó autizmus spektrum zavarban érintett tanulók oktatása megvalósul. Emellett az egészségügyi kutatások megvalósításához szükséges kutatásetikai engedély birtokában gyermekpszichiátriai ellátást biztosító egészségügyi intézményekkel vettük fel a kapcsolatot, ugyanakkor minden esetben kódoltuk az adott tanuló oktatását biztosító iskolát is. Az autizmus spektrum zavarban érintett tanulók mintájába összesen 22 köznevelési intézmény 47 tanulója került.

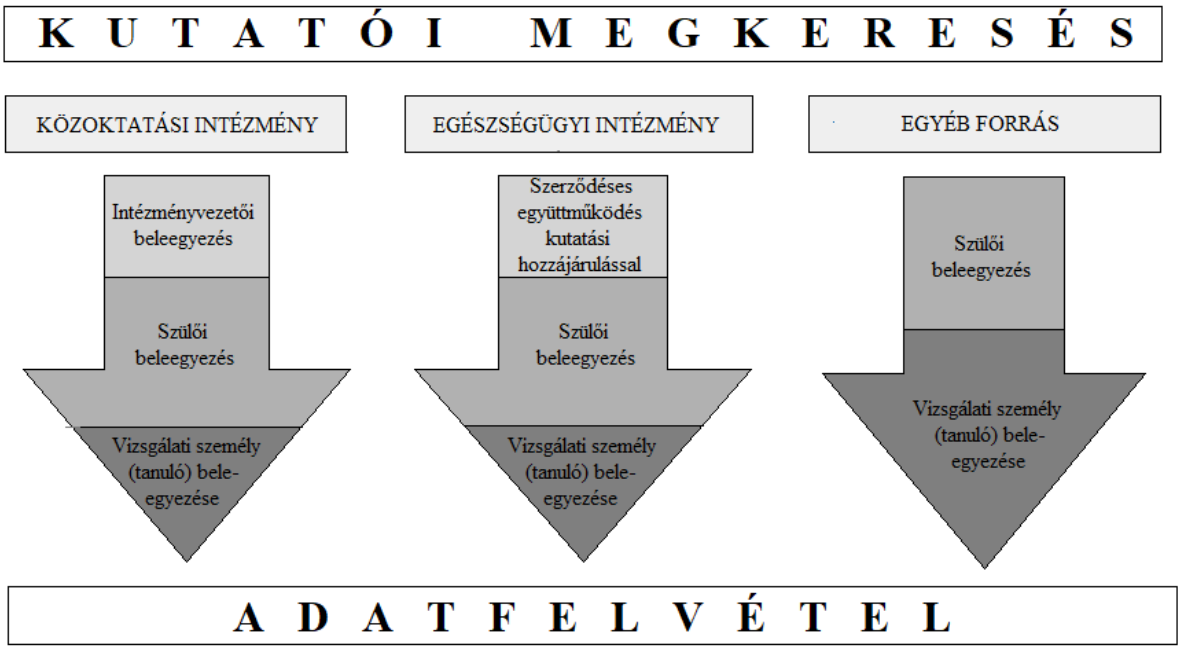
3.2.Adatfelvétel

Az adatfelvételre 2015 májusa és 2020 februárja között került sor. A kutatás adatfelvétele mindenekelőtt közoktatási intézményekben zajlott, ami egy egészségügyi intézménnyel egészült ki, valamint egyes esetekben az adatszerzés és adatfelvétel optimalizálása okán a tanulók felkeresése nem az illetékes iskolában történt. A kutatásban résztvevő iskolák listáját az Oktatási Hivatal Tanügy-igazgatási és Területi Koordinációs Főosztály bocsátotta rendelkezésre 2015-ben az Oktatási Hivatal Köznevelés Információs Rendszerében (KIR) regisztrált köznevelési intézmények szűrését követően. Az Oktatási Hivatal adatszolgáltatásának értelmében az autizmussal élő 14-16 éves tanulók iskoláztatását országosan végző intézmények mindegyikével, 235 iskolával történt meg a kapcsolatfelvétel. Összesen 51 nemleges válasz érkezett, 7 esetben az egyeztetések során megszakadt a kapcsolat (nem érkezett válasz). A visszautasítások gyakori oka volt, hogy az adott iskolában tanuló autizmussal élő tanulók nem a kijelölt életkori övezetbe tartoztak vagy a megkeresés idején az adott iskolában nem tanult autizmussal élő gyermek. Emellett visszatérő indok volt az intézmények túlterheltsége és kapacitáshiánya. Az okok közt szerepelt az érintett gyermekek

adatvédelme (hangsúlyozandó, hogy a kutatás teljes anonimitást tett lehetővé és a részvétel minden esetben önkéntes alapon történt). 4 esetben az intézményvezető hozzájárulását adta a kutatáshoz, azonban a szülők nem egyeztek bele a részvételbe, 1 esetben az intézményvezetői engedélyezést követően az iskola részéről együttműködésre felkért gyógypedagógus szakította meg a kapcsolatot. Az egészségügyi intézményekkel való kapcsolatfelvételt megelőzően az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT TUKEB) 2016 októberében hivatalos kutatásetikai engedélyt bocsátott ki. A megkérdezett négy gyermekpszichiátriai ellátást biztosító egészségügyi intézmény közül egy intézmény tette lehetővé az adatfelvételt, egy esetben a pacientúra alacsony életkorára hivatkozva hiúsult meg az adatfelvétel, egy esetben a szülők részéről nem érkezett hozzájárulás, egy esetben az intézmény képviselője megszakította a kapcsolatot a szerzővel. Az együttműködést vállaló egészségügyi intézményben a kutatási kritériumok mentén történő szűrést követően 71 főt azonosítottunk, 15 esetben találtunk e-mail elérhetőséget a kapcsolatfelvételhez. A megkereső levél kiküldését követően 4 esetben kaptunk olyan pozitív választ a szülőktől, ami lehetővé tette az adatfelvételt.

A kutatásban való részvételre irányuló megkeresés több lépésben történt. Közoktatási intézmények esetén az első, email-ben történő megkeresés az oktatási intézmények vezetőihez érkezett (2. melléklet), együttműködési szándék esetén az intézményvezető, illetve az iskola pedagógusainak, ifjúsági tanácsadójának, iskolapszichológusának közbenjárásával a kutatási kritériumoknak megfelelt tanulók szülei írásbeli tájékoztatást (3. melléklet) kaptak a kutatás részleteiről, ami egy beleegyező nyilatkozattal (4. melléklet) egészült ki. Ezzel egyidejűleg a vizsgálati személyeknek szánt kutatási tájékoztató (5. melléklet) is kiküldésre került, így szülői beleegyezés esetén a tanuló is hozzáférhetett a részvételét érintő információkhoz. Ezzel egyidőben, de legkésőbb az adatfelvételt közvetlenül megelőzően a vizsgálati személyek beleegyező nyilatkozat (6. melléklet) aláírásával jelezték az önkéntes részvételt. Az egészségügyi intézmény esetében hasonló eljárás előzte meg az adatgyűjtést. Miután a szerző és az intézmény szerződésbe foglalta az együttműködés gyakorlati és etikai feltételeit, az Autizmus Részleg munkatársainak segítségével az adatvédelmi alapvetések figyelembevételével történt a kutatási kritériumoknak megfelelt gyermekek szüleivel való kapcsolatfelvétel email-ben. Részvételi hajlandóság esetén kiküldésre került a szülőknek és a vizsgálati személyeknek szóló tájékoztató és a beleegyező nyilatkozatok. Az adatfelvétel harmadik módja a „kerülőutas" adatgyűjtés. A mintába ily módon került vizsgálati személyek szintén az Oktatási Hivatal Tanügy-igazgatási és Területi Koordinációs Főosztály által listázott

iskolák valamelyikével állnak tanulói jogviszonyban, de a kapcsolatfelvétel nem az iskolán keresztül történt. Ebben az esetben szintén email-en keresztül történt az írásbeli tájékoztatók és a beleegyező nyilatkozatok eljuttatása a szülőkhöz és a vizsgálati személyekhez.



5. ábra: A kutatói megkeresés és az adatfelvétel folyamata

Az adatfelvétel 45-90 percet vett igénybe. A kérdőívcsomag rövid írásos tájékoztatót tartalmaz, melyet a szerző szóban is ismertetett az adatfelvételt megelőzően. A kérdőívbattéria kitöltése egyénenként, illetve legfeljebb három fős kiscsoportokban történt. A kérdőívbattéria írásos kitöltésére 39 esetben került sor, 7 esetben pedig interjú formájában történt az adatok lekérdezése. A részvétel minden esetben önkéntes alapon zajlott, az adatgyűjtés anonim módon történt. A tanulók a név nélküli kérdőíveken egy generált sorszámot, kódot kaptak. Mivel a kutatás során összehasonlító vizsgálatokra is sor került, a teljes mintán belül az „autizmusban érintett" jelzőt alkalmaztuk címkeként az alminta jelölésére.

Kutatásunk részeként az összehasonlító vizsgálatok során állami fenntartású budapesti középfokú intézmények kilencedik évfolyamos, 14-15 éves tanulóinak reprezentatív mintáját alkalmaztuk. Az adatgyűjtésre az *„Az agresszió feltárása, megelőzése és kezelése az iskolában" (Törless/z Projekt, 2009/2011 OMFB-00703/2009)* (a továbbiakban: Törless/z Projekt) keretén belül került sor 2009 novembere és 2010 márciusa között, az adatgyűjtésben és adatrögzítésben a szerző is aktív szerepet vállalt. Az adatgyűjtésre 39 budapesti iskola 40 osztályában került

sor. Összesen 944 fő alkotja a budapesti középfokú intézmények tanulóinak csoportját (Matuszka, 2015). Az összehasonlító vizsgálatok bemutatása során a teljes mintán belül „iskola” címkével utalunk a középfokú intézmények kilencedik évfolyamos tanulóinak almintájára.

Az összehasonlító vizsgálatok során egyéb, az autizmustól eltérő fogyatékosságban érintett 13-15 éves sajátos nevelési igényű csoportok adataival is dolgoztunk. Az adatgyűjtés 2010 április és 2015 december között történt. A fogyatékossággal élő, sajátos nevelési igényű tanulók mintáját 503 fő alkotta, ami hallássérült, látássérült, mozgássérült, tanulásban akadályozott, értelmileg akadályozott és viselkedészavart mutató tanulók alcsoportjait foglalja magában. Az érintett tanulók a területileg illetékes szakértői bizottság, illetve pedagógiai szakszolgálat írásbeli szakértői véleményével rendelkeztek, a szakértői vélemények az alábbi BNO kódokat tartalmazták: H54.x: Vakság és csökkentlátás, H90.x: Vezetéses típusú és idegi eredetű hallásvesztés, M00.x-M99.x: A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei, F70.x: Enyhe mentális retardáció, F71.x: Mérsékelt mentális retardáció, F90.x-F98.x: A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban jelentkező zavarai (viselkedészavar, 2011. évi CXC. törvény alapján egyéb pszichés fejlődési zavar) (Egri, 2016). Az összehasonlító vizsgálatok bemutatásakor az egyes fogyatékosságokat, sajátos nevelési igényű csoportokat leíró jelzőket („hallássérült”, „látássérült”, „mozgássérült”, „tanulásban akadályozott”, „értelmileg akadályozott”, „viselkedészavart mutató”) alkalmaztuk címkeként az egyes alminták jelölésére.

Az adatrögzítést a Törless/z Projekt kérdezőbiztosai végezték három szakaszban, az autizmusban érintett tanulók esetében a szerző egyszemélyben végezte az adatfelvételt és az adatrögzítést. Az autizmusban érintett tanulók mintáját érintő adatrögzítésre – ami a teljes minta adatrögzítésének harmadik szakaszát jelöli - 2015 májusa és 2020 februárja között került sor Az adatrögzítést ellenőrzés, valamint adattisztítás követte.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	iskola	944	63,1	63,2	63,2
	hallásérült	76	5,1	5,1	68,3
	látássérült	82	5,5	5,5	73,8
	mozgássérült	102	6,8	6,8	80,6
	tanulásban akadályozott	105	7,0	7,0	87,6
	értelmileg akadályozott	21	1,4	1,4	89,0
	viselkedészavart mutató	117	7,8	7,8	96,9
	autizmusban érintett	47	3,1	3,1	100,0
	Total	1494	100,0	100,0	
Total		1494	100,0		

1. táblázat: A kutatásban részt vevő csoportok minta szerinti eloszlása

3.3.Mérőeszközök

Az adatfelvétel alapjául szolgáló kérdőívbattéria (1. melléklet) a bullying kérdésköréhez illesztett, nemzetközi gyakorlatban használatos, validált mérőeszközökből épült fel. A kérdőívcsomag összeállítását az Addiktológiai Kutató Intézet munkatársai végezték 2009-ben. A kérdőívbattériát alkotó egyes mérőeszközök részletes bemutatását, hazai megbízhatósági és érvényességi vizsgálatait 2012-ben publikálták.

A kérdőívbattéria az alábbi kérdőíveket tartalmazta: Rosenberg Önértékelési Skála, Temperamentum és Karakter Kérdőív Junior változat Újdonságkeresés Alskála, Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála, Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála, Revidiált Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív, Képességek és Nehézségek Kérdőív, Agresszió és Viktimizáció Skála, Pozitív Viselkedési Skálák, Verekedés Szülői Támogatása Skála, Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja, EuroADAD interjú iskolai problémákra, dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdései. A kérdőívcsomag 59-66. kérdései a szabadidő eltöltésére vonatkoznak, valamint szociodemográfiai adatgyűjtés céljából egészítik ki a mérőeszközöket. A kérdőívcsomaghoz tartozik további két kvalitatív kérdés, mely jelen kutatás szempontjából nem hasznosult.

Az értekezésben ismertetett vizsgálatokban az alább feltüntetett mérőeszközök adatai kerültek felhasználásra. A mérőeszközök bemutatásának sorrendje követi az alkalmazott kérdőívbattérián belül az egyes mérőeszközök sorrendjét.

3.3.1.Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale, ADHD-RS)

A kérdőívet G. J. DuPaul dolgozta ki 1998-ban, a mérőeszköz a figyelemzavar és hiperaktivitás/impulzivitás súlyossági fokát méri. Az eszköz a 4-17 éves korosztály számára készült. 18 tételt foglal magában, ebből 9 tétel a figyelemzavar, 9 tétel a hiperaktivitás/impulzivitás állításait tartalmazza, így önállóan értékelhető a Figyelemzavar Alskála és a Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskála. A páratlan számú tételek a figyelemzavar, a páros számú tételek a hiperaktivitás/impulzivitás súlyossági fokát mérik. Az egyes tételek négyfokú skálán értkelhetőek: 0=soha, 1=ritkán, 2=gyakran, 3=nagyon gyakran. Az összpontszámok kiszámítása a tételek értékeinek összegzésével történik, a maximálisan elérhető pontszám alskálánként 27 pont (9x3) (Gerevich, Bácskai, Matuszka & Czobor, 2012b). DuPaul az alkalmazhatóság ellenőrzéseként 4-20 éves korosztályban 4666 fős reprezentatív mintán arra az eredményre jutott, hogy a kérdőívben elért magasabb pontszám és a DSM-IV kapcsolódó diagnózisai között erős kapcsolat áll fenn (DuPaul, 1998). Faries és munkatársai 283 fős mintán végezték el a kérdőív klinikusok által értékelt változatának validitásvizsgálatát, a mérőeszköz belső konzisztenciája kiválónak minősíthető, a Cronbach-alfa érték 0,86 volt, míg az időbeli megbízhatóságot jelölő intraclass korrelációs együttható 0,76 és a Pearson korrelációs koefficiens 0,81 (Faries, Yalcin, Harder & Heiligenstein, 2001). Habár a skálát jellemzően a szülő vagy a pedagógus tölti ki, az állítások egyes szám első személyű átfogalmazásával lehetővé vált az önkitöltéses válaszadás a jelen kutatás során. A kutatásban használt kérdőívcsomag 3. számmal jelölt mérőeszköze a Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála. (A továbbiakban a nemzetközi szakirodalomban alkalmazott ADHD-RS rövidítéssel utalunk a mérőeszközre.)

3.3.2.Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála (Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), Physical Aggression Subscale)

A kérdőív kidolgozása Buss és Perry nevéhez fűződik, előzményként a Buss-Durkee hosztilitást mérő kérdőív kidolgozása említhető (Buss & Perry, 1992). A kérdőív 29 tételből áll, melyek ötfokú Likert-skálán értékelhetőek: 1= Egyáltalán nem jellemző, 2= Nem jellemző, 3= Jellemző is, meg nem is, 4= Jellemző, 5= Nagyon jellemző. A kérdőív vizsgált részterületeit jelöli a 9 tételből álló Fizikai Agresszió Alskála (PA), az 5 tételből álló Verbális Agresszió Alskála (VA), a 7 tételből álló Düh Alskála (AN) és a 8 tételből álló Hosztilitás Alskála (HS). A kérdőív többnyire felnőttek körében használt mérőeszköz, de serdülők körében is alkalmazásra került (Gerevich et al., 2012a) A kérdőív alkalmazott alskálája a vonás-agresszió, tehát a

személyiségvonásként rögzült, stabil jellemzőként azonosítható agresszió mérésére, feltárására szolgál. A Fizikai Agresszió Alskálán maximálisan elérhető érték 45 pont (9x5), a magasabb pontszám súlyosabb fokú agresszivitást jelöl. A kérdőívcsomag 4. számú mérőeszköze a Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskálája. (A továbbiakban a nemzetközi szakirodalomban alkalmazott BPAQ rövidítéssel utalunk a mérőeszközre.)

Jelen kutatás szempontjából az 5. és 6. kérdés kutatói kiegészítésként adódott hozzá a kérdőívcsomaghoz, csakúgy, mint a 7. kérdést megelőző információközlő leírás.

3.3.3.Revidiált Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív (Revised Olweus Bullying/Victimization Questionnaire, OBVQ)

A kérdőív kidolgozója Dan Olweus, a mérőeszköz az iskolai terrorizálás és viktimizáció mérésére alkalmas a kitöltést megelőző három hónap vonatkozásában. A kérdőív Junior és Senior változata 9-16 éves korosztálynál alkalmazható: míg a Junior változat az általános iskola alsóbb évfolyamaiban használatos, a Senior változat az általános iskola felső és a középiskola alsó évfolyamai számára készült. Az eszköz feltünteti az iskolai terrorizálás meghatározását. A kérdőív 40 tételből áll. Az itemek a bullying és az áldozattá válás előfordulási gyakoriságát, konkrét megvalósulási formáit, illetve az iskolai környezet szereplőinek (pedagógusok, szülők, tanulók) attitűdjét térképezik fel. Mind a bántalmazás, mind a viktimizáció kapcsán specifikus viselkedésekre vonatkozó kérdéseket tartalmaz a kérdőív, ezek közé tartozik a verbális bántalmazás, a kortárscsoportból való kirekesztés, a fizikai bántalmazás, pletykák terjesztése, pénz vagy más érték eltulajdonítása vagy megrongálása, bizonyos dolgok végrehajtására való kényszerítés, bőrszín vagy rassz miatti bántalmazás, szexuális agresszió, mobiltelefonon vagy interneten keresztül történő zaklatás (cyberbullying) (Bácskai, Gerevich, Matuszka & Czobor, 2012b). A kérdőív segítségével a bántalmazás és a viktimizáció többféleképpen értékelhető. A globális tételek alapján a bántalmazók és az áldozatok világosan megkülönböztethetőek egymástól a válaszként jelölt gyakoriságtól függően. Másrészt két különálló, 9-9 tételből álló alskála (Terrorizálás Skála 25-33. tételei és Viktimizáció Skála 4-12. tételei) összpontszámai alapján mérhető fel a bántalmazásban és áldozattá válásban való érintettség. Az egyes tételeket ötfokozatú Likert-skála segítségével lehet értékelni. Elemzésünk során egyrészt a globális tételek alapján szűrtük a bántalmazásban és viktimizációban érintetteket, emellett az alskálák tételeire adott válaszokat 0-4 tartomány értékeire kódoltuk át az alskálák összpontszámainak számításához. Az egyes alskálákon elérhető maximális pontszám így 36 pont (9x4) lett. A mérőeszköz megbízhatóságát 5000 fős, 5-9 osztályos norvég tanulókból álló reprezentatív mintán ellenőrizték, a belső konzisztencia kiválónak bizonyult és teszt-reteszt megbízhatóságra

következtethetünk. A vizsgálatok során egyéni és iskolai szinten a mások terrorizálására és a viktimizációra irányított tételek esetén is kiváló megbízhatóságot mértek, a Cronbach-alfa érték 0,8-0,9 (Kyriakides, Kalayirou & Lindsay, 2006; Lee & Cornell, 2010; Finn, 2008) A kutatásunk során használt kérdőívbattéria 7-44. kérdései tartoznak a Revidiált Olweus Bullying és Viktimizációs Kérdőívhez. (A továbbiakban a nemzetközi szakirodalomban alkalmazott OBVQ rövidítéssel utalunk a mérőeszközre.)

3.3.4.Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strenghts and Difficulties Questionnaire, SDQ)

A kérdőívet 1994-ben Robert Goodman dolgozta ki, az eszköz 4-16 éves gyermekek viselkedési jellemzőinek és pszichopatológiai tüneteinek mérésére szolgál, ugyanakkor a viselkedést érintő deficitek mellett a proszociális viselkedést is méri. A kérdőív kitöltése 11 éves kor alatt a szülőre vagy a pedagógusra hárul, 11 éves kor felett önkitöltéses kérdőívként alkalmazható a mérőeszköz. A kérdőív alegységei a következők: Érzelmi Tünetek Alskála, Viselkedési Problémák Alskála, Hiperaktivitás Alskála, Kortárskapcsolati Problémák Alskála, Proszociális Viselkedés Alskála (Gerevich, Bácskai, Matuszka & Czobor, 2012c). A kérdőív 25 tétele háromfokozatú skálán értékelhető: 1= Nem igaz, 2= Valamennyire igaz, 3= Határozottan igaz. Az egyes alskálákra adott válaszok pontértékeinek összeadásával számolható ki az összpontszám, ami maximum 10 pont lehet (5x2), ugyanakkor egyes tételek esetében a pontozás fordított. Az egyes alskálák önálló használatán túl lehetséges az összesített nehézségek mérése is, amennyiben a Proszociális Viselkedés Skála kivételével az alskálák pontszámainak összegét vesszük alapul. (Gerevich et al., 2012c). Goodman a kiértékelés lehetőségét a pontszámok alapján történő tartományi besorolással egészítette ki, melyet a 2. táblázat ismeret (Goodman, 2001).

	Normális tartomány	Határeseti tartomány	Rendellenes tartomány
Érzelmi Tünetek Alskála	0-5 pont	6 pont	7-10 pont
Viselkedési Problémák Alskála	0-3 pont	4 pont	5-10 pont
Hiperaktivitás Alskála	0-5 pont	6 pont	7-10 pont
Kortárskapcsolati Problémák Alskála	0-3 pont	4-5 pont	6-10 pont
Proszociális Viselkedés Alskála	6-10 pont	5 pont	0-4 pont
Összesített Nehézségek Alskála	0-15 pont	16-19 pont	20-40 pont

2. táblázat: Javasolt tartományi besorolás a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) alskáláinak összpontszámai alapján (forrás: Goodman, 2001)

Goodman, Lamping és Ploubidis 2010-ben egészítették ki a mérőeszköz alkalmazását az Internalizációs Alskála és az Externalizációs Alskála kialakításával, melyek összevont alskálaként funkcionálnak. Míg az Internalizációs Alskála az Érzelmi Tünetek Alskálát és a Kortárskapcsolati Problémák Alskálát foglalja magába, addig az Externalizációs Alskála a Hiperaktivitás Alskálából és a Viselkedési Problémák Alskálából áll (Goodman, Lamping & Ploubidis, 2010). A Képességek és Nehézségek Kérdőív kapcsán Goodman saját vizsgálata jó pszichometriai mutatókat igazolt, 5-15 éves gyermekek 10438 fős mintáján végzett vizsgálat szerint a belső konzisztencia megfelelő. Jó megbízhatóságra utal, hogy az alskálák átlagos Cronbach-alfa értéke 0,73. A teszt-reteszt vizsgálat eredményei jó reliabilitást igazoltak. (Goodman, 2001). A szülők által értékelt magyar változat pszichometriai jellemzőit Birkás és munkatársai végezték el 156 fős nem klinikai mintán 5-7 éves gyermekek körében. A kérdőív belső konzisztenciáját jelző Cronbach-alfa értékek 0,43-0,70 közé tehetőek. A szerzők a mérőeszköz alskáláin kapott eredményeket a Gyermekviselkedési Kérdőív (CBCL) eredményeivel vetették össze a kérdőív konvergens érvényességének ellenőrzéseképpen. A két mérőeszköz alskálái közt mért Pearson korrelációs koefficiensek 0,41-0,65 közé estek, ami a magyar változat érvényességét igazolta (Birkás, Lakatos, Tóth & Gervai, 2008). Turi, Tóth és Gervai 286 fős iskoláskorú gyermekek mintáján a kérdőív önkitöltéses, szülői és tanári változatának pszichometriai sajátosságait vizsgálták. Az önkitöltéses változat kapcsán az alskálák Cronbach-alfa értékei 0,43-0,80 közé estek, ami a megbízhatóságot igazolta (Turi, Tóth & Gervai, 2011). A kutatásunk során használt kérdőívcsomag 45. számmal jelölt mérőeszköze felel a Képességek és Nehézségek Kérdőívnek. (A továbbiakban a nemzetközi szakirodalomban alkalmazott SDQ rövidítéssel utalunk a mérőeszközre.)

3.3.5.Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja, EuroADAD interjú iskolai problémákra, dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdései (European Adolescent Assessment Duialogue, EuroADAD)

A mérőeszköz kialakításának előzménye a Serdülőkori Drogabúzus Diagnózis (Adolescent Drug Abuse Diagnosis, ADAD), ami a pszichoaktív szerhasználat mellett a pszichiátriai tüneteket is vizsgálja. A mérőeszköz szerzői, Alfred Friedman és Arlene Terras David Öberggel kiegészülve fejlesztették tovább az ADAD-ot az addig tapasztalt hiányosságok figyelembevételével, így jött létre az Európai Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja (European Adolescent Assessment Dialogue, EuroADAD). Az EuroADAD félig strukturált interjú, ami az adatfelvételt megelőző 30 nap jellemzőire kérdez rá. A mérőeszköz megbízhatóságát az Addiktológiai Kutató Intézet munkatársai végezték, aminek

eredményeképpen az EuroADAD kedvező pszichometriai tulajdonságokkal jellemezhető. Négy mintát foglalt magába vizsgálati populáció: gyermekvédelmi gondozásba vett (295 fő), drogambulancián kezelt (278 fő) 15-20 éves fiatalok csoportja, a társított kontrollcsoport (59 fő), valamint hollandiai 12-18 éves fiatalokból álló minta (51 fő) tette ki a vizsgálati populáció egészét. A mérőeszköz belső konzisztenciáját illetően a Cronbach-alfa értéke 0,50, ugyanakkor az alfa együttható lefelé irányuló torzítást mutat a nem egydimenziós skálák esetében. A multidimenzionális skálák mérésére alkalmasabbnak mutatkozó mutató McDonald omega használata esetén a belső konzisztencia megfelelőnek bizonyul (Czobor, Bácskai, Öberg, Haack & Gerevich, 2012). Jelen kutatás összefüggésrendszerében az interjú dohányzást és alkoholfogyasztást érintő kérdései (az Alkohol és drogfogyasztás című fejezetből), az iskolai teljesítményre vonatkozó egyes kérdések (az Iskola című fejezetből) és a baráti kapcsolatokra vonatkozó egyes kérdések (A Társas kapcsolatok című fejezetből) kaptak helyet a kérdőívcsomagban. A kérdőívbattériában a 46-51. valamint az 55-58. számmal jelölt kérdések tartoznak az EuroADAD mérőeszközhöz. (A továbbiakban a nemzetközi szakirodalomban alkalmazott EuroADAD rövidítéssel utalunk a mérőeszközre.)

3.3.6.Agresszió és Viktimizáció Skála (Reduced Aggression and Victimization Scales, RAVS)

A kérdőív kidolgozása Pamela Orpinas nevéhez fűződik, a mérőeszköz az iskolában tanúsított agresszió és az áldozattá válás területét méri fel 9-16 éves fiatalok körében. A kérdőív alskálái közé tartozik a Viktimizáció Skála (1-6. tétel) és az Agresszió Skála (7-12. tétel). A 12 tétel hétfokú Likert-skálán értékelhető. Alskálánként összesen 36 pont (6x6) érhető el, a magasabb pontszám az agresszió/viktimizáció terén jelentkező súlyosabb érintettséget jelöli (Bácskai, Gerevich, Matuszka & Czobor, 2012a) Orpinas 903 fős mintán végzett validitás-vizsgálata magas megbízhatóságot igazolt, a skála belső konzisztenciáját jelölő Cronbach-alfa érték az Agresszió Alskála esetében 0,89, a Viktimizáció Alskála esetében 0,87 (Orpinas & Frankowski, 2001). A kutatásunk során használt kérdőívbattéria 52. számmal jelölt mérőeszköze felel meg az Agresszió és Viktimizáció Skálának. (A továbbiakban a nemzetközi szakirodalomban alkalmazott RAVS rövidítéssel utalunk a mérőeszközre.)

3.3.7.Pozitív Viselkedési Skálák (Positive Behavior Scales)

A mérőeszköz a pozitív gesztusok gyakorlásának és elfogadásának mérését szolgálja, kialakítását pedagógusok és tanulók részvételével történő fókuszcsoportos interjúk előzték meg, melyek során leltár készült az iskolában leggyakrabban előforduló pozitív viselkedési

formákról (Orpinas, 2009). Az eszköz 10-16 éves korosztály körében használatos (általános iskola felsőbb évfolyamai, középiskola alsóbb évfolyamai). A mérőeszköz két alskálája a többi tanuló felől tapasztalt pozitív, proszociális gesztusok, valamint a többi tanuló felé tanúsított pozitív, proszociális gesztusok mérésére szolgál. Így a Pozitív Viselkedésmódok Elfogadása Alskála és a Pozitív Viselkedésmódok Megjelenése Alskála alkotja a mérőeszközt. Az alskálák 10-10 tételből állnak, így összesen 20 tételt tartalmaz a skála, melyek négyfokú Likert-skálán értékelhetőek. Mindkét alskálán maximálisan 40 (10x4) pont érhető el, a magasabb elért pontszám a pozitív viselkedésmódok elfogadásának/megjelenésének nagyobb gyakoriságát jelzi. (Bácskai, Gerevich, Matuszka & Czobor, 2012c). Orpinas a mérőeszköz megbízhatóságát 206 fős, általános iskolásokból álló mintán vizsgálta, a mérőeszköz belső konzisztenciája kiválónak bizonyult, az első alskálához tartozó Cronbach-alfa értéke 0,90, míg a második alskála esetében 0,91 (Orpinas, 2009). A kutatásunk során használt kérdőívcsomag 53. számmal jelöli a Pozitív Viselkedési Skálákat.

3.3.8.Érthetőséget könnyítő optimalizáció a kérdőívcsomagban

Ahhoz, hogy a kérdőívcsomag egyes instrukcióinak és tételeinek megértését segítsük az autizmus spektrum zavarban érintett vizsgálati személyek számára, több esetben módosítottunk a mérőeszközök eredeti megfogalmazásán. Annak érdekében, hogy a legszükségesebbnek vélt, minimális változtatással megtörténhessen az érthetőséget könnyítő optimalizáció, autizmusban érintett tapasztalati szakértő bevonásával fogalmaztunk át egyes tételeket, kérdéseket és utasításokat. A módosításokat az egészségügyben történt adatfelvételt felügyelő gyógypedagógus szupervíziója mellett végeztük el, figyelembe véve az autizmust érintő elméleti és gyakorlati alapvetéseket.

Instrukciók és kérdések módosítása			
Mérőeszköz	**Eredeti instrukció**	**Módosított instrukció/kérdés**	**Magyarázat**
Rosenberg Önértékelési Skála	„*Kérjük, hogy az állítás mellett karikázd be az egyetértésed mértékének megfelelő számot!*” 1 2 3 4 5	1 „***Nagyon nem értek vele egyet***” 2 „***Többnyire nem értek vele egyet***” 3 „***Egyet is értek vele meg nem is***” 4. „***Többnyire egyetértek vele***” 5 „***Nagyon egyetértek vele***”	➔ A skálaértékeket szöveges választási lehetőséggel egészítettük ki
Revideált Olweus Bullying és Viktimizációs Kérdőív	„*Milyen sokáig tartott a bántalmazás?*”	„*Milyen sokáig tartott a bántalmazás?* ***(nem egy alkalommal)***”	➔ A kérdést kiegészítettük zárójeles megjegyzéssel, hogy általános érvényű választ kaphassunk.
Revideált Olweus Bullying és Viktimizációs Kérdőív	„*Az elmúlt három hónapban a családból bármelyik felnőtt kapcsolatba lépett az iskolával, hogy megállítsa a bántalmazásod?*”	„*Az elmúlt három hónapban a családból bármelyik felnőtt kapcsolatba lépett az iskolával, hogy megállítsa a bántalmazásod* ***(ha volt ilyen élményed)****?*”	➔ A kérdést kiegészítettük zárójeles megjegyzéssel, hogy konkretizáljuk: csak bántalmazásban való érintettség esetén releváns a gyakoriság.
Revideált Olweus Bullying és Viktimizációs Kérdőív	„*Összességében hogy gondolod tanáraid, osztályfőnököd mennyire* ***szálltak szembe*** *a bántalmazással az elmúlt három hónapban?*”	„*Összességében hogy gondolod tanáraid, osztályfőnököd mennyire* ***próbálták megakadályozni*** *a bántalmazást az elmúlt három hónapban?*”	➔ A „szálltak szembe” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Képességek és Nehézségek Kérdőív	„*Mindegyik állítás esetében arra kérünk, jelöld meg, mennyire igaz Rád. Kérjük, hogy válaszaid az elmúlt hat hónapra vonatkozóan add meg!*”	„*Mindegyik állítás esetében arra kérünk, jelöld meg, mennyire igaz Rád. Kérjük, hogy válaszaid az elmúlt hat hónapra vonatkozóan add meg!* ***Jelöld x-szel!***”	➔ Az instrukciót kiegészítettük egy felszólító mondattal, hogy konkretizáljuk a jelölés módját.
Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja, EuroADAD	„*A következő iskolai* ***problémák*** *közül melyik illik rád jelenleg? Jelölj X-et!*”	„*A következő iskolai* ***jelenségek*** *közül melyik illik rád jelenleg? Jelölj X-et!*”	➔A „problémák” megfogalmazást kicseréltük, hogy a kitöltő akkor is értékelni tudja az instrukciót követő felsorolást, ha nem minősíti negatívan (problémaként) azokat.

Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja, EuroADAD	„*A legjobb barátaid közül előfordult, hogy…*”	„*A legjobb barátaid közül előfordult, hogy… **Jelöld X-szel!***”	➔ Az instrukciót kiegészítettük egy felszólító mondattal, hogy konkretizáljuk a jelölés módját.
Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja, EuroADAD	„*Hányszor **rúgtál be** életedben?*”	„*Hányszor **voltál részeg** életedben?*”	➔A „rúgtál be” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Tételek módosítása			
Mérőeszköz	**Eredeti tétel**	**Módosított tétel**	**Magyarázat**
Temperamentum és Karakter Kérdőív Junior változat Újdonságkeresés Alskála	„*Sokszor csak úgy a **„hasamra ütve”** döntök.*”	„*Sokszor csak úgy a **kedvem szerint** döntök.*”	➔A „hasamra ütve” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Temperamentum és Karakter Kérdőív Junior változat Újdonságkeresés Alskála	„*Sokszor **csak úgy** kedvem támad valami újat kipróbálni vagy valami őrültséget csinálni*”	„*Sokszor támad kedvem **hirtelen** valami újat kipróbálni vagy valami őrültséget csinálni.*”	➔ A „csak úgy” megfogalmazást kicseréltük, hogy konkrétabb legyen a tétel tartalma.
Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála	„*Izgek-mozgok, kezemmel matatok, lábamat **váltogatom,** vagy fészkelődöm a széken.*”	„*Izgek-mozgok, kezemmel matatok, lábamat **ide-oda helyezem**, vagy fészkelődöm a széken.*”	➔ A „lábamat váltogatom” megfogalmazást kicseréltük, hogy konkrétabb legyen a tétel tartalma.
Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála	„*Állandóan mennék, olyan vagyok, **mint akit felhúztak**.*”	„*Állandóan mennék, **nyugtalan vagyok**.*”	➔ A „mint akit felhúztak” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála	„***Össze-vissza** beszélek.*”	„***A helyzethez nem illően** beszélek.*”	➔ Az „össze-vissza” megfogalmazást kicseréltük, hogy konkrétabb legyen a tétel tartalma.

Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála	„***Rávágom a választ**, még mielőtt a kérdező a kérdést befejezte volna*.”	„***Előbb válaszolok**, még mielőtt a kérdező a kérdést befejezte volna*.”	➔ A „rávágom a választ” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Revideált Olweus Bullying és Viktimizációs Kérdőív	„*Undok vagy bántó üzeneteket, **telefonokat**, képeket vagy más dolgokat kaptam mobiltelefonon vagy interneten keresztül.*” illetve „*Undok vagy bántó üzeneteket, **telefonokat**, képeket vagy más dolgokat küldtem mobiltelefonon vagy interneten keresztül.*”	„*Undok vagy bántó üzeneteket, **telefonhívásokat**, képeket vagy más dolgokat kaptam mobiltelefonon vagy interneten keresztül.*” illetve „*Undok vagy bántó üzeneteket, **telefonhívásokat**, képeket vagy más dolgokat küldtem mobiltelefonon vagy interneten keresztül.*”	➔ A „telefonokat” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Revideált Olweus Bullying és Viktimizációs Kérdőív	„*Csak nézem, hogy **mi folyik**.*”	„*Csak nézem, hogy **mi történik**”.*	➔ A „mi folyik” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Képességek és Nehézségek Kérdőív	„*A többi gyerek vagy fiatal gyakran fenyeget, **belém köt**.*”	„*A többi gyerek vagy fiatal gyakran fenyeget, **kötözködik velem**.*”	➔ A „belém köt” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja, EuroADAD	„***bukás** az iskolában*”	„***osztályismétlés** az iskolában*”	➔ A „bukás” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.
Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja, EuroADAD	„*óra alatti **bomlasztó** viselkedés*”	„*óra alatti **rendetlen** viselkedés*”	➔ A „bomlasztó” megfogalmazást kicseréltük, hogy a szó szerinti értelmezést elkerüljük.

3. táblázat: Érthetőséget könnyítő optimalizáció a kérdőívcsomagban

3.4.Az elemzett változók bemutatása

Az iskolai bántalmazást kétféleképpen vizsgáltuk. Egyrészt az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőívből (OBVQ) kiemelt Terrorizálás Skála, valamint az Agresszió és Viktimizáció Skálából (RAVS) kiemelt Agresszió Skála pontértékeinek folytonos változatát alkalmaztuk. Másrészt az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőívből (OBVQ) kiemelt Terrorizálás Skála globális tételére adott értékeket kategoriális, dichotóm formátumúra átkódolt változatban is alkalmaztuk. Azok a válaszadók, akik a globális tétel szerint a megadott időintervallumban legalább „egyszer vagy kétszer" részt vettek más tanulók bántalmazásában, a bántalmazó csoportba kerültek.

A viktimizáció vizsgálata során az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőívből (OBVQ) kiemelt Viktimizáció Skála, valamint az Agresszió és Viktimizáció Skálából (RAVS) kiemelt Viktimizáció Skála pontértékeinek folytonos változatát alkalmaztuk

A vonás-agresszió mérése céljából alkalmazott Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAQ) Fizikai Agresszió Alskála pontértékeinek folytonos változatát használtuk.

A Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (ADHD-RS) alskáláit önállóan alkalmaztuk, mindkét alskála esetében a pontértékek folytonos változatát alkalmaztuk.

A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) esetében méréseinkhez az Érzelmi Tünetek Alskála, a Hiperaktivitás Alskála és a Kortárskapcsolati Problémák Alskála eredményeit használtuk, minden esetben a pontértékek folytonos változatával dolgoztunk. Hasonlóképpen jártunk el az Internalizáció Alskála esetében, melynek eredményeit az Érzelmi Tünetek Alskála és a Kortárskapcsolati Alskála értékeinek szummációjával nyertük.

A Pozitív Viselkedési Skála alskáláit önállóan alkalmaztuk, a Pozitív Viselkedésmódok Megjelenése Alskála és a Pozitív Viselkedésmódok Elfogadása Alskála esetében is a pontértékek folytonos változatával dolgoztunk.

A Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja (EuroADAD) alapján az alkoholfogyasztás és a dohányzás gyakoriságára adott válaszokat 1-től 7-ig kódoltuk: 1=naponta, 2=hetente többször, 3=hetente egyszer-kétszer, 4=havonta többször, 5=havonta egyszer-kétszer, 6=ritkábban, 7=soha nem iszom/dohányzom. Eszerint mértük fel a szerhasználati gyakoriságot, amellett, hogy az önbevallásos berúgásra adott választ kategoriális, dichotóm formátumúra átkódolt változatban alkalmaztuk.

3.5.Statisztikai elemzések

A statisztikai feldolgozás az SPSS (Statistical Product and Service Solutions for Windows) (verziószám 20.0; IBM) programcsomag segítségével történt. Alkalmaztunk Khi-négyzet tesztet, Kruskal-Wallis-tesztet és ehhez kapcsolódó post hoc tesztet, Mann-Whitney-tesztet, valamint vizsgáltunk átlagot, szórást és gyakorisági eloszlást. Amennyiben különbséget és eltérést tüntetünk fel, minden esetben a matematikai-statisztikai értelemben vett szignifikáns különbségekre utalunk (a szignifikancia szint egységesen p=0,05). Esetenként tendenciaszerű különbség vagy korreláció tendenciája mutatkozik, a megfogalmazás statisztikai értelemben arra utal, hogy p=0,10 és 0,05 közé estek az adott próbák értékei.

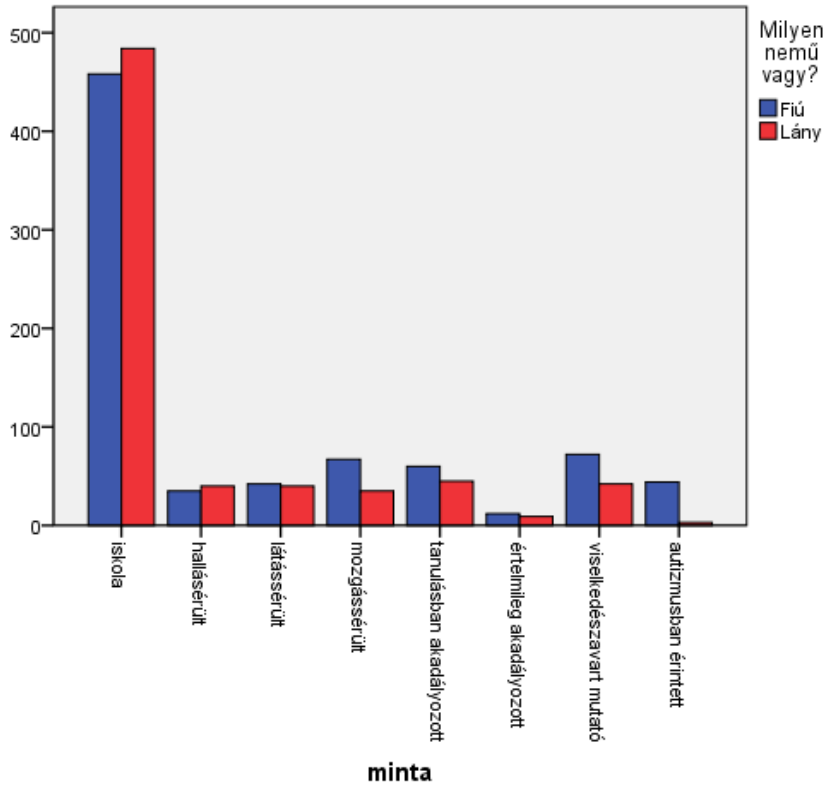
4.EREDMÉNYEK

4.1.Leíró statisztikai adatok

A kutatásban résztvevő 1494 tanuló esetében 1488 fő esetében történt válaszadás a nemre vonatkozóan, 6 fő esetében nem ismert a tanuló neme. A csoportonkénti nemi eloszlást a 4. táblázat és a 6. ábra szemlélteti.

		Milyen nemű vagy?		Total
		Fiú	Lány	
melyik minta	iskola	458	484	942
	hallásérült	35	40	75
	látássérült	42	40	82
	mozgássérült	67	35	102
	tanulásban akadályozott	60	45	105
	értelmileg akadályozott	12	9	21
	viselkedészavart mutató	72	42	114
	autizmusban érintett	44	3	47
Total		790	698	1488

4. táblázat: A minta nemi eloszlása csoportonként



6. ábra: A minta nemi eloszlása csoportonként

Az elemzésekbe bevont mérőeszközök közül az iskolai bántalmazás és viktimizáció vizsgálatára egyrészt az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív (OBVQ) szolgált. Az 5. táblázat az OBVQ-Terrorizálás Skála és az OBVQ-Viktimizáció Skála alapján mért átlagpontszámokat foglalja össze csoportonként. Az autizmusban érintett tanulók körében a viktimizáció terén mért átlagpontszám 3,431 (SD=5,832), ami magasabb érték, mint a többi alcsoporthoz tartozó átlagpontszám. A bántalmazás terén kapott átlagpontszám 2,000 (SD=5,049), ez az érték a viselkedészavart mutató tanulók átlagpontszámának kivételével magasabb, mint a többi csoporthoz tartozó átlagpontszám.

	OBVQ-Viktimizáció Skála			**OBVQ-Terrorizálás Skála**		
	N	M	SD	N	M	SD
iskola	935	1,765	3,119	939	1,792	3,444
hallássérült	75	2,253	4,318	76	1,263	3,465
látássérült	82	2,134	3,763	82	1,573	3,177
mozgássérült	102	2,441	4,379	102	1,245	3,253
tanulásban akadályozott	105	1,819	2,871	105	1,971	4,752
értelmileg akadályozott	21	2,095	2,447	21	0,761	1,410
viselkedészavart mutató	116	2,439	4,269	116	2,896	4,576
autizmusban érintett	44	3,431	5,832	45	2,000	5,049

5. táblázat: Az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív (OBVQ) átlagpontszámai

Az iskolai bántalmazás és viktimizáció vizsgálata során használt másik mérőeszköz az Agresszió és Viktimizáció Skála (RAVS). A 6. táblázat a RAVS-Viktimizáció Skála és a RAVS-Agresszió Skála alapján mért átlagpontszámokat foglalja össze csoportonként. Az autizmusban érintett tanulók Viktimizáció Skálán elért átlagpontszáma 2,322 (SD=5,250), míg az Agresszió Skálán elért átlagpontszáma 2,113 (SD=6,247). Az OBVQ mérőeszközén mért átlagpontszámoktól eltérően sem a viktimizáció, sem a bántalmazás terén nem mutakoznak kimagasló átlagpontszámok az autizmussal élő tanulók részéről. (Míg az OBVQ az elmúlt három hónap vonatkozásában vizsgálja a viktimizáció és bántalmazás kérdéskörét, addig a RAVS az elmúlt egy hét vonatkozásában mér.)

	RAVS-Viktimizáció Skála			RAVS-Agresszió Skála		
	N	M	SD	N	M	SD
iskola	940	2,000	4,043	940	2,584	4,601
hallássérült	76	3,328	6,297	76	2,236	5,346
látássérült	82	2,451	5,368	82	1,902	4,765
mozgássérült	102	3,029	6,449	102	1,980	4,454
tanulásban akadályozott	105	2,028	4,840	105	3,200	6,470
értelmileg akadályozott	21	2,761	4,448	21	3,333	3,915
viselkedészavart mutató	117	3,051	5,346	117	5,162	7,131
autizmusban érintett	44	2,322	5,250	44	2,113	6,247

6. táblázat: Az Agresszió és Viktimizáció Skála (RAVS) átlagpontszámai

A vonás-agresszió vizsgálatának szempontjából a Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAQ) Fizikai Agresszió Alskáláját alkalmaztuk. A 7. táblázat a BPAQ-Fizikai Agresszió Alskála alapján mért átlagpontszámokat foglalja össze csoportonként. Az autizmusban érintett tanulók átlagpontszáma 21,353 (SD=8,255). Ennél magasabb átlagpontszámot a neurotipikus tanulók és viselkedészavart mutató tanulók csoportjában kaptunk, egyéb fogyatékossággal érintett csoportokban alacsonyabb átlagpontszámok mutatkoztak.

	BPAQ-Fizikai Agresszió Alskála		
	N	M	SD
iskola	937	21,528	7,929
hallássérült	76	18,500	9,190
látássérült	82	18,939	8,209
mozgássérült	102	19,049	8,365
tanulásban akadályozott	105	20,790	9,746
értelmileg akadályozott	21	17,904	7,516
viselkedészavart mutató	117	24,273	9,424
autizmusban érintett	47	21,353	8,255

7. táblázat: A Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAQ) Fizikai Agresszió Alskála átlagpontszámai

Az ADHD tüneteit egyrészt a Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (ADHD-RS) segítségével vizsgáltuk, önállóan kezeltük a Figyelemzavar Alskálát és a Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskálát. A 8. táblázat az ADHD-RS-Figyelemzavar Alskála és az ADHD-RS-Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskála alapján mért átlagpontszámokat foglalja össze csoportonként. Az autizmusban érintett tanulók Figyelemzavar Alskálán elért átlagpontszáma

8,529 (SD=4,879), míg a Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskálán elért átlagpontszáma 6,617 (SD=4,851). Jól láthatóan az autizmussal élő csoporton belül a figyelemzavar terén magasabb az átlagpontszám, mint a hiperaktivitás/impulzivitás terén, ez azonban jellemző a többi alcsoport esetében is.

	ADHD-RS-Figyelemzavar Alskála			**ADHD-RS-Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskála**		
	N	M	SD	N	M	SD
iskola	940	7,701	4,177	943	6,865	4,520
hallássérült	76	5,197	4,877	76	4,276	4,742
látássérült	82	6,622	4,437	82	5,390	4,250
mozgássérült	102	7,686	5,767	102	6,049	5,146
tanulásban akadályozott	105	9,638	5,298	105	7,790	5,332
értelmileg akadályozott	21	6,904	3,419	21	5,571	3,399
viselkedészavart mutató	117	9,564	4,857	117	8,777	5,281
autizmusban érintett	47	8,529	4,879	47	6,617	4,851

8. táblázat: A Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (ADHD-RS) alskáláinak átlagpontszámai

A kortárskapcsolati jellemzők vizsgálata során részben a Pozitív Viselkedési Skála eredményeit vettük figyelembe. Önállóan kezeltük a Pozitív Viselkedésmódok Elfogadása Alskálát és a Pozitív Viselkedésmódok Megjelenése Alskálát. A 9. táblázat a két alskála alapján mért átlagpontszámokat foglalja össze csoportonként. Az autizmusban érintett tanulók Pozitív Viselkedésmódok Elfogadása Alskálán elért átlagpontszáma 15,017 (SD=8,885), míg a Pozitív Viselkedésmódok Megjelenése Alskálán elért átlagpontszáma 16,409 (SD=9,221). Mindkét alskála esetében, tehát a pozitív gesztusok gyakorlása és elfogadása kapcsán is alacsonyabb az autizmussal élő tanulók átlagpontszáma, mint a többi alcsoportban.

	Pozitív Viselkedésmódok Elfogadása Alskála			Pozitív Viselkedésmódok Megjelenése Alskála		
	N	M	SD	N	M	SD
iskola	939	21,805	7,324	940	22,536	7,461
hallássérült	76	28,118	7,661	76	30,565	7,705
látássérült	82	28,036	7,716	82	29,719	8,023
mozgássérült	102	28,803	7,275	102	31,196	7,168
tanulásban akadályozott	105	20,038	10,397	105	21,409	10,720
értelmileg akadályozott	21	36,047	4,398	21	36,333	4,385
viselkedészavart mutató	117	29,863	7,921	117	29,461	8,546
autizmusban érintett	44	15,017	8,885	47	16,409	9,221

9. táblázat: A Pozitív Viselkedési Skála alskáláinak átlagpontszámai

A Képességek és Nehézségek Kérdőív öt alskálája közül A Hiperaktivitás Alskálát alkalmaztuk az ADHD tüneteinek vizsgálatára, valamint a Kortárskapcsolati Problémák Alskálát a kortársakkal kialakított kapcsolatok minőségének megismerésére. Ezen felül összevont alskálaként alkalmaztuk az Internalizációs Alskálát az internalizációs tünetek vizsgálatára amellett, hogy az Érzelmi Tünetek Alskálát önállóan is alkalmaztuk. Az eredeti alskálák és az Internalizációs Alskála alapján mért átlagpontszámokat a 10-11. táblázat foglalja össze. Az autizmusban érintett tanulók átlagpontszáma az SDQ-Érzelmi Tünetek Alskálán 4,050 (SD=2,563), az SDQ-Viselkedési Problémák Alskálán 1,855 (SD=1,416), az SDQ-Hiperaktivitás Alskálán 3,693 (SD=2,440), az SDQ-Kortárskapcsolati Problémák Alskálán 3,666 (SD=2,077), az SDQ-Proszociális Viselkedés Alskálán 6,017 (SD=2,030): Amennyiben a Goodman által javasolt tartományi besorolást figyelembe vesszük, az autizmusban érintett tanulók átlagpontszáma mindegyik alskála tekintetében a normális tartományba tartozik, kivéve a Kortárskapcsolati Problémák Alskálán kapott átlagpontszámot, mely a határeseti tartományba esik. A Kortárskapcsolati Problémák Alskálán az autizmusban érintett tanulók átlagpontszáma mutatkozott a legmagasabbnak, míg a Proszociális Viselkedés Alskálán a tanulásban akadályozott tanulókat követően a második legalacsonyabb átlagpontszám tartozik az autizmussal élő tanulók csoportjához. Az összevont alskálaként alkalmazott Internalizációs Alskálán az autizmusban érintett tanulók átlagpontszáma 7,716 (SD=3,827). Mivel az Internalizációs Alskála összpontszáma két alskála eredményei alapján számolandó, feltételezhető, hogy a kortárskapcsolati problémák terén kapott magas pontszámok eredményezik azt, hogy az autizmussal élő tanulók átlagpontszáma a hallássérült és a viselkedészavart mutató tanulók értékei után a harmadik legmagasabb átlagérték.

	SDQ-Érzelmi Tünetek Alskála			SDQ-Viselkedési Problémák Alskála			SDQ-Hiperaktivitás Alskála			SDQ-Kortárskapcsolati Problémák Alskála			SDQ- Proszociális Viselkedés Alskála		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
iskola	941	2,881	2,219	940	2,432	1,515	933	3,605	2,106	941	1,576	1,645	940	6,885	2,060
hallássérült	76	4,578	2,634	76	3,315	1,533	76	2,263	1,398	76	3,250	1,690	76	6,842	2,059
látássérült	82	4,585	2,271	82	3,085	1,458	82	2,804	1,409	82	2,890	1,378	82	6,951	2,023
mozgássérült	102	4,392	2,633	102	2,980	1,515	102	2,745	1,453	102	2,892	1,585	102	7,078	2,061
tanulásban akadályozott	105	4,133	2,568	105	3,457	1,434	105	3,057	1,231	105	3,142	1,607	105	5,695	2,538
értelmileg akadályozott	21	4,904	3,096	21	2,761	0,943	21	2,523	1,503	21	1,857	0,853	21	7,428	2,481
viselkedészavart mutató	117	5,076	2,856	117	3,495	1,399	117	3,059	1,532	117	2,683	1,695	117	6,752	2,181
autizmusban érintett	45	4,050	2,563	45	1,855	1,416	44	3,693	2,440	45	3,666	2,077	44	6,017	2,030

10. táblázat: A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) alskáláinak átlagpontszámai

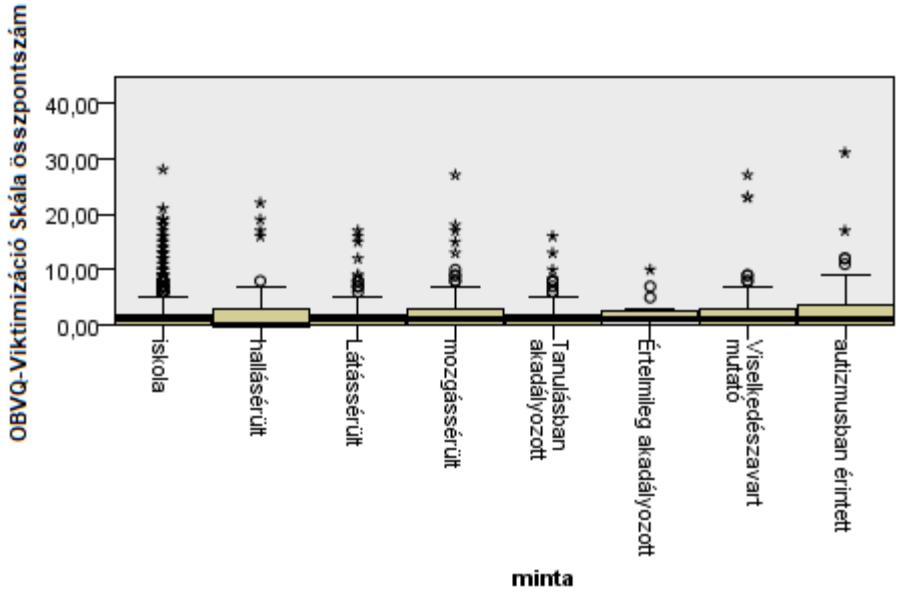
	SDQ-Internalizációs Alskála		
	N	M	SD
iskola	941	4,458	3,140
hallássérült	76	7,828	3,858
látássérült	82	7,475	3,092
mozgássérült	102	7,284	3,681
tanulásban akadályozott	105	7,276	3,349
értelmileg akadályozott	21	6,761	3,096
viselkedészavart mutató	117	7,760	3,699
autizmusban érintett	45	7,716	3,827

11. táblázat: A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ)-Internalizációs Alskála átlagpontszámai

4.2. Hipotézisvizsgálatok

1.1. hipotézis: ***Az autizmusban érintett tanulók viktimizációban való érintettsége vélhetően kiemelkedő az egyéb fogyatékosságban érintett és a tipikusan fejlődő tanulókkal való összevetésben. Különbség van az autizmusban érintett tanulók, az egyéb fogyatékosságban érintett tanulók és a neurotipikus tanulók vitimizációja között.***

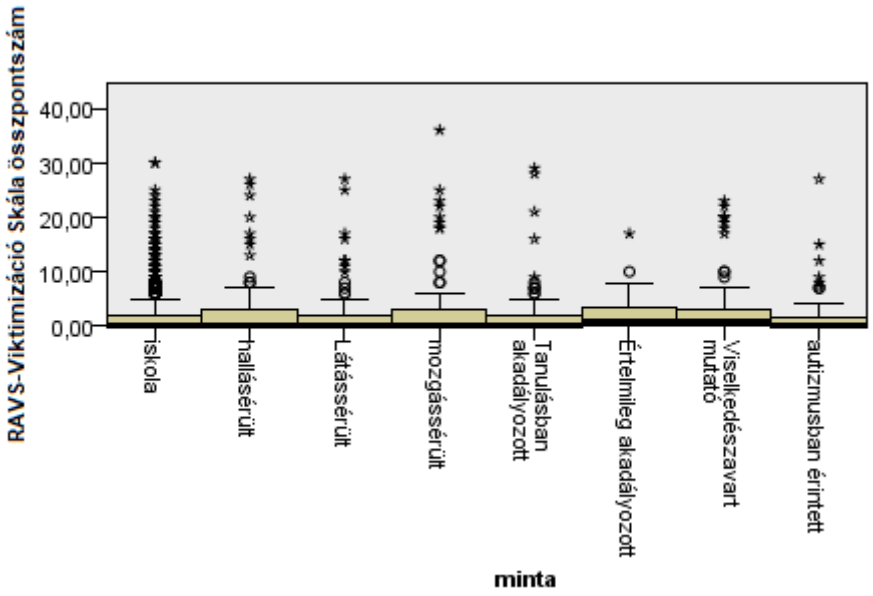
Az OBVQ-Viktimizáció Skála alapján vizsgáltuk, hogy a viktimizáció pontszámainak átlaga különbözik-e az autizmusban érintett tanulók, az egyéb fogyatékosságban érintett tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók csoportjai között. Nem találtunk szignifikáns különbséget az egyes csoportok között (Kruskal-Wallis-teszt, p=0,141). Habár a hallássérült, a mozgássérült, az értelmileg akadályozott, a viselkedészavart mutató és az autizmusban érintett tanulók csoportján belül valamelyest nagyobb az érintettség, nincs szignifikáns eltérés. A tipikusan fejlődő tanulók csoportján belül alacsony érintettséget tapasztalunk, ugyanakkor egyedi kiugró értékek mutatkoznak.



7. ábra: Viktimizációs érintettség minta szerint az OBVQ-Viktimizáció Skála alapján

A RAVS-Viktimizáció Skála alapján a pontszámok átlagának tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott az egyes csoportok között (Kruskal-Wallis-teszt, p=0,020). Ezt követően a Kruskal-Wallis post hoc tesztje alapján vizsgáltuk az egyes csoportok közti különbségeket, amit az 8. ábra és a 12. táblázat szemléltet. Ez alapján szignifikáns különbséget kizárólag a tipikusan fejlődő és a viselkedészavart mutató csoport összpontszámainak átlaga között találtunk (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p=0,027). Eszerint tehát az autizmusban érintett

tanulók csoportja és a többi csoport között nem mutatkozott szignifikáns különbség. Mivel egyik mérésünk sem támasztotta alá, hogy a viktimizáció terén szignifikáns különbség lenne az autizmusban érintett tanulók és egyéb csoportok között, ezért hipotézisünk nem igazolódott.



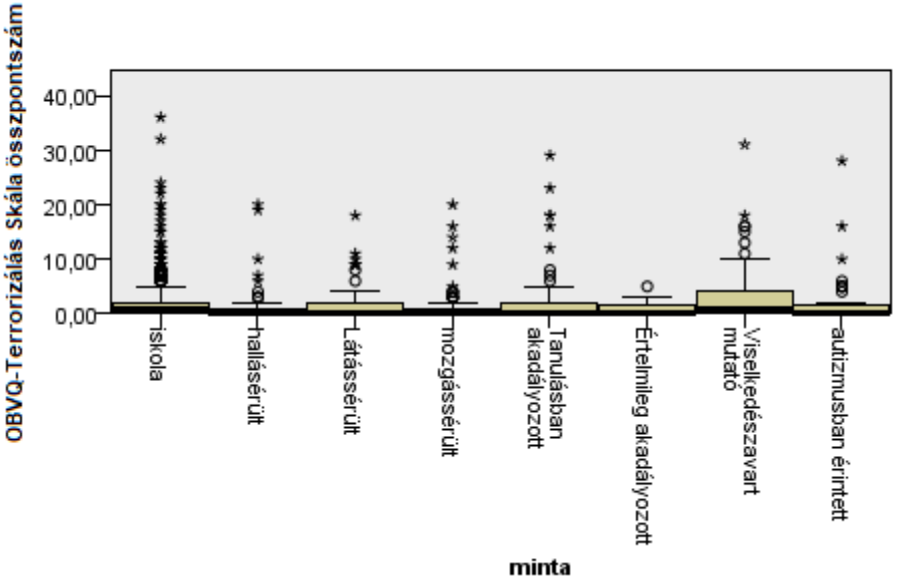
8. ábra: Viktimizációs érintettség minta szerint a RAVS-Viktimizáció Skála alapján

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
autizmusban érintett-Látássérült	30,130	71,986	,419	,676	1,000
autizmusban érintett-Tanulásban akadályozott	63,941	69,178	,924	,355	1,000
autizmusban érintett-iskola	67,602	59,416	1,138	,255	1,000
autizmusban érintett-mozgássérült	82,234	69,478	1,184	,237	1,000
autizmusban érintett-hallásérült	130,768	72,971	1,792	,073	1,000
autizmusban érintett-Értelmileg akadályozott	161,755	102,168	1,583	,113	1,000
autizmusban érintett-Viselkedészavart mutató	192,128	68,122	2,820	,005	,134
Látássérült-Tanulásban akadályozott	-33,811	56,769	-,596	,551	1,000
Látássérült-iskola	37,472	44,356	,845	,398	1,000
Látássérült-mozgássérült	-52,104	57,134	-,912	,362	1,000
Látássérült-hallásérült	100,638	61,335	1,641	,101	1,000
Látássérült-Értelmileg akadályozott	-131,625	94,210	-1,397	,162	1,000
Látássérült-Viselkedészavart mutató	-161,998	55,478	-2,920	,003	,098
Tanulásban akadályozott-iskola	3,661	39,636	,092	,926	1,000
Tanulásban akadályozott-mozgássérült	18,293	53,553	,342	,733	1,000
Tanulásban akadályozott-hallásérült	66,827	58,014	1,152	,249	1,000
Tanulásban akadályozott-Értelmileg akadályozott	-97,814	92,082	-1,062	,288	1,000
Tanulásban akadályozott-Viselkedészavart mutató	-128,187	51,783	-2,475	,013	,373
iskola-mozgássérült	-14,633	40,157	-,364	,716	1,000
iskola-hallásérült	-63,166	45,938	-1,375	,169	1,000
iskola-Értelmileg akadályozott	-94,154	84,993	-1,108	,268	1,000
iskola-Viselkedészavart mutató	-124,526	37,764	-3,298	,001	,027
mozgássérült-hallásérült	48,534	58,371	,831	,406	1,000
mozgássérült-Értelmileg akadályozott	-79,521	92,308	-,861	,389	1,000
mozgássérült-Viselkedészavart mutató	-109,893	52,182	-2,106	,035	,986
hallásérült-Értelmileg akadályozott	-30,987	94,965	-,326	,744	1,000
hallásérült-Viselkedészavart mutató	-61,360	56,751	-1,081	,280	1,000
Értelmileg akadályozott-Viselkedészavart mutató	-30,372	91,292	-,333	,739	1,000

12. táblázat: Viktimizációs érintettség minta szerint a RAVS-Viktimizáció Skála alapján

1.2. hipotézis: ***Az autizmusban érintett tanulók bántalmazásban való érintettsége vélhetően csekélyebb az egyéb fogyatékosságban érintett és a tipikusan fejlődő tanulókkal való összevetésben. Különbség van az autizmusban érintett tanulók, az egyéb fogyatékosságban érintett tanulók és a neurotipikus tanulók bántalmazása között.***

Az OBVQ-Terrorizálás Skála alapján vizsgáltuk, hogy a bántalmazás pontszámainak átlaga különbözik-e az autizmusban érintett tanulók, az egyéb fogyatékosságban érintett tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók csoportjai között. Szignifikáns különbség mutatkozott az egyes csoportok között (Kruskal-Wallis-teszt, $p<0,001$). Ezt követően a Kruskal-Wallis post hoc tesztje alapján vizsgáltuk az egyes csoportok közti különbségeket, amit a 9. ábra és a 13. táblázat segítségével ismertetünk. Szignifikáns különbséget találtunk a tipikusan fejlődő és a mozgássérült tanulók bántalmazás terén elért összpontszámai között (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,018$), valamint a tipikusan fejlődő és a hallássérült tanulók eredményei között (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,047$). A viselkedészavart mutató csoport bántalmazásban való érintettségét támasztja alá, hogy az összpontszámok átlaga alapján szignifikáns különbség mutatkozott a tipikusan fejlődő tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,050$), a hallássérült tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p<0,001$), a látássérült tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,007$), a mozgássérült tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p<0,001$), a tanulásban akadályozott tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,010$) való összevetésben. Hasonlóképpen szignifikáns különbséget találtunk a viselkedészavart mutató tanulók és az autizmusban érintett tanulók összpontszámainak átlaga között (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,009$). Mindezek értelmében az autizmusban érintett tanulók tekintetében kizárólag a viselkedészavart mutató tanulókkal való összevetésben találtunk szignifikáns különbséget.



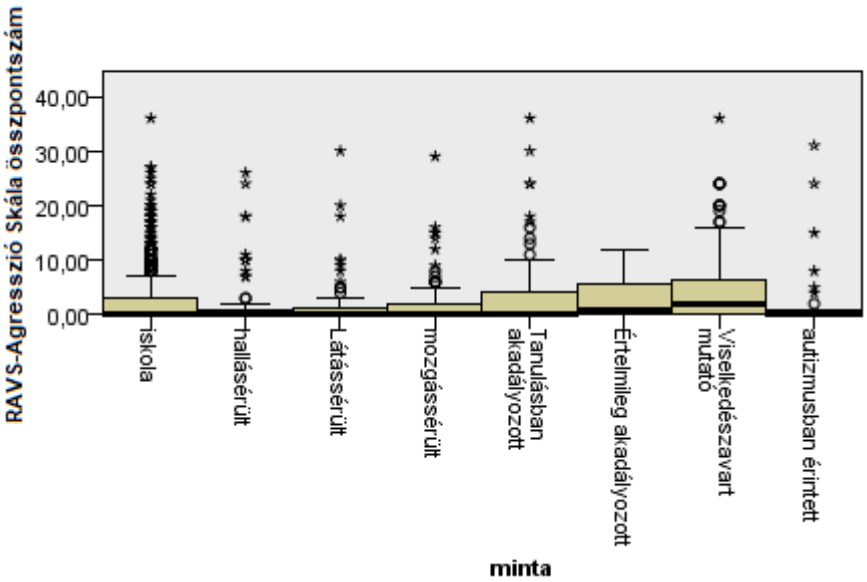
9. ábra: Bántalmazó érintettség minta szerint az OBVQ-Terrorizálás Skála alapján

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Értelmileg akadályozott-hallásérült	12,964	97,695	,133	,894	1,000
Értelmileg akadályozott-mozgássérült	20,180	94,961	,213	,832	1,000
Értelmileg akadályozott-autizmusban érintett	-33,792	104,727	-,323	,747	1,000
Értelmileg akadályozott-Látássérült	73,720	96,919	,761	,447	1,000
Értelmileg akadályozott-Tanulásban akadályozott	92,286	94,730	,974	,330	1,000
Értelmileg akadályozott-iskola	161,333	87,438	1,845	,065	1,000
Értelmileg akadályozott-Viselkedészavart mutató	-283,210	93,978	-3,014	,003	,072
hallásérült-mozgássérült	-7,216	60,049	-,120	,904	1,000
hallásérült-autizmusban érintett	-20,828	74,539	-,279	,780	1,000
hallásérült-Látássérült	-60,756	63,099	-,963	,336	1,000
hallásérült-Tanulásban akadályozott	-79,321	59,682	-1,329	,184	1,000
hallásérült-iskola	148,369	47,260	3,139	,002	,047
hallásérült-Viselkedészavart mutató	-270,246	58,482	-4,621	,000	,000
mozgássérült-autizmusban érintett	-13,612	70,918	-,192	,848	1,000
mozgássérült-Látássérült	53,540	58,777	,911	,362	1,000
mozgássérült-Tanulásban akadályozott	-72,106	55,093	-1,309	,191	1,000
mozgássérült-iskola	141,153	41,314	3,417	,001	,018
mozgássérült-Viselkedészavart mutató	-263,030	53,790	-4,890	,000	,000
autizmusban érintett-Látássérült	39,928	73,518	,543	,587	1,000
autizmusban érintett-Tanulásban akadályozott	58,494	70,607	,828	,407	1,000
autizmusban érintett-iskola	127,541	60,473	2,109	,035	,978
autizmusban érintett-Viselkedészavart mutató	249,418	69,596	3,584	,000	,009
Látássérült-Tanulásban akadályozott	-18,565	58,401	-,318	,751	1,000
Látássérült-iskola	87,613	45,633	1,920	,055	1,000
Látássérült-Viselkedészavart mutató	-209,490	57,174	-3,664	,000	,007
Tanulásban akadályozott-iskola	69,047	40,778	1,693	,090	1,000
Tanulásban akadályozott-Viselkedészavart mutató	-190,924	53,380	-3,577	,000	,010
iskola-Viselkedészavart mutató	-121,877	39,000	-3,125	,002	,050

13. táblázat: Bántalmazó érintettség minta szerint az OBVQ-Terrorizálás Skála alapján

A RAVS-Agresszió Skála alapján a pontszámok átlagának tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott az egyes csoportok között (Kruskal-Wallis-teszt, p<0001,). Ezt követően a Kruskal-Wallis post hoc tesztje alapján vizsgáltuk az egyes csoportok közti különbségeket, amit a 10. ábra és a 14. táblázat szemléltet. Ismételten a viselkedészavart mutató tanulók bántalmazásban való érintettsége nyert igazolást, szignifikáns különbség mutatkozott a tipikusan fejlődő tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p<0,001), a hallássérült tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p<0,001), a látássérült tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p<0,001), a mozgássérült tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p<0,001), a tanulásban akadályozott tanulók csoportjával (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p=0,003) való összehasonlításban a kérdőív összpontszámainak átlaga alapján. Hasonlóképpen szignifikáns különbséget találtunk az autizmusban érintett és a viselkedészavart mutató tanulók összpontszámainak átlaga között (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p<0,001).

Összességében tehát azt az eredményt kaptuk, hogy az autizmusban érintett tanulók pontszámainak átlaga kizárólag a viselkedészavart mutató tanulók pontszámainak átlagától tér el szignifikánsan. Sem a neurotipikus tanulókkal, sem egyéb fogyatékossággal élő tanulókkal való összehasonlításban nem tapasztalható szignifikáns különbség az elkövetés tekintetében, így hipotézisünk nem igazolódott.



10. ábra: Bántalmazó érintettség minta szerint a RAVS-Agresszió Skála alapján

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
autizmusban érintett-hallásérült	51,645	75,022	,688	,491	1,000
autizmusban érintett-Látássérült	63,793	74,008	,862	,389	1,000
autizmusban érintett-mozgássérült	65,745	71,430	,920	,357	1,000
autizmusban érintett-Tanulásban akadályozott	145,288	71,121	2,043	,041	1,000
autizmusban érintett-iskola	175,312	61,085	2,870	,004	,115
autizmusban érintett-Értelmileg akadályozott	272,702	105,039	2,596	,009	,264
autizmusban érintett-Viselkedészavart mutató	351,417	70,036	5,018	,000	,000
hallásérült-Látássérült	-12,148	63,058	-,193	,847	1,000
hallásérült-mozgássérült	-14,100	60,011	-,235	,814	1,000
hallásérült-Tanulásban akadályozott	-93,643	59,644	-1,570	,116	1,000
hallásérült-iskola	123,667	47,229	2,618	,009	,247
hallásérült-Értelmileg akadályozott	-221,058	97,633	-2,264	,024	,660
hallásérült-Viselkedészavart mutató	-299,772	58,346	-5,138	,000	,000
Látássérült-mozgássérült	-1,952	58,740	-,033	,973	1,000
Látássérült-Tanulásban akadályozott	-81,495	58,364	-1,396	,163	1,000
Látássérült-iskola	111,519	45,602	2,445	,014	,405
Látássérült-Értelmileg akadályozott	-208,910	96,857	-2,157	,031	,868
Látássérült-Viselkedészavart mutató	-287,624	57,037	-5,043	,000	,000
mozgássérült-Tanulásban akadályozott	-79,543	55,058	-1,445	,149	1,000
mozgássérült-iskola	109,567	41,286	2,654	,008	,223
mozgássérült-Értelmileg akadályozott	-206,957	94,901	-2,181	,029	,818
mozgássérült-Viselkedészavart mutató	-285,672	53,649	-5,325	,000	,000
Tanulásban akadályozott-iskola	30,024	40,750	,737	,461	1,000
Tanulásban akadályozott-Értelmileg akadályozott	-127,414	94,669	-1,346	,178	1,000
Tanulásban akadályozott-Viselkedészavart mutató	-206,129	53,237	-3,872	,000	,003
iskola-Értelmileg akadályozott	-97,391	87,381	-1,115	,265	1,000
iskola-Viselkedészavart mutató	-176,105	38,825	-4,536	,000	,000
Értelmileg akadályozott-Viselkedészavart mutató	-78,714	93,857	-,839	,402	1,000

14. táblázat: Bántalmazó érintettség minta szerint a RAVS- Agresszió Skála alapján

2. hipotézis: ***Autizmusban érintett tanulók körében pozitív összefüggés tapasztalható az ADHD-ra utaló tünetek súlyossága és az elkövetésben való érintettség között.***

Az OBVQ globális tételei alapján különböztettük meg áldozatok, bántalmazók és bántalmazó-áldozatok alcsoportjait. Az autizmusban érintett tanulók csoportján belül nem találtunk különbséget a bántalmazó és nem bántalmazó tanulók között az ADHD-RS-Figyelemzavar Alskála összpontszámának tekintetében (Mann-Whitney-teszt, p=1). Ehhez hasonlóan, nem mutatkozott különbség a bántalmazó és nem bántalmazó tanulók között Az ADHD-RS-Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskála összpontszámának tekintetében sem (Mann-Whitney-teszt, p=0,181).

Az OBVQ globális tételei mellett a mérőeszköz Terrorizálás Skáláját alkalmaztuk hipotézisünk ellenőrzésére. Az ADHD-RS-Figyelemzavar Alskála és az OBVQ-Terrorizálás Skála eredményei között nem találtunk korrelációt (Spearman-korreláció p=0,798, rho=-0,039), és szintén nem találtunk korrelációt az ADHD-RS-Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskála és az OBVQ-Terrorizálás Skála eredményei között sem (Spearman-korreláció p=0,191, rho=0,198).

Vizsgáltuk továbbá, hogy találunk-e összefüggést az SDQ-Hiperaktivitás Alskála és az OBVQ-Terrorizálás Skála eredményei között, ismételten nem mutatkozott korreláció az eredmények között (Spearman-korreláció p=0,906, rho=0,018).

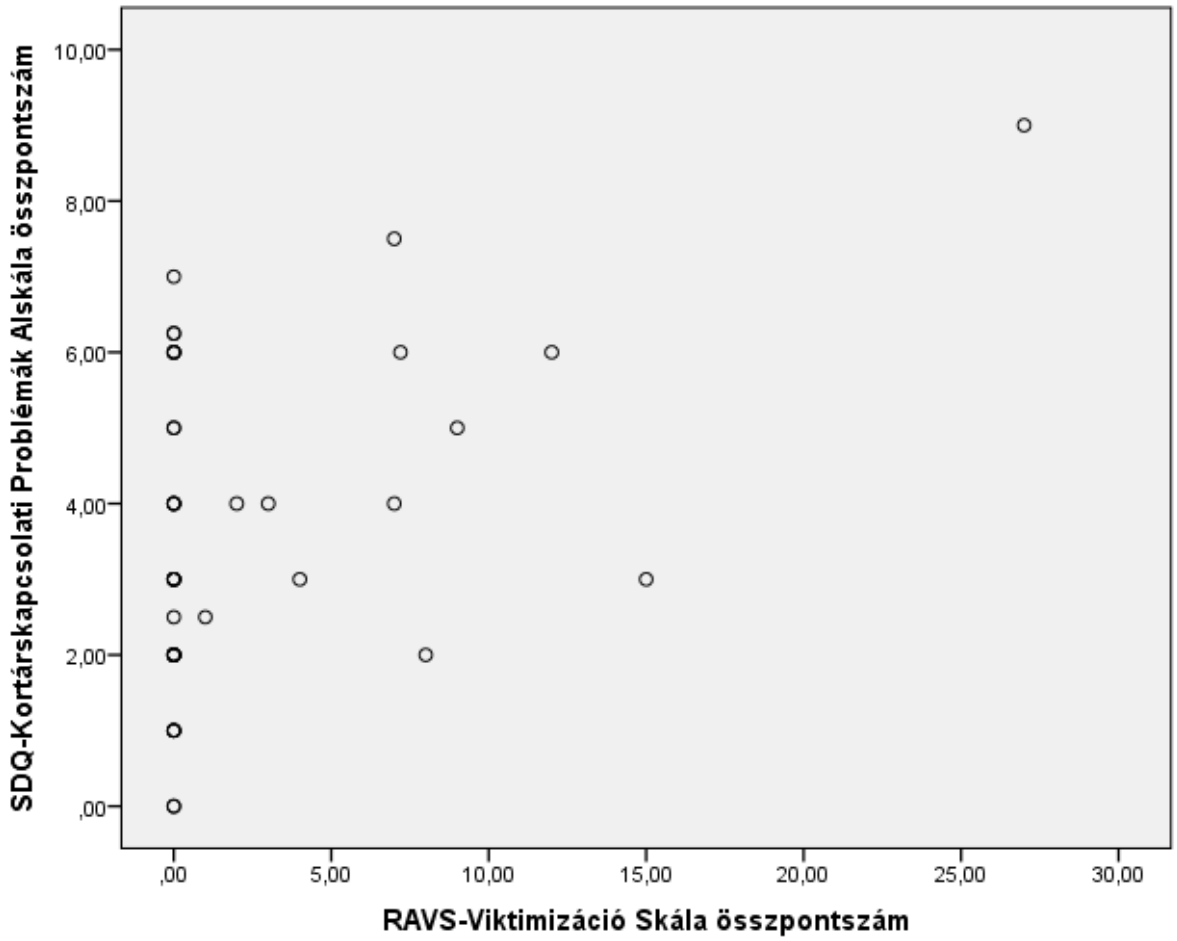
Megvizsgáltuk, hogy az ADHD-RS-Figyelemzavar Alskála és a RAVS-Agresszió Skála eredményei között találunk-e összefüggést, nem találtunk szignifikáns korrelációt (Spearman-korreláció,p=0,993, rho=0,001). Ugyanakkor az ADHD-RS-Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskála és a RAVS-Agresszió Skála eredményei között pozitív korreláció tendenciáját találtuk (Spearman-korreláció, p=0,057, rho=0,289).

Legtöbb eredményünkhöz hasonlóan az SDQ-Hiperaktivitás Alskálája összpontszámai és a RAVS-Agresszió Skála összpontszámai között szintén nem találtunk korrelációt (Spearman-korreláció, p=0,624, rho=0,077).

Mivel méréseink során nem mutatkozott szignifikáns korreláció az ADHD mérőeszközein kapott pontszámok és a bántalmazást vizsgáló mérőeszközök segítségével kapott pontszámok között, ezért hipotézisünk nem igazolódott.

3. hipotézis: ***A kortárskapcsolatok gyengébb minősége nagyobb mértékű viktimizációval jár együtt az autizmusban érintett tanulók körében***

Az SDQ-Kortárskapcsolati Problémák Alskála és a RAVS-Viktimizáció Skála eredményei között szignifikáns pozitív korrelációt találtunk (Spearman-korreláció, p=0,046, rho=0,303).



11. ábra: Kortárskapcsolati problémák és a viktimizáció kapcsolata

A Pozitív Viselkedésmódok Elfogadása Alskála eredménye negatív korreláció tendenciáját mutatta a RAVS-Viktimizáció Skála eredményével (Spearman-korreláció, p=0,085, rho=-0,262). Ugyanakkor a Pozitív Viselkedésmódok Megjelenése Alskála eredménye és a RAVS-Viktimizáció Skála eredménye között nem találtunk korrelációt (Spearman-korreláció, p=0,707, rho=-0,059).

Meglepő módon az SDQ-Kortárskapcsolati Problémák Alskála és az OBVQ-Viktimizáció Skála eredményei között nem találtunk korrelációt (Spearman-korreláció, p=0,183, rho=0,205).

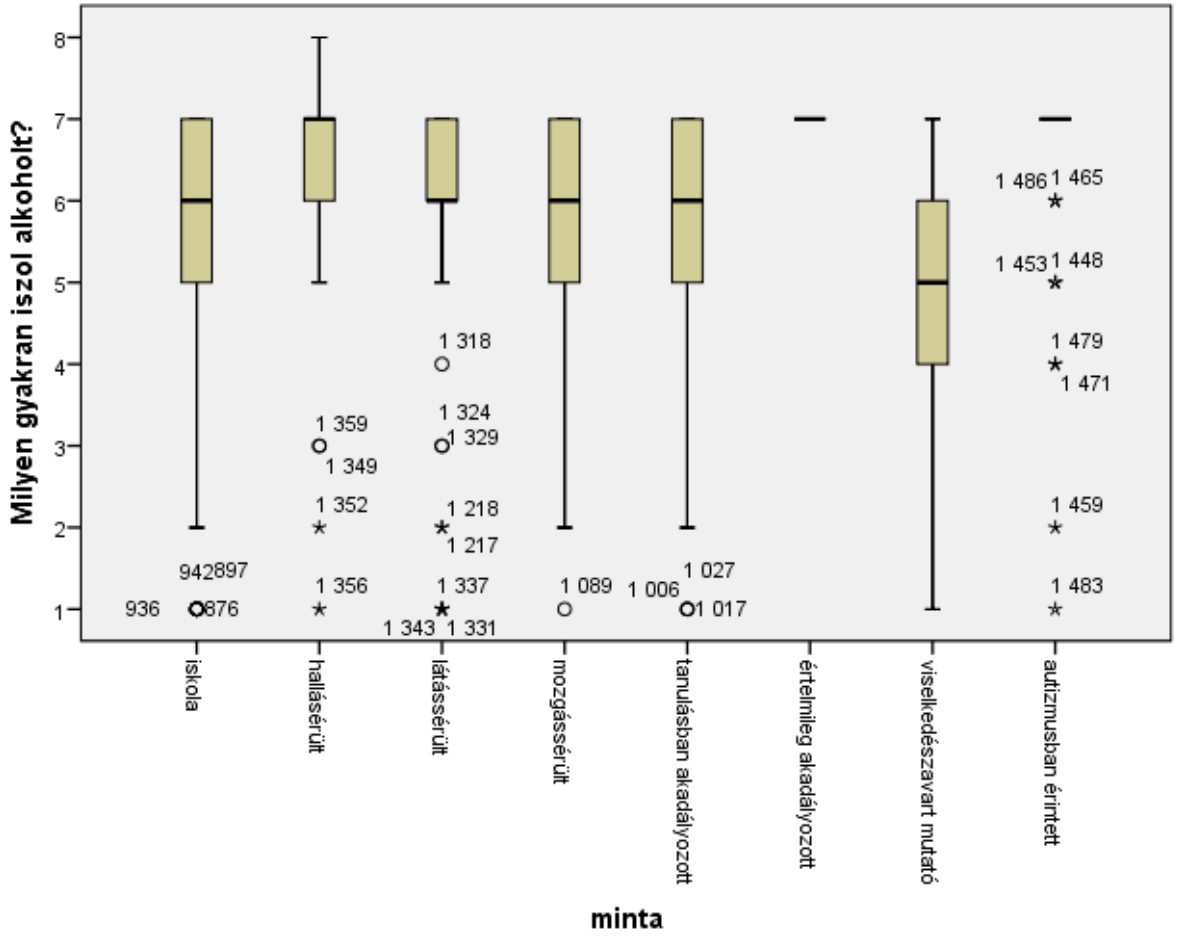
Szintén nem találtunk korrelációt a Pozitív Viselkedésmódok Elfogadása és az OBVQ-Viktimizáció Skála eredményei között (Spearman-korreláció=0,182, rho=-0,208), valamint nem mutatkozott összefüggés a Pozitív Viselkedésmódok Megjelenése és az OBVQ-Viktimizáció Skála eredményei között (Spearman-korreláció=0,720, rho=-0,057).

Míg a RAVS-Viktimizáció Skála alkalmazásával igazolódni látszik, hogy a kortárskapcsolati problémák súlyossága összefügg a jelentősebb viktimizációval, az OBVQ-Viktimizáció Skála alkalmazása során nem találtunk korrelációt. A kortársak felől tanúsított pozitív, proszociális viselkedés és a viktimizáció között tendenciaszerű összefüggést kapunk a RAVS-Viktimizáció Skálán mért pontszámok alapján, ugyanakkor az OBVQ-Viktimizáció Skála használatával nem juthatunk ugyanerre a következtetésre. Nincs összefüggés aközött, hogy az autizmusban érintett tanulók pozitív, proszociális viselkedést tanúsítanak-e társaik felé, és aközött, hogy milyen mértékben viktimizálódnak. Mindezek alapján hipotézisünket csak részben tekinthetjük bizonyítottnak.

4.1. hipotézis: ***Különbség tapasztalható az alkoholfogyasztási gyakoriság tekintetében a neurotipikus, egyéb fogyatékosságban érintett és autizmusban érintett tanulók között. Az autizmusban érintett tanulók körében nem jellemző a gyakori és problémás alkoholfogyasztás.***

A legális pszichoaktív szerek használatát Az EuroADAD kapcsolódó kérdései alapján vizsgáltuk. Az alkoholfogyasztás gyakoriságát mérő kérdés a kérdőívcsomag 56. számmal jelölt kérdése: „Milyen gyakran iszol alkoholt?" A válaszlehetőségeket az alábbiak szerint kódoltuk: 1=naponta, 2=hetente többször, 3=hetente egyszer-kétszer, 4=havonta többször, 5=havonta egyszer-kétszer, 6=ritkábban, 7=soha nem iszom. A 12. ábra szemlélteti, hogy a Kruskal-Wallis-teszt elvégzésének eredményeként szignifikáns különbség mutatkozott az egyes csoportok között az alkoholfogyasztás gyakoriságának tekintetében (Kruskal-Wallis-teszt, p<0,001). Ezt követően a Kruskal-Wallis post hoc tesztje alapján vizsgáltuk az egyes csoportok közti különbségeket, ennek eredményeit a 15. táblázat ismerteti. Hipotézisünk szempontjából az autizmusban érintett tanulókra vonatkozó eredményeket részletezzük. Szignifikáns különbséget találtunk a tipikusan fejlődő tanulók iskolai csoportjával való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p<0,001), a viselkedészavart mutató tanulókkal való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p<0,001), a tanulásban akadályozott tanulókkal való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p=0,009) és a mozgássérült tanulókkal való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p=0,026). Nem tapasztaltunk különbséget a látássérült tanulókkal való összevetésben (Kruskal-Wallis post hoc

teszt, p=0,716), a hallássérült tanulókkal való összevetésben (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p=1,000) és az értelmileg akadályozott tanulókkal való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, p=1,000). Összességében tehát az alkoholfogyasztás gyakoriságának tekintetében az autizmusban érintett tanulók a tipikusan fejlődő tanulókkal, a viselkedészavart mutató tanulókkal, a tanulásban akadályozott tanulókkal és a mozgássérült tanulókkal szemben mutattak szignifikáns eltérést, míg az érzékszervi fogyatékossággal élő tanulókkal és az értelmileg akadályozott tanulókkal való összevetésben nem mutatkozott szignifikáns különbség.



12. ábra: Alkoholfogyasztási gyakoriság minta szerint

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Viselkedészavart mutató-iskola	130,974	40,813	3,209	,001	,037
Viselkedészavart mutató-Tanulásban akadályozott	223,563	55,876	4,001	,000	,002
Viselkedészavart mutató-mozgássérült	242,864	56,306	4,313	,000	,000
Viselkedészavart mutató-Látássérült	317,735	59,848	5,309	,000	,000
Viselkedészavart mutató-hallásérült	451,847	61,217	7,381	,000	,000
Viselkedészavart mutató-autizmusban érintett	-490,798	73,445	-6,683	,000	,000
Viselkedészavart mutató-Értelmileg akadályozott	681,491	98,373	6,928	,000	,000
iskola-Tanulásban akadályozott	-92,588	42,674	-2,170	,030	,841
iskola-mozgássérült	-111,889	43,235	-2,588	,010	,270
iskola-Látássérült	-186,761	47,757	-3,911	,000	,003
iskola-hallásérült	-320,872	49,461	-6,487	,000	,000
iskola-autizmusban érintett	-359,824	63,977	-5,624	,000	,000
iskola-Értelmileg akadályozott	-550,517	91,522	-6,015	,000	,000
Tanulásban akadályozott-mozgássérült	19,301	57,669	,335	,738	1,000
Tanulásban akadályozott-Látássérült	94,172	61,133	1,540	,123	1,000
Tanulásban akadályozott-hallásérült	228,284	62,473	3,654	,000	,007
Tanulásban akadályozott-autizmusban érintett	-267,235	74,495	-3,587	,000	,009
Tanulásban akadályozott-Értelmileg akadályozott	-457,929	99,160	-4,618	,000	,000
mozgássérült-Látássérült	74,871	61,526	1,217	,224	1,000
mozgássérült-hallásérült	208,983	62,858	3,325	,001	,025
mozgássérült-autizmusban érintett	-247,934	74,818	-3,314	,001	,026
mozgássérült-Értelmileg akadályozott	-438,627	99,403	-4,413	,000	,000
Látássérült-hallásérült	134,111	66,050	2,030	,042	1,000
Látássérült-autizmusban érintett	-173,063	77,519	-2,233	,026	,716
Látássérült-Értelmileg akadályozott	-363,756	101,451	-3,586	,000	,009
hallásérült-autizmusban érintett	-38,952	78,580	-,496	,620	1,000
hallásérült-Értelmileg akadályozott	-229,645	102,264	-2,246	,025	,692
autizmusban érintett-Értelmileg akadályozott	190,693	110,021	1,733	,083	1,000

15. táblázat: Alkoholfogyasztási gyakoriság minta szerint

Az önbevalláson alapuló lerészegedések számát az EuroADAD kapcsolódó kérdése alapján mértük fel, mely a kérdőívcsomag 57. számmal jelölt kérdése: „Hányszor rúgtál be életedben?” / „Hányszor voltál részeg életedben?” A válaszadás során számos esetben nem numerikus adatot nyertünk, így az önbevalláson alapuló lerészegedés válaszait kategoriális, dichotóm alakban is kódoltuk. Khi-négyzet teszt segítségével vizsgáltuk, hogy az egyes almintákon belül hányan részegedtek már le életük során, ennek eredményét a 16. táblázat foglalja össze, valamint százalékos eloszlásban a 17. táblázat ismerteti az eredményeket. Ennek értelmében az autizmusban érintett tanulók 88,63%-a (N=39) saját bevallása szerint soha sem részegedett le, 11,36%-uk (N=5) valaha lerészegedett élete során. A teljes mintát tekintve az értelmileg akadályozott tanulók csoportján belül a legmagasabb azoknak a száma, akik még soha nem részegedtek le életük során, ez az alminta 100%-át jelentette (N=21). Ugyanakkor az értelmileg akadályozott tanulókat követően a soha le nem részegedett és a valaha lerészegedett tanulók arányait tekintve az autizmusban érintett tanulók körében találjuk a legnagyobb eltérést. Mivel a legtöbb csoporttal való összevetésben szignifikáns különbség mutatkozott az alkoholfogyasztás gyakoriságának tekintetében, illetve az önbevallásos lerészegedés terén a fenti eredményt kaptuk, hipotézisünket részben igazoltnak tekintjük.

		önbevallásos lerészegedés		Total
		soha nem részegedett le	valaha lerészegedett	
melyik minta	iskola	402	481	883
	hallásérült	44	32	76
	látássérült	60	22	82
	mozgássérült	61	36	97
	tanulásban akadályozott	45	59	104
	értelmileg akadályozott	21	0	21
	viselkedészavart mutató	35	82	117
	autizmusban érintett	**39**	**5**	**44**
Total		707	717	1424

16. táblázat: Önbevallásos lerészegedés minta szerint

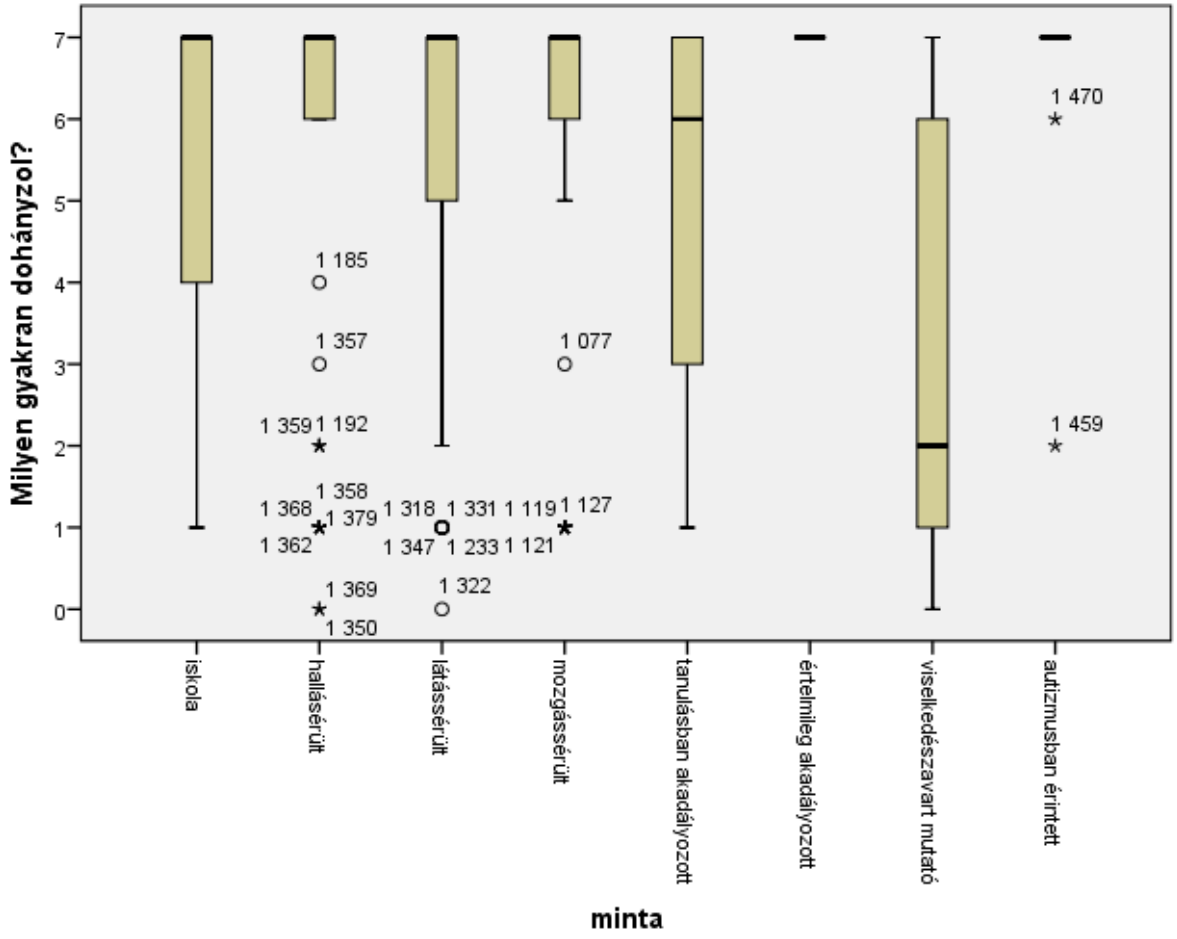
		önbevallásos lerészegedés	
		soha nem részegedett le	valaha lerészegedett
melyik minta	iskola	45,52%	54,47%
	hallásérült	57,89%	42,10%
	látássérült	73,17%	26,82%
	mozgássérült	62,88%	37,11%
	tanulásban akadályozott	43,26%	56,73%
	értelmileg akadályozott	100%	0%
	viselkedészavart mutató	29,91%	70,08%
	autizmusban érintett	**88,63%**	**11,36%**
Total		49,64%	50,35%

17. táblázat: Önbevallásos lerészegedés minta szerint százalékos bontásban

4.2. hipotézis: ***Különbség tapasztalható a dohányzás gyakoriságának tekintetében a neurotipikus, egyéb fogyatékosságban érintett és autizmusban érintett tanulók között. Az autizmusban érintett tanulók körében nem gyakori a dohányzás.***

A dohányzást az EuroADAD kapcsolódó kérdése alapján vizsgáltuk. A dohányzás gyakoriságát mérő kérdés a kérdőívcsomag 58. számmal jelölt kérdése: „Milyen gyakran dohányzol?" A válaszlehetőségeket az alábbiak szerint kódoltuk: 1=naponta, 2=hetente többször, 3=hetente egyszer-kétszer, 4=havonta többször, 5=havonta egyszer-kétszer, 6=ritkábban, 7=soha nem dohányzom. A 13. ábra szemlélteti, hogy a Kruskal-Wallis-teszt elvégzésének eredményeként szignifikáns különbség mutatkozott az egyes csoportok között a dohányzás gyakoriságának tekintetében (Kruskal-Wallis-teszt, $p<0,001$). Ezt követően a Kruskal-Wallis post hoc tesztje alapján vizsgáltuk az egyes csoportok közti különbségeket, ennek eredményeit a 18. táblázat ismerteti. Hipotézisünk szempontjából az autizmusban érintett tanulókra vonatkozó eredményeket részletezzük. Szignifikáns különbséget találtunk a tipikusan fejlődő tanulók iskolai csoportjával való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p<0,001$), a viselkedészavart mutató tanulókkal való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p<0,001$), a tanulásban akadályozott tanulókkal való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p<0,001$) és a hallássérült tanulókkal való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,041$). Nem tapasztaltunk különbséget a látássérült tanulókkal való összevetésben (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,213$), a mozgássérült tanulókkal való összevetésben (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=0,282$) és az értelmileg akadályozott tanulókkal való összehasonlításban (Kruskal-Wallis post hoc teszt, $p=1,000$). Összességében tehát a dohányzás

gyakoriságának tekintetében az autizmusban érintett tanulók a tipikusan fejlődő tanulókkal, a viselkedészavart mutató tanulókkal, a tanulásban akadályozott tanulókkal és a hallássérült tanulókkal szemben mutattak szignifikáns eltérést, míg a látássérült tanulókkal, a mozgássérült és az értelmileg akadályozott tanulókkal való összevetésben nem mutatkozott szignifikáns különbség. Mivel a legtöbb csoporttal való összevetésben igazolható a különbség és a dohányzásban való érintettség nem jelentős, hipotézisünket részben igazoltnak tekintjük.



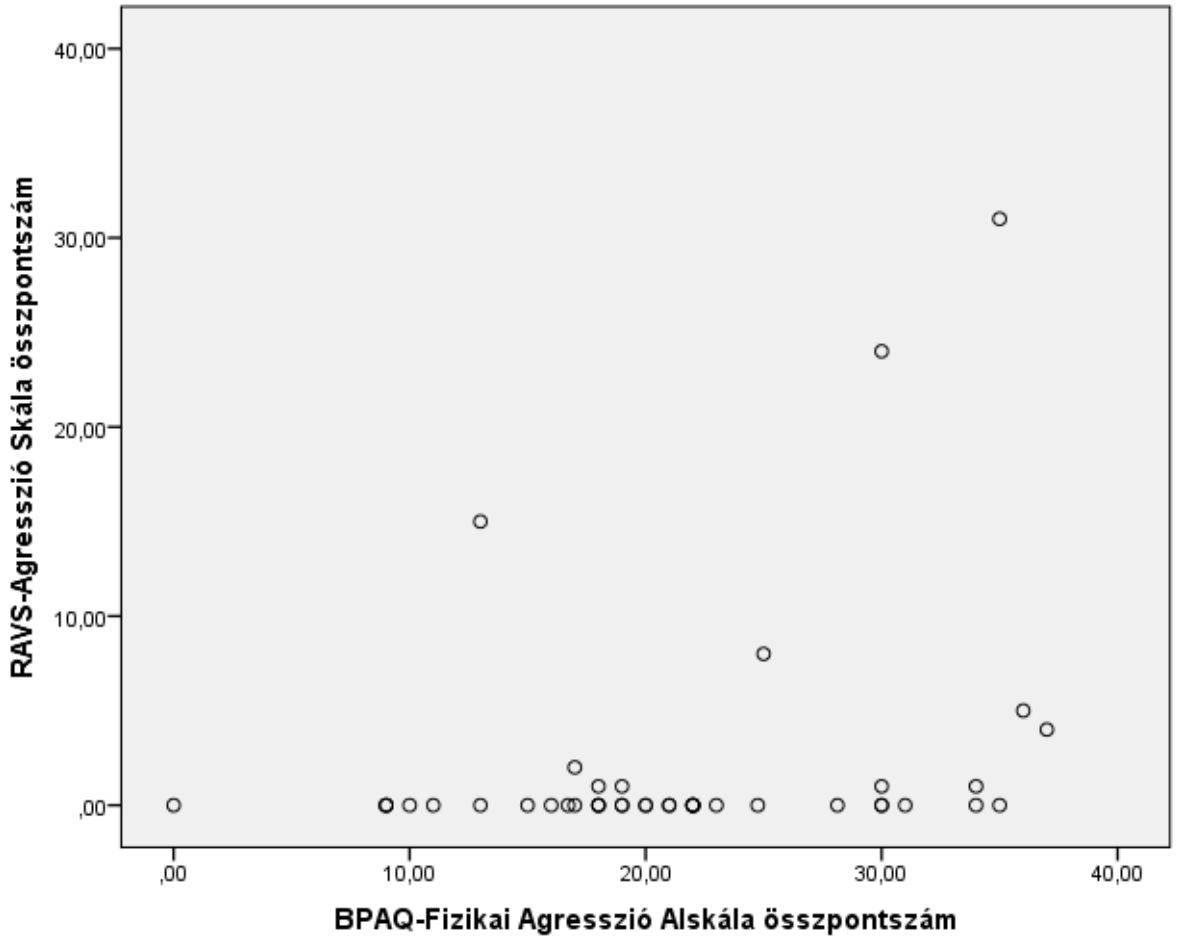
13. ábra: Dohányzás gyakorisága minta szerint

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Viselkedészavart mutató-Tanulásban akadályozott	206,473	50,862	4,059	,000	,001
Viselkedészavart mutató-iskola	308,771	37,084	8,326	,000	,000
Viselkedészavart mutató-hallásérült	341,406	55,967	6,100	,000	,000
Viselkedészavart mutató-Látássérült	380,915	54,689	6,965	,000	,000
Viselkedészavart mutató-mozgássérült	394,364	51,255	7,694	,000	,000
Viselkedészavart mutató-autizmusban érintett	-570,003	66,911	-8,519	,000	,000
Viselkedészavart mutató-Értelmileg akadályozott	598,026	89,669	6,669	,000	,000
Tanulásban akadályozott-iskola	102,298	38,924	2,628	,009	,240
Tanulásban akadályozott-hallásérült	134,932	57,203	2,359	,018	,513
Tanulásban akadályozott-Látássérült	174,441	55,953	3,118	,002	,051
Tanulásban akadályozott-mozgássérült	187,891	52,601	3,572	,000	,010
Tanulásban akadályozott-autizmusban érintett	-363,530	67,948	-5,350	,000	,000
Tanulásban akadályozott-Értelmileg akadályozott	-391,552	90,445	-4,329	,000	,000
iskola-hallásérült	-32,635	45,392	-,719	,472	1,000
iskola-Látássérült	-72,144	43,807	-1,647	,100	1,000
iskola-mozgássérült	-85,593	39,435	-2,170	,030	,839
iskola-autizmusban érintett	-261,232	58,354	-4,477	,000	,000
iskola-Értelmileg akadályozott	-289,255	83,478	-3,465	,001	,015
hallásérült-Látássérült	-39,509	60,631	-,652	,515	1,000
hallásérült-mozgássérült	-52,958	57,552	-,920	,357	1,000
hallásérült-autizmusban érintett	-228,597	71,849	-3,182	,001	,041
hallásérült-Értelmileg akadályozott	-256,620	93,412	-2,747	,006	,168
Látássérült-mozgássérült	-13,449	56,310	-,239	,811	1,000
Látássérült-autizmusban érintett	-189,088	70,858	-2,669	,008	,213
Látássérült-Értelmileg akadályozott	-217,111	92,652	-2,343	,019	,535
mozgássérült-autizmusban érintett	-175,639	68,243	-2,574	,010	,282
mozgássérült-Értelmileg akadályozott	-203,662	90,667	-2,246	,025	,691
autizmusban érintett-Értelmileg akadályozott	28,023	100,352	,279	,780	1,000

18. táblázat: Dohányzás gyakorisága minta szerint

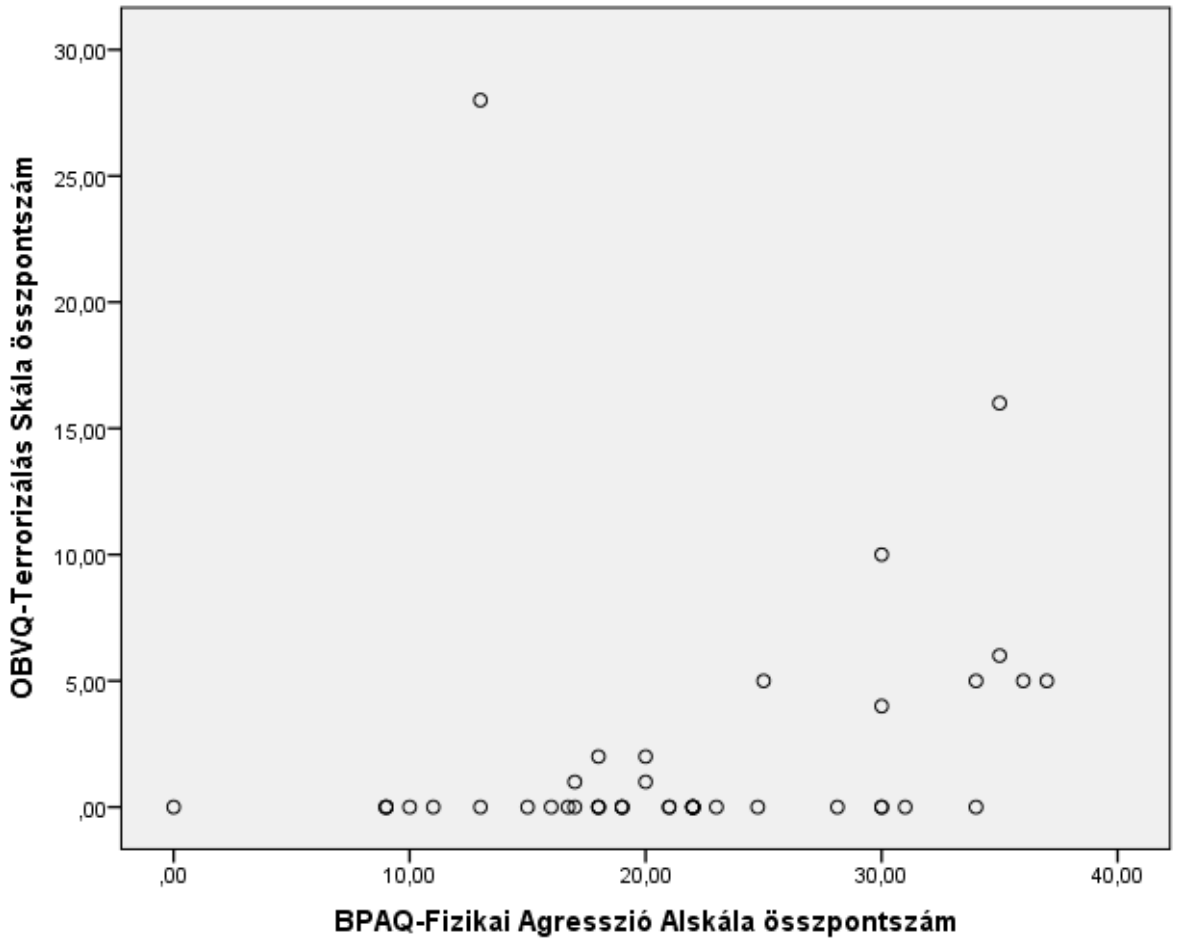
5. hipotézis: ***Pozitív összefüggés van az autizmusban érintett tanulók vonás-agressziója és a bántalmazásban való érintettsége között.***

A BPAQ-Fizikai Agresszió Alskála és a RAVS-Agresszió Skála eredményei között szignifikáns pozitív korrelációt találtunk (Spearman-korreláció, p=0,027, rho=0,334).



14. ábra: Vonás-agresszió (fizikai agresszió) és az elkövetés kapcsolata I.

Mindezt megerősíti, hogy a BPAQ-Fizikai Agresszió Alskála és az OBVQ-Terrorizálás Skála eredményei között is szignifikáns pozitív korrelációt találtunk (Spearman-korreláció, p=0,005, rho=0,408).



15. ábra: Vonás-agresszió (fizikai agresszió) és az elkövetés kapcsolata II.

Ez alapján megerősíthető, hogy a fizikai agresszió figyelembevételével a vonás-agresszió magasabb mértéke összefügg a jelentősebb elkövetői magatartással. A hipotézis igazolódott.

6. hipotézis: ***Pozitív összefüggés van a viktimizáció és az internalizációs tünetek súlyossága között autizmusban érintett tanulók körében.***

Az SDQ-Érzelmi Tünetek Alskála és a RAVS-Viktimizáció skála eredményei között nem találtunk korrelációt (Spearman-korreláció, p=0,653, rho=-0,070).

Ugyanezt a vizsgálatot elvégeztük az SDQ két alskálájának összevonásával kialakított Internalizáció Alskála alkalmazásával is. Az SDQ-Internalizáció Alskála és a RAVS-Viktimizáció skála eredményei között nem találtunk korrelációt (Spearman-korreláció, p=0,397, rho=0,131).

Hasonlóképpen Az SDQ-Érzelmi Tünetek Alskála és az OBVQ-Viktimizáció Skála eredményei között sem mutatkozott korreláció (Spearman-korreláció, p=0,992, rho=-0,001).

Az összevont SDQ-Internalizáció Alskála és az OBVQ-Viktimizáció Skála eredményei között szintén nem találtunk korrelációt (Spearman-korreláció, p=0,445, rho=0,118).

Mindezek fényében nem jelenthetjük ki, hogy az internalizációs tünetek súlyossága és a viktimizációs érintettség között összefüggés van. Hipotézisünk nem igazolódott.

5. MEGBESZÉLÉS, GYAKORLATI IMPLIKÁCIÓK

5.1. Megbeszélés

Jelen kutatás újdonságértéke, hogy eltérő fogyatékossággal élő, illetve neurotipikus tanulókkal való összevetésben vizsgálja az autizmusban érintett tanulók bullyinggal kapcsolatos jellemzőit. A kutatás tervezése során és a kutatási kérdések megfogalmazásakor az iskolai zaklatást tágabb összefüggésrendszerben közelítettük meg, így az esetleges szerhasználati érintettség, az internalizációs zavarok, az ADHD-ra jellemző tünetek vizsgálatára egyaránt sort kerítettünk. Az adatfelvételhez a nemzetközi gyakorlatban széles körben használt, validált mérőeszközökből álló kérdőívbattériát alkalmaztunk.

Az alapján, amit az autizmusról tudunk, figyelmet érdemlő felvetés az autizmusban érintett tanulók viktimizációban való érintettségének megismerése. A szakirodalmi megállapítások azonban ellentmondásosak ezzel kapcsolatban. A kutatók jelentős része úgy tekint az autizmusban érintett tanulókra, mint kiemelten vulnerábilis áldozati csoportra (Little, 2002; Kloosterman et al., 2013; Lung et al., 2019) Jelen kutatásban a viktimizációs érintettség vizsgálatakor nem találtunk szignifikáns különbséget az autizmusban érintett tanulók és a vizsgálatban résztvevő egyéb csoportok között, ami alátámasztja más szerzők megállapításait is (Begeer et al., 2016). Ugyanakkor az OBVQ-Viktimizáció Skála alapján a legmagasabb átlagpontszámot az autizmusban érintett tanulók érték el. Jól látható, hogy az áldozattá válást vizsgáló mérőeszközök mindegyikén magasabb átlagpontszámok tartoznak a fogyatékossággal élő tanulókhoz, mint a tipikusan fejlődő tanulókhoz. Feltételezhető, hogy a más-más fogyatékosságban érintett tanulók eltérő okoknál fogva válhatnak vulnerábilissá. Annál fogva, hogy az autizmusban érintett tanulók kapcsán a szociokommunikációs terület sérülése áll összefüggésben a fogyatékossággal, megkérdőjelezhetetlen a kortárskapcsolatokra gyakorolt hatás. Megjegyzendő, hogy habár a viktimizáció terén nem találtunk kiemelkedő érintettséget az autizmussal élő tanulók kapcsán egyéb csoportokkal való összevetésben, de az SDQ-Kortárskapcsolati Problémák Alskáláján a legmagasabb átlagpontszám az autizmussal élő tanulók csoportjához tartozik, valamint a Pozitív Viselkedési Skála mindkét alskáláján a legalacsonyabb átlagpontszámokat az autizmussal élő tanulók csoportján belül kaptuk.. Mindez egybecseng annak a hazai kutatásnak az eredményével, mely a viktimizáció csekély mértékét valószínűsíti az autizmussal élő tanulók kapcsán, ugyanakkor jelentős marginalizálódásra hívja fel a figyelmet a kortárscsoporton belül (Méhes & Stefanik, 2017). Felmerül az általános érvényű kérdés, hogy a bullyingban, mint csoportfolyamatban való bárminemű részvétel milyen kapcsolatban áll a szociometriai státusszal. Ennél specifikusabb az a kérdés, hogy az

autizmussal élő tanulók kapcsán a perifériku szociometriai státusz azt is jelenti-e egyben, hogy ezek a tanulók kiszorulnak a csoportfolyamatokból, adott esetben olyan destruktív folyamatokból is, mint a bullying. Vagyis következtethetünk-e arra, hogy a „láthatatlan" és „rejtve maradó" jelzők, melyekkel egyes szerzők az autizmussal élő gyermekek nehézségeit próbálják érzékeltetni, egyben jelzik azt is, hogy az érintett tanulók a kortársközösségen belül meghatározó szerep nélkül maradnak (Bognár, 2010; Marjai, 2019b). További kutatási szempontokat vet fel, hogy az autizmusban érintett tanulók viktimizációs érintettsége és az áldozattá válás szubjektív élményszerűsége mennyiben és miként különbözik más fogyatékosságban érintett tanulók viktimizációjától, illetve az iskolai zaklatás mely típusai (direkt/indirekt, illetve fizikai/verbális/kapcsolati) dominálnak az egyes fogyatékossági csoportok viktimizációja során. Feltételezve azt, hogy léteznek efféle különbségek, a hatékony problémakezelés fontos lépése lehet a fogyatékosságspecifikus bullying-profil feltérképezése.

A bántalmazó szerepvállalás kapcsán arra az eredményre jutottunk, hogy az autizmusban érintett tanulók tekintetében kizárólag a viselkedészavart mutató tanulókkal való összevetésben mutatkozott szignifikáns különbség mindkét, bántalmazást vizsgáló mérőeszköz esetében. Az egyéb fogyatékossággal érintett és neurotipikus tanulókkal való összehasonlításban nem mutatkozott szignifikáns eltérés, ami egybecseng más kutatás eredményével is (Rowley et al., 2012). Felvetődik az a magától értetődő szempont, hogy az autizmusban érintett tanulók bántalmazó viselkedését nem kizárólag a diagnózis befolyásolja, hanem a kontextuális tényezők, köztük a kortárközösség, az osztályközösség minőségi jellemzői is, vagy akár az iskolai „miliő", a szegregált illetve integrált oktatás-nevelés sikeressége vagy sikertelensége. Csakúgy, mint a viktimizációval összefüggésben, a bántalmazás kapcsán is felvetődik, hogy a perifériku szociometriai státusz és a kortárskapcsolati problémák ellehetetlenítik a hangsúlyos csoportfolyamatokban való szerepvállalást. Ugyanakkor az autizmusban érintett tanulók bántalmazó magatartása kapcsán érdemes visszakanyarodnunk azokhoz az egymással konzekvensen egybecsengő agresszió-definíciókhoz, melyek a cselekvés akaratlagosságát és szándékosságát feltételként rögzítik. Az autizmussal összefüggésben számolnunk kell annak lehetőségével, hogy az agresszíven ható cselekmények hátterében állhat (1) kommunikációs szándék, közlés, indulati töltet nélkül, a figyelemfelhívás jellegével, (2) kommunikációs elakadás, megértés hiánya, ebből fakadó feszültség, (3) a biztonságot jelentő bejósolható rend(szer) és struktúra felbomlása, ebből fakadó feszültség, (4) öningerlés, (5) szenzoros élménykeresés. Ez egyben jelenti azt is, hogy fenn kell tartanunk annak lehetőségét, hogy a sérelemokozás mögött nem húzódik erre irányuló szándék. Ahhoz, hogy ezt a dilemmát

lehetőségeinkhez mérten feloldjuk, a kérdőívcsomagban feltüntettük a „bántalmazás” meghatározását szigorúan követve a mérőeszköz használati protokollját, egyúttal hangsúlyozva a bántalmazásra jellemző szándékosságot és az ismétlődő jelleget. Ellenőriztük továbbá, hogy a fizikai agresszió figyelembevételével a vonás-agresszió magasabb mértéke összefügg-e a jelentősebb elkövetői magatartással, ezzel kapcsolatos hipotézisünk igazolást nyert.

Fontos kérdésként merül fel, hogy a kortárskapcsolatok jellemzői milyen kapcsolatban állnak a viktimizációval. Egy japán kutatás eredményeinek értelmében a magasan funkcionáló autizmussal élő és az ADHD-ban érintett gyermekeknél a kutatásunk mérőeszközeként is alkalmazott SDQ szülői és pedagógusi változata differenciált a diagnózisok között sajátos profilok megrajzolásával: míg az autizmusban érintett gyermekek az Érzelmi Tünetek Alskálán és a Kortárskapcsolati Problémák Alskálán értek el magasabb pontszámot, addig az ADHD diagnózissal rendelkező gyermekek a Viselkedésproblémák Alskálán és a Hiperaktivitás Alskálán kaptak magasabb értékeket (Iizuka et al., 2009). A kortárskapcsolati problémák és a viktimizáció között találtunk összefüggést a RAVS-Viktimizáció Kérdőív alkalmazásával. Más kutatások eredményei is megerősítik, hogy a bántalmazással szemben különösen veszélyeztetettek azok, akik számára a baráti kapcsolatok kialakítása nehézséget okoz (Zablotsky et al., 2014). A kortársak felől tanúsított pozitív, proszociális viselkedés tendenciaszerű összefüggést mutatott a viktimizációs érintettséggel, vagyis nem vethetjük el annak lehetőségét, hogy a kortársak pozitív attitűdje és odafordulása csökkenti az áldozattá válás rizikóját. Az autizmusban érintett tanulókat megcélzó anti-bullying megközelítések nagy mértékben építenek a kortársak bevonására, érzékenyítésére, edukációjára (Sreckovic et al., 2017). Nem találtunk összefüggést aközött, hogy az autizmusban érintett tanulók milyen mértékben tanúsítanak pozitív, proszociális viselkedést kortársaik felé és mennyire válnak zaklatás áldozatává. Felvetődik annak lehetősége, hogy amit az autizmusban érintett tanulók saját részről tanúsított pozitív viselkedésként interpretálnak, azt a kortársak nem ekként fogadják be. Meg kell jegyezni, hogy a viktimizációt vizsgáló mérőeszközök (OBVQ-Viktimizáció Skála és RAVS-Viktimizáció Skála) megválasztásától függően eltérő eredményeket kaptunk a kortárskapcsolati problémák súlyosságával és a pozitív viselkedésmódok elfogadásával való összefüggésben. Éppen ezért ellenőriztük, hogy van-e összefüggés az OBVQ-Viktimizáció Skála és RAVS-Viktimizáció Skála autizmusban érintett tanulóktól kapott eredményei között, az eredmény szerint van szignifikáns összefüggés (Spearman korreláció, $p>0,01$, $rho=0,614$). A viktimizációt és a bántalmazást vizsgáló mérőeszközök ugyanakkor más idősávban mérik az egyén viktimizációját illetve a

bántalmazást: míg az OBVQ az adatfelvételt megelőző három hónap eseményeire kérdez rá, addig a RAVS az elmúlt egy hét vonatkozásában tesz fel kérdéseket.

Az elkövető magatartás és az autizmushoz társuló ADHD összefüggéseiről ellentmondásos szakirodalmi információkat találunk. Számos tanulmány számol be arról, hogy az autizmushoz társuló ADHD a jelentősebb bántalmazó szerepvállalással áll összefüggésben (Hill et al., 2014; Sterzing et al., 2013; Montes & Halterman, 2007), míg más szerzők az önbevallásos válaszok alapján nem találtak összefüggést az ADHD és a bullyingban vállalt szerepek között (Chou et al., 2019) Habár az ADHD-RS-Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskála és a RAVS-Agresszió Skála összpontszámainak összevetésében pozitív korreláció tendenciáját kaptuk eredményül, méréseink során nem mutatkozott szignifikáns korreláció az ADHD mérőeszközein kapott pontszámok és a bántalmazást vizsgáló mérőeszközök segítségével kapott pontszámok között. Jól látható ugyanakkor, hogy a figyelemzavart mérő alskálán kaptunk magasabb átlagpontszámokat és nem a hiperaktivitás és impulzivitás alskáláján, miközben megalapozott az a feltevés, hogy általában véve inkább a hiperaktivitás és impulzivitás kedvez az elkövetői magatartásnak, mintsem a figyelemzavar. Fontosnak találjuk autizmusban érintett tanulók nagyobb elemszámú mintáján is vizsgálni a kérdést.

Az alkoholfogyasztás gyakoriságának tekintetében az autizmusban érintett tanulók a tipikusan fejlődő tanulókkal, a viselkedészavart mutató tanulókkal, a tanulásban akadályozott tanulókkal és a mozgássérült tanulókkal szemben mutattak szignifikáns eltérést, míg az érzékszervi fogyatékossággal élő tanulókkal és az értelmileg akadályozott tanulókkal való összevetésben nem mutatkozott szignifikáns különbség. Az autizmusban érintett tanulók 88,6%-a saját bevallása szerint még sohasem részegedett le. A dohányzás gyakoriságának tekintetében az autizmusban érintett tanulók a tipikusan fejlődő tanulókkal, a viselkedészavart mutató tanulókkal, a tanulásban akadályozott tanulókkal és a hallássérült tanulókkal szemben mutattak szignifikáns eltérést, míg a látássérült tanulókkal, a mozgássérült és az értelmileg akadályozott tanulókkal való összevetésben nem mutatkozott szignifikáns különbség. A legális szerhasználattól való távolmaradást magyarázhatja, hogy a társas aktivitásként jelentkező szerhasználat lehetőségétől elesnek a szociokommunikációs deificitben érintett autizmussal élő serdülők (Santosh & Mijovic, 2006; Bauminger & Kasari, 2000; Prendeville et al., 2006; de Alwis et al., 2014). Lehetséges magyarázat lehet a kortársak kevésbé erős befolyása, a bejósolhatóság érzését biztosító szabálykövetés, az alacsony kockázatvállalás és az ártalomkerülés (Ramos et al., 2013; Santosh & Mijovic, 2006; Soderstrom et al., 2002).

Számos tanulmány azt igazolja, hogy az internalizációs tünetek súlyossága összefügg a viktimizáció mértékével (Cappadocia et al., 2012; Weiss et al., 2015, Zeedyk et al., 2014) míg más szerzők ezt attól függően tudják alátámasztani, hogy mely válaszadótól (szülő/gyermek) származnak az erre irányuló adatok (Adams et al., 2014) Várakozásainktól eltérően kutatásunkban az internalizációs tünetek súlyossága és a viktimizációs érintettség között nem találtunk összefüggést. Hipotézisünk vizsgálata során az SDQ Érzelmi Tünetek Alskáláját alkalmaztuk, valamint egy, a mérőeszköz szerzői által később publikált metódus szerint az Internalizációs Alskálát, ami az Érzelmi Tünetek Alskála és a Kortárskapcsolati Problémák Alskála összevonásával jött létre. Meg kell jegyezni egyes tételek kapcsán, hogy helytállóságuk esetén sem feltétlenül következtethetünk problémára. Az autizmusban érintett tanuló „valamennyire igaz" vagy „határozottan igaz" választ is adhat a következő tételekre: „Többnyire egyedül vagyok. Általában elvonulok, egyedül játszom", „Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel", ez azonban nem feltétlenül jelzi azt, hogy mindez valóban problémát okoz az egyén számára. Ahhoz, hogy az internalizációs tünetek és a viktimizáció összefüggéseit további kutatások fókuszába állíthassuk és az említett dilemmát is feloldjuk, kvalitatív módszerek alkalmazását (is) javasoljuk. Másrészt miután a hipotézis nem igazolódott, felmerül az is, hogy a kedvezőtlen társkapcsolati viszonyok és ennek következményei mennyiben rögzültek és lehetséges-e az, hogy egy stagnáló állapotból kifolyólag a jelentős érzelmi reakciók idővel elmaradnak. Habár jelen kutatás nem tér ki az autizmussal élő és egyéb csoportokba sorolható tanulók megküzdési stratégiáinak vizsgálatára, de hipotetikusan felmerül, hogy az autizmussal élő tanulók az elkerülő stratégia elsődlegességével reagálnak az iskolai klímában tapasztalt nehézségekre. A feltevést támogatja, hogy eltérő kultúrákban (magyar, indiai, svéd, olasz, jemeni) a magas szorongásszint az elkerülő stratégiának kedvezett a serdülők körében (Oláh, 1995). Emellett Asperger-szindrómával élő adoleszcensek vizsgálata során az elkerülő megküzdés szignifikáns kapcsolatban állt a viselkedési és érzelmi problémák súlyosságával (Khor, Reid & Grey, 2014). A felmerülő kérdések további vizsgálatokat igényelnek.

5.2. A vizsgálat korlátai

A kutatás korlátai között említendő a kijelölt vizsgálati minta (autizmusban érintett tanulók) alacsony elemszáma. A vizsgálati mintán belül a nemi arányok a fiúk jelentős túlsúlyával jellemezhetőek 15:1 arányban. Megjegyzendő, hogy a szakirodalom alapján az autizmus spektrum zavarban érintett személyek nemi eloszlása szintén a fiúk/férfiak túlsúlyának kedvez: a nemzetközi kutatási adatok 2:1 és 16:1 közé helyezik a nemi eloszlás arányát, Loomes, Hull

és Mandy 2017-ben pulikált metaanalízise szerint az arányszám 3:1 (Loomes, Hull & Mandy, 2017).

Az önkitöltéses adatfelvétellel kapcsolatban általánosan megfogalmazott kritika, hogy a válaszadás helytállóságára nézvést torzító hatása lehet. Egyrészt az önkitöltéses adatgyűjtés kapcsán felvethető, hogy a vizsgálatban résztvevők ugyanazt értik-e a fókuszba emelt fogalmak és kérdések alatt. Annak érdekében, hogy az egységes megértést támogassuk, az egyes mérőeszközökhöz tartozó kiegészítő leírással és magyarázatokkal tisztáztuk azokat a fogalmakat, amelyek köré a mérőeszközök kérdései szerveződnek. Az önkitöltéses kérdőíveket érintő további gyakori kritika, hogy a válaszadó törekedhet arra, hogy kedvező színben tüntesse fel önmagát, így a válaszadás nem feltétlenül a valóságot tükrözi. Begeer és munkatársai ugyanakkor az autizmusban érintett tanulók önbevallásos válaszainak megbízhatósága mellett érvelnek, mert a neurotipikus tanulókkal ellentétben kevésbé kap hangsúlyt az önreprezentáció, mely a válaszok torzításában megmutatkozhatna (Begeer et al., 2016).

Az önkitöltéses adatgyűjtés általános kritikái mellett felmerül a kérdés, hogy az autizmus diagnózisa mennyiben befolyásolja érvényes adatok gyűjtését önkitöltéses módszeren keresztül. A kérdőívek zártvégű kérdései és a predeterminált kategóriák limitálják az ismereteinket az autizmusban érintett tanulók zaklatással kapcsolatos élményeiről, valamint az autizmusban érintett tanulók az absztrahálás és általánosítás nehézsége mellett nem feltétlenül képesek saját élményeiket a kérdőívek által vázolt bullying definícióihoz illeszteni. A válaszadás kapcsán felvetődhet, hogy az autizmusban érintett vizsgálati személyek körében a diagnózisból fakadó deficitek megnehezítik a kortársak viselkedési szándékainak azonosítását, így a válaszadó a kérdőívekben alulértékelheti az őt ért bántalmazást (Fisher & Taylor, 2016). A tudatelméleti képesség sérülése az iskolai zaklatás hibás percepcióját és félreértelmezését eredményezheti (Zeedyk et al., 2014). Más szerzők ugyanakkor amellett érvelnek, hogy az autizmusban érintett válaszadók képesek akkurátusan választ adni önbevallásos módszerekkel az őket ért esetleges iskolai bántalmazással kapcsolatban (Rieffe, Camodeca, Pouw, Lange & Stockmann, 2012; van Roekel et al., 2010). Mindemellett feltételezhető, hogy több válaszadó (szülő, pedagógus, kortárs) bevonásával átfogóbb képet nyerhetünk az autizmusban érintett fiatalok iskolai zaklatásban való érintettségéről, ahogy ezt a nemzetközi szakirodalomban több szerző is szorgalmazza (Fisher & Taylor, 2016; Sterzing et al., 2013; Zeedyk et al., 2014).

Autizmussal élő válaszadók körében a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) alkalmazhatóságát bizonyos szerzők fenntartásokkal kezelik (Turi et al., 2013). Más esetben a mérőeszközt differenciáldiagnosztikai profil megerősítésében is alkalmasnak találták az

autizmus spektrum zavar és az ADHD kapcsán (Iizuka et al., 2009). Megfontolásra érdemes szempont egyéb alkalmas mérőeszközök bevonása a vizsgált kérdések és hipotézisek vizsgálata során.

A mérőeszközök érthetőségét könnyítő optimalizáció tapasztalati szakértő bevonásával történt, ez azonban nem jelentette a mérőeszközök adaptálását, a módosítások számbavételével a megbízhatóság és az érvényesség nem ellenőrzött.

A kutatás keresztmetszeti elrendezéséből adódóan az eredmények a változók közötti összefüggések meglétére vagy hiányára utalnak, ugyanakkor ok-okozati viszony feltárására nem irányulnak. Fontos megjegyezni, hogy az ADHD tüneteit önkitöltéses becslőskála segítségével vizsgálatuk, ami nem alkalmas klinikai diagnózis felállítására. Hasonlóképpen az internalizációs tünetek súlyosságát felmérő mérőeszköz sem alkalmas önmagában a klinikai diagnózis megerősítésére.

Végül a kutatás korlátai között kell említeni a kérdőív vizuális szerkesztését, mivel feltételezhető, hogy egyes mérőeszközök esetében az adatvesztésre, a hiányzó adatokra az egymást követő sorok sűrű elrendezése ad magyarázatot, ami akadályozhatja a kitöltőt abban, hogy tételről tételre haladjon kihagyás nélkül.

5.3. Gyakorlati implikációk

5.3.1. Bullying-prevenció autizmussal élő tanulók körében

A szakirodalmi áttekintés tükrében hangsúlyozandó, hogy a bullying prevenció és intervenció során nem célravezető az áldozatok és/vagy az elkövetők csoportját kizárólagosan megcélozni, hanem rendszerszintű, a bullying folyamatában részt vállaló minden szereplő bevonását jelentő beavatkozást kíván meg a probléma kezelése. A korszerű anti-bullying megközelítés hívta életre az iskola-alapú programokat, az egész iskola koncepciót, az univerzális programokat, melyek az iskolai zaklatás megfékezése kapcsán számos szereplőt és szerepet számításba vesznek. A kutatás eredményei mentén mindenekelőtt arra nézvést vonhatunk le következtetéseket, hogy az autizmusban érintett tanulók oldalán mely beavatkozások lehetnek eredményesek az iskolai zaklatás befolyásolásában. Mivel jelen kutatás izoláltan vizsgálja az egyes csoportok - mindenekelőtt az autizmusban érintett tanulók bullying-jellemzőit -, ezért nem lehetséges olyan megállapításokat és ajánlásokat tenni, ami a rendszerszintű, minden bullying-szereplőre kiterjedő beavatkozások szempontjait teljes mértékben kielégítené.

Ezzel együtt fontos hangsúlyozni, hogy miközben az iskolai zaklatás prevencióját és intervencióját tárgyaló szakirodalom a rendszerszintű beavatkozást támogatja, az autizmusban érintett tanulók inklúziójának és együttnevelésének kapcsán is ezzel egybecsengő alapvetések rajzolódnak ki. Nem meglepő módon az autizmussal élő tanulók kapcsán a bullying fogalma és jelensége elválaszthatatlan az inklúzó kérdésétől és a gyakorlati kivitelezés nehézségeitől, esetleges hiányosságaitól. Az együttnevelés elhibázottsága nem várt kockázatokat és következményeket vonhat maga után, köztük az autizmusban érintett tanulók kitettségét a bullyinggal szemben: „*A szakmai támogatás és a megfelelő intézményi kontextus hiánya, a felkészületlenség, a kölcsönös meg nem értés gyakran az autizmussal élő gyermek kirekesztéséhez, bántalmazásához és problémás viselkedések megjelenéséhez, így az inklúziós törekvések kudarcához vezet*" (Stefanik & Őszi, 2011, p. 299). A szakirodalom és a mindennapos gyakorlat alátámasztja, hogy a sok esetben inklúzióként nevesített oktatás-nevelés csupán fizikai integrációt jelent, vagyis többségi iskolában zajlik az autizmusban érintett és a neurotipikus tanulók oktatása, ugyanakkor az inklúzió érdemi feltételei nem teljesülnek (Humphrey, 2008). A fizikai integrációtól önmagában nem remélhető, hogy teljesülnek az inklúzióhoz fűzött remények, a tapasztalatok azt igazolják, hogy a neurotipikus és/vagy autizmusban érintett tanulókat támogató célirányos intervenciók szükségesek a sikeres kivitelezéshez (Stefanik & Havasi, 2016). Előremutató lehet, ha az együttnevelés tekintetében nem a kizárólagos megoldásokat tekintjük egyedüli alternatívának, hiszen hazánkban is találunk példát a többségi iskolákban kialakított úgynevezett autizmus egységre, ami lehetővé teszi, hogy az autizmusban érintett tanuló a saját profiljához és teherbírásához mérten kapcsolódjon be a többségi osztálytermi munkába (Stefanik & Őszi, 2011). Tudvalevő, hogy az integráció megvalósítható részleges integráció, vagy akár fordított integráció által is. Pillanatnyilag hazánkban és a nemzetközi oktatási színtéren javarészt csak azokat az autizmussal élő tanulókat érinti a funkcionális integráció, akik jó intellektuális képességekkel és jó formális nyelvi képességekkel rendelkeznek (tehát akiket magasan funkcionáló autizmussal jellemeznek, ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy ez tudományos értelemben nem egy valid alkategória) (Ábrahám, et al., 2016). Az autizmusban érintett tanulók kapcsán „*komprehenzív, azaz fejlődési és kognitív-viselkedéses megközelítéseket ötvöző edukáció*" válik szükségessé az együttnevelés sikeressége érdekében, aminek eszköze lehet a vizuális támogatás, a viselkedéses megközelítés, a kiegészítő terápiák alkalmazása, a strukturált oktatás, a család és egyéb kapcsolati rendszerek bevonása és aktivizálása (Ábrahám, et al., 2016, p. 201). Támogatást jelenthet az autizmusspecifikus tárgyi és személyi feltételek biztosítása az oktatási környezetben. Ennek kapcsán válhat elvárássá a megfelelő osztálylétszám kialakítása,

a pedagógiai asszisztens bevonása, a fizikai környezet adaptálása, a pedagógus autizmushoz adaptált kommunikációs technikáinak kialakítása. Az autizmusban érintett tanulók szociális és kommunikációs képességeinek fejlesztése kulcsfontosságú, ugyanakkor legalább ennyire szükségszerű a neurotipikus tanulók autizmussal kapcsolatos ismereteinek és látóterének tágítása.

Mindez aktív és összehangolt munka által realizálható. A bullyinggal szoros összefüggésben, de függetlenül attól, hogy az autizmussal élő tanuló szegregált vagy integrált környezetben részesül-e oktatásban, feltétlenül szükséges az autizmusra (és egyéb fogyatékosságokra) irányított ismeretek beépítése a pedagógusképzésbe, illetve elvárható az autizmus spektrum zavar pedagógiája szakirányos gyógypedagógusok alkalmazása minimum feltételként.

Az autizmusban érintett tanulók számára testreszabott anti-bullying beavatkozások kapcsán több szerző hangsúlyozza a szerepmodellek jelentőségét. Részben a tanulókkal érintkező és közelebbi kapcsolatot ápoló felnőttek válhatnak szerepmodellé, akik egyúttal részt vállalnak a kortársak befolyásolásában is (Cappadocia, et al., 2012). Ennek érdekében elengedhetetlen a pedagógusok felkészítése és támogatása. Másrészt a kortárssegítés gyakorlata is részben arra épül, hogy modellszemélyként tűnjenek fel azok a kortársak, akik külső támogatással a bullying folyamatát új mederbe terelhetik (Fisher & Taylor 2016). A kortárssegítők, kortársmentorok a támogató felnőttekkel ellentétben rendelkeznek azzal a kivételes potenciállal, hogy a kortárs közösség belső szabályrendszerében képesek eligazodni és ilyen módon hiteles és bennfentes támogatást adni autizmusban érintett társuk számára (Sreckovic, et al., 2017). Hannah a konkrétumok szintjén történő közbeavatkozás miatt a zaklatásmegelőzés egyik leghatékonyabb eszközeként utal a kortárssegítésre: „*Egy mentor-barát sokszor értékesebb tanácsokkal szolgálhat, mint a szülők és a tanárok, főleg akkor, ha az illető a közösség népszerű, talpraesett tagja. Egy iskolai mentor vagy testvér aktuális tanácsokat és útmutatást adhat a gyermeknek például azzal kapcsolatban, hogy mit érdemes felvenni, milyen témákat érdemes szóba hozni, így a gyermek kevésbé lóg ki a sorból, és kisebb eséllyel gúnyolják ki azért, hogy nem elég menő*” (Hannah, 2010, p. 81). Azzal, hogy a kortárssegítők szociális interakciókat kezdeményeznek autizmusban érintett társaikkal, várhatóan kiterjesztik ennek lehetőségét a tágabb kortárs közösségen belül is (Sreckovic, et al. 2017). A kortárssegítés gyakorlatában fontos szempont, hogy a kortárssegítő önkéntes alapon vállalja a feladatot, pedagógussal és/vagy pszichológussal történő folyamatos konzultáción vehessen részt, és vállalt feladatában ne váljon túlterheltté. Ez utóbbi oly módon is kiküszöbölhető, hogy a kortárssegítők válthatják egymást, napi vagy heti beosztás szerint végezhetik feladatukat (Lipcsey, 2018). Kutatási

eredményeink több ponton alátámasztják az autizmussal élő tanulók kortárskapcsolati nehézségeit, elakadásait. Az eredmények fényében feltételezhető, hogy az autizmussal élő tanulók inadekvát módon interpretálják a saját részről tanúsított pozitív viselkedésmódokat, így elképzelhető, hogy a pozitív gesztusnak vélt viselkedést nem azonos módon dekódolják a kortársak. A szociális kompetenciák fejlesztésének egyik sarkalatos pontja lehet a kortársak közti interakciókban megjelenő viselkedéses elemek feltérképezése, a társuló jelentések tudatosítása és a készség szinten történő alkalmazás elsajátítása. Dubin - aki maga is Asperger-szindróma diagnózist kapott felnőttként – a szintén autizmusban érintett szerepmodell támogató jelenlétét tartja kiemelten fontosnak a bullying-prevencióban. Emellett - az inklúzió említett alapvető technikai feltételeivel összhangban – az iskolai környezet átstrukturálását és egy biztonságos és megnyugvásra alkalmas izolált tér elkülönítését javasolja. Dubin más szerzőkkel egyetértésben fontosnak tartja az iskolai zaklatással kapcsolatos ismeretátadást annak érdekében, hogy az autizmusban érintett tanuló képessé váljon felismerni az őt ért zaklatást és megkülönböztetni azt az ártalmatlan tréfáktól (Dubin, 2017). Az edukáció részeként érdemes pontosítani a provokatív áldozat fogalmát is, és tudatosítani azokat a helyzeteket, azt a lehetséges fellépést, amivel az autizmusban érintett tanuló provokálja bántalmazóját (Dubin, 2017). A bullying prevenciójában is hasznosulhatnak azok az önsegítő irodalmak és kiadványok, melyek a társas érintkezés szabályszerűségeiben segítik eligazodni az autizmusban érintetteket és rávilágítanak a bullyinggal kapcsolatos rizikótényezőkre, a zaklatás eltérő formáira. Példaképpen idézünk egy Asperger-szindrómával élő személyek számára készült életvezetési útmutatóból, az alábbi táblázat azt foglalja össze, hogy az érintett személyek miként tudnak eligazodni a kapcsolati minőségek sokszínűségében:

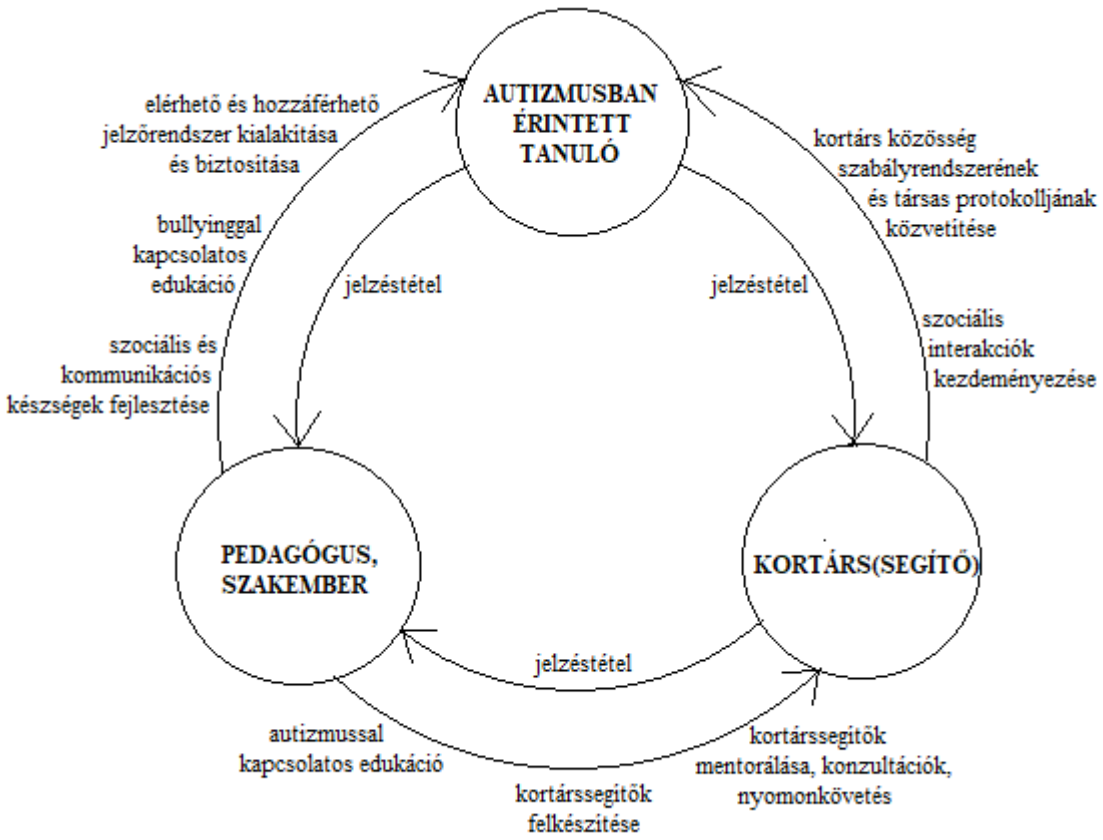
Igaz barátok	Hamis barátok	Ellenségek
Ugyanúgy bánnak veled, mint az össze többi barátjukkal. Hosszú távon ugyanúgy örülnek neked, mint rövid távon. Önmagukkal egyenlőként kezelnek. Segíthetnek neked abban, hogy szükség esetén meglásd, mi az igazság mások csalárdságai mögött. **Mit kell tenned:** Te is ugyanolyan figyelemmel fordulj feléjük, mint ők feléd, és figyelj oda rájuk. Fogadd el minden dicséretüket úgy, hogy egyszerűen megköszönöd, és így egyáltalán nem fogják magukat hülyén érezni amiatt, hogy bókoltak neked. A szemkontaktus (lásd testbeszéd) alatt megadott szabályok segítségével próbáld meg kimutatni, hogy szereted őket.	Előfordulhat, hogy másként bánnak veled, mint másokkal. Rövid távon szívesen látnak, azután ejtenek. Gyakran előfordulhat, hogy tisztességtelen dolgokat kérnek tőled. Előfordulhat, hogy azt akarják, hogy kínosan felhívd magadra a figyelmet. Előfordulhat, hogy megfenyegetnek, hogy nem barátkoznak veled többé, vagy visszaélnek a bűntudatoddal, ha arról van szó, hogy a saját céljaik elérésében segítsd őket. **Mit kell tenned:** Állj ki ellenük, és nyugodtan mondd meg nekik, hogy menjenek a fenébe, ha nyilvánvalóan tisztességtelen dolgokat mondanak. Lehet, hogy azok közé az emberek közé tartoznak, akik örömüket lelik abban, hogy – mivel belül gyengének és alkalmatlannak érzik magukat – olyan embereket bántsanak, akik náluk sebezhetőbbek.	Többnyire nem vesznek rólad tudomást. Éreztetik veled, hogy nem szívesen látnak, minden hibádat észreveszik, és esetleg mások figyelmét is felhívják ezekre. A gúnyolódástól, a rosszindulatú megjegyzésektől és a dühkitörésektől kezdve a némaságig bármilyen bánásmódra számíthatsz tőlük. Többnyire úgy fognak kezelni, mintha náluk kevésbé fontos személy volnál. **Mit kell tenned:** Lehet, hogy valamilyen kellemetlenséget okoztál nekik, vagy csak egyszerűen féltékenyek valamilyen készségedre vagy a tudásodra. Ha féltékenységről van szó, soha nem fogják elismerni. Ha egy ilyen emberrel egyszer úgy találkozol, hogy egyedül van, lehet, hogy nyugodtabban és bátortalanabbul fog feléd fordulni, és feltehetsz neki néhány furcsa kérdést arról, hogy miért nem úgy bánik veled, mint másokkal. Ha ezt jól meg tudja indokolni, azzal arra is lehetőséget ad, hogy bocsánatot kérj tőle, ha valamilyen kellemetlenséget okoztál neki, valamint, hogy megmondd, hogy a jövőben majd megpróbálsz kevesebb kellemetlenséget okozni.

19. táblázat: Segédlet a kapcsolati minőségek terén történő eligazodáshoz (Forrás: Segar, 1997, p. 37)

Kiemelten fontos annak a jelzőrendszernek a megerősítése, ami érdemben reagálni képes a tanulót ért bántalmazásra. Ugyanakkor nem csupán a pedagógust kell felkészíteni a kompetens közbeavatkozásra, hanem a tanulót is a jelzés megtételére. A kutatás limitációi közt merül fel, hogy az autizmussal élő tanulók vajon hasonlóképpen azonosítják-e a bullying jelenségét, mint ahogy az az általános érvényű megfogalmazásokban szerepel. Ez azonban korántsem csak a kutatás módszertanát érintő dilemma, hanem a gyakorlatban kivitelezhető bullying-prevenció és intervenció sarkalatos pontja is. Az elérhető és hatékony jelzőrendszer működtetésének

előfeltétele, hogy a tanuló tisztában legyen azzal, hogy mikor éri őt bántalmazás, melyek azok az őt érő hatások, amik bántalmazásként nevesíthetőek, valamint kiket és milyen formában érdemes bevonni a probléma kezelésébe. A jelzésadás egyik lehetséges eszköze a „zaklatás doboz", ami egy, az iskolában kihelyezett postaládaként segíti az autizmusban érintett tanulót abban, hogy kommunikálja az őt ért bántalmazást (Zaklatás Tájékoztató Autizmussal élő Fiatalok számára). Kutatási eredményeink mentén hangsúlyozandó, hogy nem kevésbé fontos azoknak az érzéseknek a felismerését és tudatosítását segíteni, melyek a bántalmazás kapcsán felmerülhetnek és elengedhetetlen a megküzdés szintjén segíteni az érintett tanulókat.

Kutatásunk kapcsán a serdülőkorú autizmusban érintett tanulók bullying-jellemzőit emeltük fókuszba abból kiindulva, hogy ez az életkor, illetve az iskolaváltás alapvetően újraírja a társkapcsolatok térképét és különösen megnöveli a bántalmazás kockázatát. Ennek ellenére az autizmussal élő serdülők bullying-prevenciója sem képzelhető el anélkül, hogy a korábbi életévekben ne történjenek célirányos lépések a zaklatás megelőzésére és megfékezésére nézvést. Amellett, hogy az alsó tagozatos tanulókkal szemben is tudatosságot igényel a bullying problémakezelése, a későbbi iskolaévekben is adaptálhatóak azok az eszközök és technikai megoldások, melyek a fiatalabb korosztály körében alkalmazhatóak. Lipcsey gyakorlati fókuszú munkájában az alábbi ajánlásokat teszi: (1) „őrangyalok" (kortárssegítők) kijelölése olyan kortársak személyében, akik fejlett szociális képességekkel rendelkeznek, a társas hierarchiában magas pozíciót töltenek be, és egyúttal képesek a többi kortárs befolyásolására, valamint jelzés megfogalmazására a pedagógus felé, (2) az autizmusban érintett tanulót bevonni az általa kedvelt elfoglaltságokba, illetve azokba a tevékenységekbe, amiben tehetséges az adott gyermek, (3) azokon a területeken, ahol jól teljesít az autizmusban érintett tanuló, a pozitív értékelés és elismerés motiváló erővel bír és az önbizalom, önértékelés erősödését eredményezheti, (4) bizonyos aktivitásokat, az iskola életéhez tartozó eseményeket (például farsangi ünnepség) nem javasolt kötelezővé tenni, célravezetőbb a tanulót a saját teherbírásához mérten bevonni ezekbe az aktivitásokba, (5) az órai munkába való bevonódást segítheti a frontális osztálymunka helyett vagy mellett a páros és kiscsoportos feldolgozás, illetve az, ha a pedagógus kezdetben a tanuló érdeklődését is számításba veszi a csoportos és páros munka felépítéséhez, (6) a szabadidő szervezése során olyan tevékenység preferálható, amiben az autizmusban érintett tanuló is sikereket érhet el, ugyanakkor csoportosan vagy párokban is kivitelezhető (Lipcsey, 2018). Nem meglepő módon az említett gyakorlati, konkrétumokat érintő ajánlások beilleszthetőek az inklúziós törekvések közé is.



16. ábra: Anti-bullying beavatkozások összefoglaló ábrája: lehetséges kiindulópont a gyakorlati tervezéshez

Említés szintjén meg kell emlékeznünk az autizmusban érintett felnőtteket érő bántalmazásról és az esetleges erőszakos bűncselekményekről is. Témánk szempontjából ez azért fontos, mert az iskolásévekben tapasztalt bullying nem izolált jelenség. Az a megállapítás, hogy az autizmusban érintett felnőttek körében nagyobb mértékű az érzelmi és verbális bántalmazás, élethosszon keresztül fennálló rizikóra hívja fel a figyelmet. Ennélfogva az autizmusban érintett felnőtt munkavállalóként vagy a közösség tagjaként is jelentősen profitálhat olyan programok megvalósításából, melyek a bántalmazás (mobbing) és bullying, illetve az ezzel kapcsolatos helyzetkezelés kérdését járják körül. Weiss és Fardella olyan program megvalósítását látja szükségesnek, mely eltérő kontextusban - otthoni, iskolai, munkahelyi, közösségi szinten - célozza meg az egészséges kapcsolati működés és az inklúzió igényének teljesülését. (Weiss & Fardella, 2018).

Mindezek értelmében az iskolai zaklatás befolyásolása során figyelmet érdemelnek a neurotipikus kortársak és az autizmusban érintett tanulók egyaránt, az aktív és a látszólag vagy ténylegesen passzív szereplők, az iskolapolgárok és a családi rendszer szereplői. Az univerzális prevenciós programok számos előnye hasznosulhat autizmusban érintett tanulók bullying-

prevenciója kapcsán is. Emellett azonban fontos számba venni azokat a specifikumokat, melyek az autizmusban érintett tanuló társas kapcsolataiból, azok nehézségeiből vagy hiányából adódhatnak. Habár hiányoznak az adaptált anti-bullying programok, léteznek olyan kezdeményezések (például képzett kortárs-mentorok, autizmusspecifikus mobil digitális technológia) és programok (például Fiona Speirs: Ö.T.V.E.N. Oktatási Program- Önismeret, Társas Viselkedés és Egészségnevelés Autizmussal élők számára), melyek közvetve befolyásolhatják a bullyingban való érintettséget azáltal, hogy az autizmus társkapcsolati vonatkozásira reagálnak. Ezzel együtt továbbra is sürgető, hogy a pedagógiai gyakorlatban további, célirányos lépések történjenek az autizmusban érintett tanulók bullying-prevenciójában. Az autizmussal élő tanulókat egységesen megcélzó programcsomag annyiban illuzórikus, hogy a spektrumszemlélet deklarálja a heterogenitást, ugyanakkor lehetséges és szükséges azoknak a technikáknak, módszereknek és megközelítéseknek az összegyűjtése, melyek figyelembe veszik az autizmus sajátosságait és a társkapcsolatokra gyakorolt hatásait. Habár egyelőre elenyésző számban publikáltak tudományos igényű hatásvizsgálatokat az anti-bullying programok sikerességével kapcsolatban, ez az igény akkor is vitathatatlan, ha autizmusban érintett tanulók számára kialakított beavatkozások tervezése és megvalósítása merül fel.

5.3.2. Pszichoaktív szerhasználat autizmussal élő személyek körében

Kutatásunk arra világított rá, hogy sem az alkoholfogyasztás, sem a dohányzás kapcsán nem mutatkozott jelentős érintettség az autizmussal élő tanulók körében. Ennek ellenére amennyiben az autizmussal élő személyek szerhasználati veszélyeztetettségét szeretnénk megismerni, fenntartásokkal kell kezelnünk mindazt, amit a szerhasználatot érintő rizikófaktorokról ezidáig megtudtunk a tipikusan fejlődő serdülők és felnőttek kapcsán (például azt, hogy a serdülőkori kortárskapcsolatok jelentős befolyással bírnak a szerhasználattal történő kísérletezés során). Fenn kell tartanunk annak lehetőségét, hogy a tipikusnak vélt szerhasználati karrier nem teljesen azonos módon jelentkezik az autizmussal élő személyek körében, ugyanakkor könnyelműen nagyvonalú következtetést vonnánk le, ha azt állítanánk, hogy az autizmusban érintett személyek védettséget élveznek az addikciókkal és a szerhasználattal összefüggő problémákkal szemben. Autizmus és pszichoaktív szerhasználat összefüggésében a nemzetközi szakirodalomban publikált közlemények jelentős része a felnőtt korosztály kapcsán fogalmaz meg kérdéseket és válaszokat. Mindezek alapján egy szűk réteget érintő klinikai jelenséggel állunk szemben, amivel kapcsolatban aligha rendelkezünk evidencialapú, konszenzusra épülő, protokolláris prevenciós vagy intervenciós megoldásokkal. Annak

ellenére, hogy serdülő tanulók mintáján nem bizonyult jelentősnek a szerhasználat kockázata, nem vethető el annak lehetősége, hogy a pszichoaktív szerhasználat olyan sajátos motivációk mentén jelent kockázatot, melyek az autizmus természetéhez köthetőek. Kronenberg és munkatársai utalnak arra, hogy általában véve a szerhasználat hátterében húzódhat pozitív megerősítés (öröm, eufória), negatív megerősítés (szorongás, depresszió, bizonytalanság leküzdése önmedikalizáción keresztül), de mindemellett kialakulhat az a típusú habituális, kompulzív szerhasználat is, amely során elhalványul a pozitív és negatív megerősítés jelentősége és automatizálódik a mechanizmus. A szerzők hangsúlyozzák, az autizmusban érintett szerhasználók a második típusba sorolhatóak, vagyis a negatív megerősítések játszanak főszerepet a szerhasználatban, mindenekelőtt a szorongás enyhítése a kapcsolatteremtés nehézségeinek leküzdése, a distressz csökkentése (Kronenberg, Goossens, van Busschbach, van Achterberg &van den Brink, W., 2015). Kronenberg és munkatársai circulus vitiosus-ként utalnak arra, ahogy a gondolatok és érzések átláthatatlansága (jumble of thoughts and emotions) egyre passzívabbá teszi az autizmusban érintett egyént, aminek következtében meggyengül a struktúra, fokozottabb szerhasználat válik jellemzővé, ez azonban ismételten átláthatatlan gondolatokat és érzéseket hív elő (Kronenberg et al., 2014). Lalanne és munkatársai arra hívják fel a figyelmet magasan funkcionáló autizmus kapcsán, hogy az alkoholfogyasztás felszínesen „elmaszkol" bizonyos autizmushoz tartozó tüneteket és jellegzetességeket, ami magyarázatul szolgálhat arra, hogy miért „aluldiagnosztizált" az addikció ebben a csoportban. A szerzők esettanulmányaikban olyan autizmussal összefüggő mechanizmusokat azonosítottak a szerhasználat kapcsán, mint a kognitív rugalmatlanság, vagy a változásokkal összefüggő szorongás, ami egyúttal a vulnerabilitást is alátámaszthatja (Lalanne et al., 2015). Kronenberg és munkatársai a teljes absztinencia célkitűzése mellett a csökkentett szerhasználat és a kontrollált alkoholfogyasztás célmeghatározását sem vetik el. Ugyanakkor fontosnak vélik bővíteni a viselkedésrepertoárt a szociális interakciókban való részvétel érdekében és kialakítani egy fenntartható struktúrát. (Kronenberg et al., 2014). Arnevik és Helverschou azt emelik ki, hogy a szerhasználati problémák kezelésében elterjedt és hatékonynak tartott közösségi alapú megközelítések, a csoportterápiák és a tizenkét lépéses programok szerint működő önsegítő csoportok nem tekinthetőek sikeresnek az autizmusban érintett egyének addiktológiai problémáinak kezelésében. Előfordulhat, hogy ez a megközelítés és az elvárt részvétel szorongást és a harag érzését provokálja, így az autizmusban érintett személy nagy eséllyel „lemorzsolódik" a közösségi alapon működő felépülési programokból. A csoportaktivitásra való szocializálás kudarca tévesen úgy interpretálható, mint a felépülési motiváció vagy az együttműködés hiánya. Ami az autizmusban érintett személy

zárkózottságaként, elszigetelődéseként értelmezhető a csoport többi résztvevője számára, az egyben frusztrációt ébreszt, növeli a reménytelenség érzését a többi páciens részéről is, ez pedig kudarcként könyvelhető el és megnövekszik annak esélye, hogy az autizmusban érintett személy kilép az adott kezelésből, addiktológiai vonatkozásban állapota tovább romlik. Az egyéni intervenció elsőbbséget élvez a csoportos és közösségi megközelítésekkel szemben Annak ellenére, hogy nem ismert olyan protokoll, mely kifejezetten autizmusban érintett személyek addiktológiai kezelését körvonalazná, ígéretesek lehetnek a viselkedésterápiák a szermentesség motivációjának fenntartásában, a nemet mondáshoz és a szer elutasításához szükséges képességek kifejlesztésében, a sóvárgással és triggerekkel való megküzdésben, a szerhasználatot pótló konstruktív tevékenységek felépítésében, a problémamegoldó képességek fejlesztésében és a jobb minőségű interperszonális kapcsolatok kialakításában. Nagy támogatottságnak örvend a kognitív viselkedésterápia. Csakúgy, mint az autizmus, az addiktológiai kórképek is hosszú távú kezelést, figyelmet igényelnek, így az egészségügyi alapellátás és szakellátás összehangolt munkáját is megkívánják a jövőben (Arnevik & Helverschou, 2016).

Habár a részletezett gyakorlati javaslatok nagyrészt a felnőttkorba lépett, addiktológiai problémákban érintett autizmussal élő személyek intervenciójára nézvést tekinthetőek iránymutatónak, közvetve kapcsolatba hozhatóak a serdülőkorú autizmusban érintett tanulók szerhasználati érintettségével is. Amennyiben a klinikai jelentőségű addiktológiai kórképekkel kapcsolatosan részletezett intervenciós megfontolásokat „visszafejtjük”, a prevenció számára is átgondolandó szempontok mutatkoznak meg. A szerhasználat önmedikalizációs hipotéziséből kiindulva a primer affektív tünetek kezelése és befolyásolása jelentheti a prevenció egyik mérföldkövét. Másrészt a pszichoaktív szerekkel, azok hatásával, a fogyasztás rizikójával kapcsolatos edukáció talán nagyobb hatásfokkal alkalmazható autizmussal élő gyermekeknél és serdülőknél, mint a neurotipikus tanulók körében, akik számára ez a fajta edukatív prevenciós megközelítés befogadhatatlanul didaktikusnak hat. Az önmedikalizációs hipotézis mellett az elvárás elméleti modell lehet egyfajta teoretikus magyarázóelv az autizmussal élő személyek pszichoaktív szerhasználatához kapcsolódóan (Clarke et al., 2015). Abból kifolyólag, hogy a remélt és elvárt hatásokra épülően rögzülhet a szerfogyasztás, szintén fontos szerephez juthat az edukatív hangsúlyú prevenció. Mindemellett fontos a szerhasználat elvárt hatásaihoz illeszthető viselkedésalternatívák feltérképezése és megerősítése, valamint az erőforrásokra építkező viselkedésmenedzsment. Ezen felül a szerfogyasztási kultúra és „etikett” kialakítása, a struktúrába ágyazás azt támogathatja, hogy az alkoholfogyasztás jól

meghatározott funkciók mentén és kontrollált mennyiségben történjék. Habár hiánypótló lehet az autizmussal élő tanulók egészségnevelésének részeként a prevenciós alapelvek és stratégiák körvonalazása, valószínű, hogy a részleteiben kidolgozott és deklarált prevenciós programok helyett célravezetőbb olyan autizmusspecifikus prevenciós „kontúrok” megrajzolása, mely teret enged az egyéni sajátosságok figyelembevételének.

Felhasznált irodalom

Adams, R., Fredstrom, B. K., Duncan, A. W., Holleb, L. J., & Bishop, S. L. (2014): Using Self- and Parent-Reports to Test the Association Between Peer Victimization and Internalizing Symptoms in Verbally Fluent Adolescents wit ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(4), 861-872.

Adams, R., Taylor, J., Duncan, A., & Bishop, S. (2016): Peer Victimization and Educational Outcomes in Mainstreamed Adolescents with Autism Spectrum Disoreder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(11), 3557-3566.

Almássy Á. (szerk.) (2007): *Pszichológiai lexikon*. Budapest: Helikon Kiadó.

Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002): Human Aggression. *Annual Review of Psychology,53*, 27-51.

Arnevik, E. A., & Helverschou, S. B. (2016): Autism Spectrum Disorders and Co-occuring Substance Use Disorder – A Systematic Review. *Substance Abuse: Research and Treatment,10*, 69-75.

Aronson, E. (2008): Az emberi agresszió. In: Aronson, E.: *A társas lény* (pp. 253-296). Budapest: Akadémiai Kiadó.

A sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelvei. (letöltés helye: https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/kerettanterv/SNI_iranyelvek.docx, letöltés ideje: 2020.06.11.)

Ábrahám A., Stefanik K., & Őszi T-né (2018): Autizmus spektrum zavarral élő gyerekek és fiatalok együttnevelésének főbb kérdései. *Gyógypedagógiai Szemle, 46*(3), 196-214.

Bauminger, N., & Kasari, C. (2000): Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Development. 71*(2), 447-456.

Baron-Cohen, S., & Bolton, P. (2000): *Autizmus.* Budapest: Osiris.

Barney, T. (2004): Asperger syndrome from childhood into adulthood. *Advances in Psychiatric Treatments, 10*(5) 341-351.

Bácskai E., Gerevich J., Matuszka B., & Czobor P. (2012a): Agresszió és Viktimizáció Skála. In: Gerevich J., Bácskai E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek* (pp. 201-209). Budapest: Semmelweis Kiadó.

Bácskai E., Gerevich J., Matuszka B., & Czobor P. (2012b): Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív. In: Gerevich J., Bácskai E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek* (pp. 192-200). Budapest: Semmelweis Kiadó.

Bácskai E., Gerevich J., Matuszka B., & Czobor P. (2012c): Pozitív Viselkedési Skála. In: Gerevich J., Bácskai E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek* (pp. 210-218). Budapest: Semmelweis Kiadó.

Báthory Z., & Falus I. (1997): *Pedagógiai lexikon I-III.* Budapest: Keraban Könyvkiadó.

Begeer, S., Fink, E., van der Meijden, S., Goossens, F., & Olthof, T. (2016): Bullying-related behaviour in a mainstream high school versus a high school for autism: Self-report and peer report. *Autism, 20*(2) 562-571.

Berdondini, L., & Smith, P. K. (1996): Cohesion and power in the families of children involved in bully/victim problems at school: An Italian replication. *Journal of Family Therapy*, *18*(1), 99-102.

Berger, K. S. (2007): Update on bullying at school: science forgotten? *Developmental Review, 27*(1), 90-126.

Birkás E., Lakatos K., Tóth I., & Gervai J. (2008): Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel I: A Strenghts and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica, 23*(5), 358-265.

Bognár V., Dr. Bíró A., & Marossy-Dévai Z. (2009): Az autizmussal diagnosztizált népesség az egészségügyi és a közoktatási rendszerben. Kutatási jelentés. In: Petri G., & Vályi R. (szerk.): *Autizmus-Tény-Képek* (pp. 11-116). Budapest: Autisták Országos Szövetsége; Jelenkutató Alapítvány.

Bowers, K., Smith, P. K., & Binney, V. (1994): Perceived family relationships of bullies, victims, and bully/victims in middle childhood. *Journal of Social and Personal Relationships, 11*(2), 215-232.

Brown, S. A., Christiansen, B. A., & Goldman, M. S. (1987): The Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol, 48*(5), 483-491.

Buda M. (2015): *Az iskolai zaklatás*. Debrecen: Debreceni Egyetem Kiadó.

Buda M. (2008): Iskolai erőszak, iskolai zaklatás. *Fordulópont, 10*(3), 11-25.

Buss, A. H. (1961): *The psychology of aggression*. New York: Wiley.

Buss, A. H., & Perry, M. (1992): The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452-459.

Butwicka, A., Langström, M., Larsson, H., Lundström, S. Serlachius, E., Almqvist, C., Frisén, L., & Lichtenstein, P. (2017): Increased Risk for Substance Use-Related Problems in Autism Spectrum Disorders: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(1), 80-89.

Cappadocia, M. C., Weiss, J. A., & Pepler, D. (2012): Bullying Experiences Among Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(2), 266-277.

Carter, E. W., Asmus, J., Moss, C. K., Cooney, M., Weir, K., Vincent, L., & Fesperman, E. (2013): Peer network strategies to foster social connections among adolescents with and without severe disabilities. *Teaching Exceptional Children, 46*(2), 51–59.

Csepregi A. & Stefanik K. (2012): *Autizmus spektrum zavarral élő gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

Chou, W-J., Hsiao, R. C., Ni, H-C., Liang, S. H-Y., Lin, C-F., Chan, H-L., Hsieh, Y-H., Wang, L-J., Lee, M-J., Hu, H-F., & Yen, C-F. (2019): Self-Reported and Parent-Reported School Bullying in Adolescents with High Functioning Autism Spectrum Disorder: The Roles of Autistic Social Impairments, Attention Deficit/Hyperactivity and Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(7), 1116. doi: 10.3390/ijerph16071117

Clarke, T., Tickle, A., & Gillot, A. (2016): Substance use disorder in Asperger syndrome: An investigation into the development and maintenance of substance use disorder by individuals with a diagnosis of Asperger syndrome. *The International Journal on Drug Policy, 27*, 154-163.

Clements, J., & Zarkowska, E. (2007): *Viselkedésproblémák és autizmus spektrum zavarok*. Budapest: Kapocs Kiadó.

Copeland, S. R., Hughes, C., Carter, E. W., Guth, C., Presley, J. A., Williams, C. R., & Fowler, S. E. (2004): Increasing access to general education: Perspectives of participants in a high school peer support program. *Remedial and Special Education, 25*(6), 342–352.

Cummings, J. G., Pepler, P., Mishna, F., & Craig, W. (2006): Bullying and victimization among students with exceptionalities. *Exceptionality Education, 16*(2), 193–222.

Crick, N. R. (1995): Relational aggression: the role of intent attributions, feelings of distress and provocation type. *Development and psychopathology. 7*, 313-322.

Czobor P., Bácskai E., Öberg, D., Haack, M-J., & Gerevich J. (2012): Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja. In: Gerevich J., Bácskai E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek* (pp. 22-36). Budapest: Semmelweis Kiadó.

de Alwis, D., Agrawal, A., Reiersen, A. M., Constantino, J. N., Henders, A., Martin, N. G., & Lynskey, M. T. (2014): ADHD symptoms, autistic traits, and substance use and misuse in adult Australian twins. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75*(2), 211-221.

Dodge, K. A. (1991): The structure and function of reactive and protective aggression. In: Pepler, D. J. & Rubin, H. (szerk.): The development and treatment of children aggression (pp. 210-218). Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Hilsdale.

Dóczi-Vámos G. (2016): Az iskolai erőszak és zaklatás megelőzésére és visszaszorítására irányuló beavatkozási programok metaelemzése. *Neveléstudomány, 4*(2), 67-79.

Dóczi-Vámos G. (2017): Az iskolai agresszió fogalmi köre – egy lehetséges rendszerezés. *Neveléstudomány, 5*(4), 68-80.

Dubin, N. (2007): *Asperger Syndrome and Bullying. Strategies and Solution*. London: Jessica Kingsley Publishers.

DuPaul, G. J., Anastopoulus, A. D., Powe, T. J., Reid, R., Ikeda, M. J., & McGoey, K. E. (1998): Parent Ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms: Factor Structureand Normative Data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20*(1), 83-102.

Egri T. (2016): Agresszió az iskolában. Bullying a fogyatékos tanulók körében (Doktori (PhD) értekezés). Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest.

Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2003a): *Bullying in American Schools: A Social-Ecological Perspective on Prevention and Intervention.* New Yersey: Lawrence Erlbaum Assiciates Inc.

Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2003b): Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review, 32*(3), 365-383.

Falus I. (szerk.) (1993): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Budapest: Keraban Könyvkiadó.

Faries, D. E., Yalcin, I., Harder, D., & Heiligenstein, J. H. (2001): Validation of the ADHD Rating Scale as a clinican administered and scored instrument. *Journal of Attention Disorders, 5*(2), 107-117.

Farrell, A. D., Meyer, A. L., Kung, E. M., & Sullivan, T. N. (2001): Development and evaluation of schoolbased violence prevention programs. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(1), 207–220.

Farrington, D. P. (1991): Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later-life outcomes. In: Pepler, D. J., & Rubin, K. H. (szerk.). *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 5-29). Erlbaum, Hilsdale.

Figula E. (2004a): Bántalmazók és bántalmazottak az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle, 54*(7-8), 223-228.

Figula E. (2004b): Az iskolai erőszak jelenségének feltárása, a tanulók érintettségének, szerepviselkedésének elemzése egy vizsgálat tükrében. *Alkalmazott pszichológia, 6*(4) 19-35.

Figula E., Margitics F., Pauwlik Zs., & Szatmári Á. (2011): Iskolai erőszak: az áldozat, támadó és provokatíváldozat-magatartásminta családszocializációs háttértényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 12*(1), 47-72.

Finn, K. (2008): *An Evaluation of the Olweus Bullying Prevention Program Hempstead*. New York: Hofstra University.

Fisher, M. H., & Taylor, J. L. (2016): Let's talk about it: Peer victimization experiences as reported by adolescents with autism spectrum disorder. *Autism, 20*(4), 402-411.

Fortuna, R. J., Robinson, L., Smith, T. H., Meccarello, J.,Bullen, B., Nobis, K., & Davidson, P. W. (2015): Health Conditions and Functional Status in Adults with Autism: A Cross-Sectional Evaluation. *Journal of General Internal Medicine, 31*(1), 77-84.

Földes P., & Lannert J. (2009): Az iskolai agresszió arcai: tények és teendők. *Új Pedagógiai Szemle, 59*(11), 3-16.

Frissültek a sajátos nevelési igényű (SNI), köztük az autizmussal élő gyermekek óvodai és iskolai nevelését, oktatását meghatározó kerettantervek és irányelvek (letöltés helye: http://aosz.hu/frissultek-a-sajatos-nevelesi-igenyu-sni-koztuk-az-autizmussal-elo-gyermekek-ovodai-es-iskolai-neveleset-oktatasat-meghatarozo-kerettantervek-es-iranyelvek/, letöltés ideje: 2020.06.11.)

Furlong, M., & Morrison, G. (2000): The school in school violence: Definitions and facts. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*(2), 71–81.

Fülöpné Böszörményi A. (2003): Agresszió a gyermekintézményekben. *Új Pedagógiai Szemle, 53*(1), 23-35.

Gerevich, J., Bácskai E., Matuszka B., & Czobor P. (2012a): Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála. In: Gerevich J., & Bácskai E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek* (pp. 135-140). Budapest: Semmelweis Kiadó, Budapest.

Gerevich J., Bácskai E., Matuszka B., & Czobor P. (2012b): Figyelemhiányos Hiperaktítvitás Zavar (ADHD) Skála. In: Gerevich J., & Bácskai E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek* (pp. 149-158). Budapest: Semmelweis Kiadó.

Gerevich J., Bácskai E., Matuszka B., & Czobor P. (2012c): Képességek és Nehézségek Kérdőív. In: Gerevich J., & Bácskai E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek* (pp. 159-169). Budapest: Semmelweis Kiadó.

Goodman, R. (2001): Psychometric Properties of the Strenghts and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1337-1345

Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010): When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(8), 1179–1191.

Gorman-Smith, D., Tolan P. H., Zelli, & A. Huessmann, L. R. (1996): The relation of family functioning to violence among inner-city minority youth. *Journal of Family Psychology, 10*(2), 115-129.

Halász G. (2013): *Az oktatáskutatás globális trendjei*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Hannah, L. (2010): *Te is tudod! – Hogyan foglalkozzunk autizmussal élő kisgyermekekkel?* Budapest: Geobook.

Harrower, J. K., & Dunlap, G. (2001): Including children with autism in general education settings. *Behavior Modification, 25*(5), 762–784.

Hárdi I. (2010): Az agresszió világa. Az agresszió fogalma, jelenségtana, elméletei. In: Hárdi István (szerk.): *Az agresszió világa* (pp. 17-80). Budapest: Medicina Könyvkiadó.

Helverschou, S. B., Brunvold, A. R., & Arnevik, E. A. (2019): Treating Patients with Co-occuring Autism Spectrum Disorder and Substance Use Disorder: A Clinical Explorative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment, 13,* 1-10.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Bourdin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998): *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.

Hill, A. P., Zuckerman, K. E., Hagen, A. D., Kriz, D. J., Duvall, S. W., van Santen, J., Nigg, J., Fair, D., & Fombonne, E. (2014): Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: Prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*(9), 1121-1133.

Huesmann, L. R., & Eron, L. D. (1989): Individual differences and the trait aggression. *European Journal of Personality, 3*, 95-106.

Hughes, C., Carter, E. W., Hughes, T., Bradford, E., & Copeland, S. R. (2002): Effects of instructional versus non-instructional roles on the social interactions of high school students. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 37*(2), 146–162.

Humphrey, N. (2008): Including pupils with autistic spectrum disorders in mainstream schools. *Support for Learning, 23*(1), 41–47.

Humphrey, N., & Symes, W. (2011): Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. *Autism, 15*(4), 397–419.

Iizuka, C., Yamashita, Y., Nagamitsu, S., Yamashita, T., Araki, Y., Ohya, T., Hara, M., Shribuya, I., Kakuma, T., & Matsuishi, T., (2009): Comparison of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores between children with high-functioning autism spectrum disorder

(HFASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). *Brain and Development, 32*(8), 609-612.

Jargin, S. V. (2017): Child abuse, autism spectrum disorder and alcohol overconsumption: possible cause-effect relationships. *Psychiatria Danubia, 29*(2), 94-95.

Kelly, A. B., Garnett, M. S., Attwood, T., & Peterson, C. (2008): Autism Spectrum Symptomatology in Children: The Impact of Family and Peer Relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(7), 1069-1081.

Kent, M. (2007): *The Oxford Dictionary of Sports Science and Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Keszi R., Kiss L., Pál J., & Papp G. (2011): Autista gyermekek a mai magyar közoktatásban. *Kapocs, 10*(3), 30-46.

Khantzian, E. J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry,* 142(11), 1259-1264.

Khantzian, E. J. (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231-244.

Khor, A. S., Melvin, G. A., Reid, S. C., & Gray, K. M. (2014): Coping, Daily Hassles and Behavior and Emotional Problems in Adolescents with High-Functioning Autism/Asperger's Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(3), 593-608.

Kloosterman, P. H., Kelley, E. A., Craig, W. M., Parker, J. D. A., & Javier, C. (2013): Types and experiences of bullying in adolescents with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(7), 824-832.

Kőszeghy A. (2010): School Bullying: The Problems of Internalizing Consequences for Participants in the Literature of the USA. *Practice and Theory in Systems of Education, 5*(3), 257-262.

Kronenberg, L. M., Goossens, P. J. J., van Busschbach, J., van Achterberg, T., & van den Brink, W. (2015): Coping styles in substance use dosorder (SUD) patients with and without co-occuring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry. 15*. doi: 10.1186/s12888-015-0530-x

Kronenberg, L. M., Slager-Visscher, K., Goossens, P. J. J., van den Brink, W., & van Achterberg, T., (2014): Everyday life consequences of substance use in adults patients with a substance use disorder (SUD) and co-occuring attention deficit/hyperactivity disorder or autism spectrum disorder (ASD): a patient's perspective. *BMC Psychiatry, 14*. doi: 10.1186/s12888-014-0264-1

Kyriakides, L., Kaloyirou, C., & Lindsay, G. (2006): An analysis of the Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire using the Rasch measurement model. *British Journal of Educational Psychology, 76*(4), 781-801.

Lalanne, L., Weiner, L., Trojak, B., Berna, F., & Bertschy, G. (2015): Substance-use disorder in high-functioning autism: clinical and neurocognitive insights from two case-reports. *BMC Psychiatry, 15*. doi: 10.1186/s12888-015-0541-7

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986): Coping and adaptation. In: Gentry, W. D. (szerk.): *The handbook of behavioral medicine* (pp. 235-312). New York: Guilford.

Lee, T., & Cornell, D. (2010): Concurrent Validity of the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Journal of School Violence. 9*(1), 56-73.

Liu M. J., Ma L. Y., Chou W. J., Chen Y. M., Liu T. L., Hsiao R. C., Hu H. F., & Yen C. F. (2018): Effects of theory of mind performance training on reducing bullying involvement in children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder. *PLoS One, 13*(1), doi: 10.1371/journal.pone.0191271

Little, L. (2001): Peer victimization of children with Asperger spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(9), 995-1006.

Loeber, R., & Dishion, T. (1983): Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin, 94*(1), 68-99.

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017): What is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56*(6), 466-474.

Lung, F-W., Shu, B-C., Chiang, T-L., & Lin, S-J. (2019): Prevalence of bullying and perceived happiness in adolescents with learning disability, intellectual disability, ADHD, and autism spectrum disorder. *Medicine. 98*(6), doi: 10.1097/MD.0000000000014483

Mangerud, W. L., Bjerkeset, O., Holmen, T. L., Lydersen, S., & Indredavik, M. S. (2014): Smoking, alcohol consumption, and drug use among adolescents with psychiatric disorders compared with a population based sample. *Journal of Adolescence, 37*(7), 1189-1199.

Margitics F., Figula E., Pauwlik Zs., Szatmári Á. (2010): A szülői bánásmód hatása az iskolai erőszakkal kapcsolatban előforduló magatartásmintákra. *Magyar pedagógia, 110*(3), 211-238.

Marjai K. (2019a): Autizmusban érintett tanulók körében alkalmazható anti-bullying megközelítés egy szakirodalmi áttekintés tükrében. *Acta Medicinae et Sociologica, 10*(28), 95-109.

Marjai K. (2019b): Rejtve maradók: Autizmusban érintett tanulók és a bullying. In: Karlovitz J. T. (szerk.): *Tanulmányok a tanügy és az oktatástan világából* (pp 15-22). Budapest: Neveléstudományi Egyesület.

Matuszka B. (2015): Egyes internalizációs és externalizációs tünetek vizsgálata a szerhasználati problémák kialakulása szempontjából veszélyeztetett serdülők és fiatal felnőttek körében (Doktori (PhD) értekezés). Semmelweis Egyetem, Budapest.

Mercati, O., & Chaste, P. (2015): From Autism to Autism Spectrum Disorders. In: Leboyer, M., Chaste, P. (szerk.): *Autism Spectrum Disorders. Phenotypes, Mechanisms and Treatments* (pp. 1-4). Basel: Karger.

Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2008): *Autizmus spektrum zavarok TEACCH szemléletű megközelítése*. Budapest: Kapocs Könyvkiadó.

Metzig, K., & Schuster, M. (2010): Agresszió az iskolában. Elméleti háttér, előfordulás, beavatkozás és megelőzés. In: Hárdi I. (szerk.): *Az agresszió világa* (pp. 223-250). Budapest: Medicina Könyvkiadó.

Méhes K., & Stefanik Krisztina (2017): Úton-útfélen...: autizmussal élő középiskolás diákok szociometriai helyzete és viktimizációja. In: Zsolnai A., & Kasik L. (szerk.). *Új kutatások a*

neveléstudományokban 2016. A tanulás és nevelés interdiszciplináris megközelítése (pp. 103–112) Szeged: SZTE BTK Neveléstudományi Intézet; MTA Pedagógiai Bizottság.

Milton, D. (2012): On the ontological status of autism: the 'double empathy problem'. *Disability and Society, 27*(6), 883-887.

Montes, G., & Halterman, J. S. (2007): Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: a population-based study. *Ambulatory Pediatrics, 7*(3), 253-257.

Mulligan, R. C., Reiersen, A. M., & Todorov, A. A. (2014): Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autistic Traits, and Substance Use Among Missouri Adolescents. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, 2*(2), 86-92.

Nabuzoka, D. (2003): Teacher ratings and peer nominations of bullying and other behavior of children with and without learning difficulties. *Educational Psychology, 23*(3), 307–321.

Nagy J. (2000): *XXI.század és nevelés*. Budapest: Osiris Kiadó.

Novin, S., Broekhof, E., & Rieffe, C. (2019): Bidirectional relationships between bullying, victimization and emotion experience in boys with and without autism. *Autism,* 23(3), 796-800.

Oei, T. P. S., & Baldwin, A. R. (1994): Expectancy theory: A two process model of alcohol use and abuse. *Journal of Studies on Alcohol, 55*(5), 525-534.

Oláh, A. (1995): Coping strategies among adolescents. A cross cultural study. *Journal of Adolescence, 18*(4), 491-512.

Olweus, D. (1973): Personality and Aggression. In: Cole, J. K., & Jensen, D. D. (szerk.): *Nebraska symposium on motivation* (pp. 261-321). Lincoln: University of Nebraska Press.

Olweus, D. (1978): *Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*. Washington D. C.: Hemisphere Publishin Corporation.

Olweus, D. (1999): Az iskolai zaklatás. *Educatio, 8*(4), 717-739.

Orpinas, P., & Frankowski, R. (2001): The Aggression Scale: A self-report measure of aggressive behavior for young adolescents. *The Journal of Early Adolescence, 21*(1), 50-67.

Orpinas, P. (2009): *Measurement Manual: Aggression, Victimization and Social Skills Scales*. Georgia: University of Georgia.

Őszi T-né (2016): *Ajánlások az autizmus-specifikus alapszolgáltatások kialakításához a köznevelésben. Működésük minimális és optimális szakmai feltételrendszere*. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. Autisták Országos Szövetsége.

Paksi B. (2010): Az iskolai agresszió előfordulása és intézményi percepciója. *Új Pedagógiai Szemle, 60*(1-2), 119-134.

Palmqvist, M., Edman, G., & Bölte, S. (2014): Screening for substance use disorders in neurodevelopmental disorders: a clinical routine? *European Child and Adolescent Psychiatry, 23*(5), 365-368.

Pauwlik Zs., Margitics F., Figula E., & Szatmári Á. (2012): Iskolai erőszak: a beavatkozó szemlélő magatartásforma családi szocializációs háttértényezői. *Új pedagógiai szemle, 62*(7-8), 213-228.

Parti K. (2016): A megfélemlítés (bullying) szabályozása Magyarországon és külföldön. *In Medias Res*, *5*(1), 114-146.

Pepler, D. J. (2006): Bullying interventions: A binocular perspective. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *15*(1), 16–20.

Pléh Cs., & Boross O. (2013): *Pszichológia*. Budapest: Akadémiai Kiadó Zrt.

Prendeville, J. A., Prelock, P. A., & Unwin, G. (2006): Peer play interventions to support the social competence of children with autism spectrum disorders. *Seminars in Speech and Language*, *27*(1), 32-46.

Ramos, M., Boada, L., Moreno, C., Llorente, C., Romo, J., & Parellada, M. (2013): Attitude and risk of substance use in adolescents diagnosed with Asperger syndrome. *Drug and Alcohol Dependence. 15*, 183-188.

Ranschburg J. (1998): *Félelem, harag, agresszió*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.

Rengit, A. C., McKowen, J. W., O'Brien, J., Howe, Y. J., & McDougle, C. J. (2016): Brief Report: Autism Spectrum Disorder and Substance Use Disorder: A Review and Case Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(7), 2514-2519.

Révész Gy. (2007): Erőszak az iskolában. In: Péley B., & Révész Gy. (szerk.): *Autonómia és identitás. Tanulmányok Kézdi Balázs 70. születésnapjára* (pp.162-179). Pécs: Pannónia Könyvek.

Rieffe, C., Camodeca, M., Pouw L. B. C., Lange, A. M. C., & Stockmann, L. (2012): Don't anger me! Bullying, victimization, and emotion dysregulation in young adolescents with ASD. *European Journal of Developmental Psychology*, *9*(3), 351–370.

Rowley E., Chandlar S., Baird G., Simonoff E., Pickles A., Loucas T., & Charman T. (2012): The experience of friendship,victimization and bullying in children with an autism spectrum disorder: Associations with child characteristics and school placement. *Research in Autism Spectrum Disoders*, *6*(3), 1126-1134.

Santosh, P. J., & Mijovic, A. (2006): Does pervasive developmental disorder protect children and adolescents against drug and alcohol use? *European Child and Adolescents Psychiatry*, *15*(4), 183-188.

Sarchiapone, M., Jaussent, I., Roy, A., Carli V., Guillaume, S., Jollant, F., Malafosse, A., & Courtet, P. (2009): Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior – via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *European Psychiatry*, *24*(1), 57-62.

Schaffer, H. R. (1996): *Social development*. Oxford: Blackwell.

Schmidbauer, W. (2007): *Pszichológiai lexikon*. Budapest: Holnap Kiadó.

Schroeder J. H., Cappadocia M. C., Bebko J. M., Pepler D. J., & Weiss J. A. (2014): Shedding Light on a Pervasive Problem: A Review of Research on Bullying Experiences Among Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(7), 2011-2018.

Segar, M. (1999): *Életvezetési útmutató Asperger szindrómában szenvedő emberek számára* (p. 37). Budapest: Kapocs Kiadó.

Sillamy, N. (1997): *Pszichológiai lexikon*. Budapest: Corvina Kiadó.

Sizoo, B., van den Brink, W., Koeter, M., van Gorissen, E. M., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2009): Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid substance use disorder: prevalence, risk-factors and functional disability. *Drug and Alcohol Dependence, 107*(1), 44-50.

Soderstrom, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2002): Temperament and character in adults with Asperger syndrome. *Autism the International Journal of Research and Practice, 6*(3), 287-297.

Sofronoff, K., Dark, E., & Stone, V. (2011): Social vulnerability and bullying in children with Asperger syndrome. *Autism: The International Journal of Research and Practice, 14*(3), 355-372.

Somfai B. (2009): „Bullying", azaz iskolai erőszak. *Jura, 15*(1), 184-188.

Ståhlberg, O., Nilsson, T., Lundström, S., & Anckarsäter, H. (2015): Autism Spectrum Disorders and Coexisting Mental Health Problems. In: Leboyer, M., & Chaste, P. (szerk.): *Autism Spectrum Disorders. Phenotypes, Mechanisms and Treatments* (pp. 5-19). Basel: Karger.

Stefanik K., & Havasi Á. (2016): Kivitelezhető? Kihívások és sikerek az autizmussal élô gyermekek integrációjában. In: *„Tudós tanárok - tanár tudósok": Fókuszban a tanulás és a tanítás értékelése: Konferenciaprogram az előadások tartalmi összefoglalóival* (pp. 68-69). Budapest: ELTE Tanárképző Központ.

Stefanik K., & Őszi T-né (2011): Autizmussal élő gyermekek többségi iskolában. Inkluzív nevelés vagy túlélési gyakorlat? In: Hegedűs J., Kempf K. & Németh A. (szerk.): *Közoktatás, pedagógusképzés, neveléstudomány – a múlt értékei és a jövő kihívásai: XI. Országos Neveléstudományi Konferencia, program és összefoglalók* (p. 299). Budapest: MTA Pedagógiai Bizottság.

Sterzing, P. R., Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Wagner, M., & Cooper, B. P. (2012): Bullying involvement and autism spectrum disorders: prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 11*(1-7), 1058-1064.

Sterzing, P. R., Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Wagner, M., & Cooper, B. P. (2013): Prevalence and Correlates of Bullying Involvement among Adolescents with an Autism Spectrum Disorder *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 166*(11), 1058-1064.

Swearer, S. M., & Doll, B. (2001): Bullying in schools: An ecological framework. *Journal of Emotional Abuse, 2*(1), 7–23.

Szabó D. (2015): Utazó gyógypedagógiai szolgáltatás a résztvevők oldaláról. A Közép-magyarországi régióban végzett interjús vizsgálat tapasztalatai. *Iskolakultúra, 25*(5-6), 74-92.

Thornberry, T.P. (1994): *Violent families and youth violence*. Washington D.C.: Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Tolan, P. H., Cromwell, R. E., & Braswell, M. (1986): The application of family therapy to juvenile delinquency: A critical review of the literature. *Family Process, 25*, 619-649.

Tremblay, R. E., Hartup, W. W., & Archer, J. (szerk.) (2005): *Developmental Origins of Aggression.* New York: The Guilford Press.

Turi E., Gervai J., Áspán N., Halász J., Nagy P., & Gádoros J. (2013): A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *Psychiatria Hungarica,* 28(2), 165-179.

Turi E., Tóth I., & Gervai J. (2011): A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica, 26*(6), 415-425.

Vajda Zs. (1999): Mi van a gyermekek és fiatalok agresszivitásának hátterében? *Educatio, 8*(4), 694-705.

van Roekel E., Scholte R. H., & Didden R. (2010): Bullying among adolescents with autism spectrum disorders: prevalence and perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(1), 63-73.

Vassné Figula E., Margitics F., Pauwlik Zs., & Madácsi M. (2008): *Iskolai Erőszak Kérdőív (felhasználó kézikönyv)*. Nyíregyháza: Krúdy Könyvkiadó.

Vassné Figula E., Margitics F., Nagy J., Barcsa L-né, Madácsi M., Pauwlik Zs., & Rozgonyi T-né (2009): Az iskolai erőszakkal kapcsolatban előforduló magatartásminták vizsgálata általános és középiskolás diákoknál. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 10(2), 77-110.

Várnai D., Zsíros E., & Németh Á. (2016): A kortársbántalmazás mint népegészségügyi probléma. *Egészségfejlesztés,* 57(4), 12-24.

Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-Smith, M., King, B., McCracken, J., & State, M. (2015): *Gyakorlati útmutató az autizmus spektrum zavarral élő gyerekek és serdülők felméréséhez és kezeléséhez*. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft.

Voors, W. (2000): *The Parents Book about Bullying: Changing the Course of Your Child's Life*. Minneapolis: Hazelden.

Vreeman, R. C., & Carroll, A. E. (2007): A Systematic Review of School-Based Interventions to Prevent Bullying. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 161*(1), 78–88.

Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., Tint, A., & Pepler D. (2015): Bullying Victimization, Parenting Stress, and Anxiety among Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research, 8*(6), 727-737.

Weiss, J. A., & Fardella, M. A. (2018): Victimization and Perpetration Experiences of Adults with Autism. *Frontiers in Psychiatry, 9*, doi: 10.3389/fpsyt.2018.00203

Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2005): *The Effectiveness of School-Based Violence Prevention Programs for Reducing Disruptive and Aggressive Behavior*. Nashville: Center for Evaluation Research and Methodology Institute for Public Policy Studies, Vanderbilt University.

Woodbury-Smith M. R., Clare I. C. H., Holland A. J., & Kearns A. (2007): High functioning autistic spectrum disorders, offending and other law-breaking: findings from a community sample. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 17*(1), 108–120

Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., Anderson, C. M., & Law, P. (2014): Risk factors for bullying among children with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice, 18*(4), 419-427.

Zaklatás Tájékoztató Autizmussal Élő Fiatalok Számára (2015): Budapest: The National Autistic Society, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft.

Zeedyk S. M., Rodriguez G., Tripton L. A., Baker B. L., & Blacer J. (2014): Bullying of youth with autism spectrum disorder, intellectuel disability, or typical development: Victim and parent perspectives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *8*(9), 1173-1183.

Felhasznált jogforrások jegyzéke

2012. évi C törvény a Büntető Törvénykönyvről 222. §

1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról

1996. évi LXII. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról

2003. évi LXI. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről

32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről

Ábrajegyzék

1. ábra: Az agresszió, a zaklatás és az erőszak viszonya 14
2. ábra: A zaklatás köre Olweus (2001) nyomán 28
3. ábra: A kortárs interakciók kölcsönhatásának modellje 39
4. ábra: A kortárs interakciók támogató modellje Humphrey és Symes (2011) alapmodelljéből kiindulva 54
5. ábra: A kutató megkeresés és az adatfelvétel folyamata 69
6. ábra: A minta nemi eloszlása csoportonként 83
7. ábra: Viktimizációs érintettség minta szerint az OBVQ-Viktimizáció Skála alapján 90
8. ábra: Viktimizációs érintettség minta szerint a RAVS-Viktimizáció Skála alapján 91
9. ábra: Bántalmazó érintettség minta szerint az OBVQ-Terrorizálás Skála alapján 94
10. ábra: Bántalmazó érintettség minta szerint a RAVS-Agresszió Skála alapján 96
11. ábra: Kortárskapcsolati problémák és a viktimizáció kapcsolata 99
12. ábra: Alkoholfogyasztási gyakoriság minta szerint 101
13. ábra: Dohányzás gyakorisága minta szerint 105
14. ábra: Vonás-agresszió (fizikai agresszió) és az elkövetés kapcsolata I. 107
15. ábra: Vonás-agresszió (fizikai agresszió) és az elkövetés kapcsolata II. 108
16. ábra: Anti-bullying beavatkozások összefoglaló ábrája: lehetséges kiindulópont a gyakorlati tervezéshez 122

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: A kutatásban részt vevő csoportok minta szerinti eloszlása 71
2. táblázat: Javasolt tartományi besorolás a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) alskáláinak összpontszámai alapján 74
3. táblázat: Érthetőséget könnyítő optimalizáció a kérdőívcsomagban 78
4. táblázat: A minta nemi eloszlása csoportonként 83
5. táblázat: Az Olweus Bullying és Viktimizációs Kérdőív (OBVQ) átlagpontszámai 84
6. táblázat: Az Agresszió és Viktimizáció Skála (RAVS) átlagpontszámai 85
7. táblázat: A Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAQ) Fizikai Agresszió Alskála átlagpontszámai 85
8. táblázat: A Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (ADHD-RS) alskáláinak átlagpontszámai 86
9. táblázat: A Pozitív Viselkedési Skála alskáláinak átlagpontszámai 87
10. táblázat: A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) alskáláinak átlagpontszámai 88
11. táblázat: A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ)-Internalizációs Alskála átlagpontszámai 89
12. táblázat: Viktimizációs érintettség minta szerint a RAVS-Viktimizáció Skála alapján 92
13. táblázat: Bántalmazó érintettség minta szerint az OBVQ-Terrorizálás Skála alapján 95
14. táblázat: Bántalmazó érintettség minta szerint a RAVS-Agresszió Skála alapján 97
15. táblázat: Alkoholfogyasztási gyakoriság minta szerint 102
16. táblázat: Önbevallásos lerészegedés minta szerint 103
17. táblázat: Önbevallásos lerészegedés minta szerint százalékos bontásban 104
18. táblázat: Dohányzás gyakorisága minta szerint 106
19. táblázat: Segédlet a kapcsolati minőségek terén történő eligazodáshoz 120

Mellékletek

1. melléklet: A kutatás során alkalmazott kérdőívcsomag

A kérdőív kitöltése önkéntes.

KÉRDŐÍV

Kedves Tanuló!

Szeretnénk, ha e kérdőív kitöltésével segítenél nekünk abban, hogy többet tudjunk meg a veled egykorú fiatalok életmódjáról, viselkedéséről és problémáiról.

Kérjük, segítsd a munkánkat azzal, hogy őszintén válaszolsz, nincsenek helyes vagy helytelen megoldások! Figyelmesen olvasd el a kérdéseket, a hozzájuk tartozó lehetséges válaszokat, és csak azután válaszolj! Ha valamelyik kérdést nem érted, nyugodtan kérdezd meg a jelenlévő felnőttől!

Válaszaidat név nélkül és bizalmasan kezeljük! Az iskolában senki nem nézheti meg a kitöltött kérdőíveket.

Együttműködésedet köszönjük!

1. Kérjük, olvasd el az alábbi kijelentéseket. Döntsd el minden állítás esetén, hogy azzal mennyire értesz egyet, vagy sem. "1" azt jelenti, hogy egyáltalán nem értesz vele egyet, az "5" pedig azt, hogy nagyon egyet értesz vele. Kérjük, hogy az állítás mellet karikázd be az egyetértésed mértékének megfelelő számot.

Nagyon nem értek vele egyet				Nagyon egyet értek vele
1	2	3	4	5

Egészében véve elégedett vagyok magammal.	1 2 3 4 5
Néha úgy érzem, egyáltalán nem vagyok jó.	1 2 3 4 5
Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.	1 2 3 4 5
Képes vagyok ugyanúgy tenni a dolgokat, mint a legtöbb ember.	1 2 3 4 5
Úgy érzem, nincs sok okom a büszkeségre.	1 2 3 4 5
Néha haszontalannak érzem magam.	1 2 3 4 5
Úgy érzem, legalább olyan értékes személy vagyok, mint mások.	1 2 3 4 5
Azt kívánom, hogy nagyobb tekintélyem legyen.	1 2 3 4 5
Összességében hajlamos vagyok azt hinni, hogy egy csődtömeg vagyok.	1 2 3 4 5
Magammal szemben pozitív a beállítódásom.	1 2 3 4 5

2.

A kérdőívnek ebben a részében olyan állításokat találsz, amelyeket az emberek gyakran használnak saját véleményük, hangulatuk, viselkedésük vagy lelki állapotuk jellemzésére. Mindegyik állításhoz kétféle válaszlehetőség tartozik: "igaz" vagy "nem igaz". Kérjük, olvasd el figyelmesen valamennyi kijelentést, azután jelöld be azt a választ, amelyik meggyőződésed szerint jobban Rád illik.

	Igaz	Nem igaz
Ha valamit meg akarok szerezni magamnak, akkor azt többnyire azonnal akarom.		
Vásárláskor először alaposan körülnézek, mi az, ami kapható, mielőtt valamit kiválasztok.		
Szeretek hosszasan töprengeni, mielőtt valami mellett döntök.		
Sokszor csak úgy a „hasamra ütve” döntök.		
Ha bosszús vagyok, akkor ezt világosan ki is mutatom (hangosan szitkozódom, elrohanok, vagy valami ilyesmi).		
A legtöbb játékot gyorsan megunom.		
Szívesebben spórolok, minthogy azonnal elköltsem a pénzemet.		
Ha van pénzem, akkor azt azonnal el is költöm valamire.		
Szeretek gyors döntéseket hozni, mert nem szeretek várni.		
Ha valami bosszant, hamar mérges leszek.		
Ha valakinek vidám ötlete támad, én azonnal csatlakozom hozzá.		
Sokszor csak úgy kedvem támad valami újat kipróbálni vagy valami őrültséget csinálni.		
Ha valami felkelti a kíváncsiságomat, akkor nem érdekelnek sem veszélyek, sem tilalmak.		
Igyekszem betartani a szabályokat.		

3. Kérjük, olvasd el az alábbi kijelentéseket. Minden egyes állításnál döntsd el, hogy az mennyire jellemző vagy nem jellemző Rád, majd karikázd be a kérdés mellett a válaszodnak megfelelő számot.

	Soha ritkán	Néha	Gyakran	Nagyon gyakran
Nem figyelek megfelelően a részletekre, vagy figyelmetlenségből hibákat csinálok az iskolai munkában.	0	1	2	3
Izgek-mozgok, kezemmel matatok, lábamat váltogatom, vagy fészkelődöm a széken.	0	1	2	3
Nehezen tudok koncentrálni a feladatra vagy a játékra.	0	1	2	3
Elhagyom a helyem az osztályban, vagy más helyzetekben, amikor ülve kellene maradnom.	0	1	2	3
Úgy tűnik nem figyelek akkor sem, amikor közvetlenül hozzám beszélnek.	0	1	2	3
Rohangálok, ugrálok, vagy mászok olyan helyzetekben, amikor ülve kellene maradnom.	0	1	2	3
Nem követem az utasításokat és a feladatokat sem fejezem be.	0	1	2	3
Nem tudok csendben játszani vagy más szabadidős tevékenységben csendben részt venni.	0	1	2	3
Nehézségeim vannak a feladatok és a tevékenységek megszervezésében.	0	1	2	3
Állandóan mennék, olyan vagyok, mint, akit felhúztak.	0	1	2	3
Elkerülöm azokat a feladatokat és tevékenységeket (pl.: iskolában vagy otthon), amelyek tartós szellemi erőfeszítést igényelnek.	0	1	2	3
Össze-vissza beszélek.	0	1	2	3
Elveszítem a feladatokhoz vagy elfoglaltságokhoz szükséges dolgokat.	0	1	2	3
Rávágom a választ, még mielőtt a kérdező a kérdést befejezte volna.	0	1	2	3
Figyelmem könnyen elvonható.	0	1	2	3
Nem tudok várni a soromra.	0	1	2	3
Feledékeny vagyok a mindennapi tevékenységeim során.	0	1	2	3
Félbeszakítok vagy zavarok másokat.	0	1	2	3

4. Kérjük, olvasd el az alábbi kijelentéseket. Döntsd el minden állítás esetén, hogy az mennyire jellemző vagy nem jellemző Rád. Kérjük, hogy az állítás jobb szélén lévő négyzetbe X-szel jelöld válaszod.

	egyáltalán nem jellemző rám	**nem** jellemző rám	**jellemző is, meg nem is** jellemző rám	**jellemző** rám	**Nagyon jellemző** rám
Ha erőszakot kell ahhoz alkalmaznom, hogy megvédjem a jogaimat, megteszem.					
Előfordult már, hogy olyan őrültté váltam, hogy összetörtem dolgokat.					
Néha képtelen vagyok kontrollálni magam, hogy ne üssek meg egy másik embert.					
Előfordult már, hogy félelmet keltettem ismerőseimben.					
Ha kellően provokálnak, képes vagyok megütni másokat.					
Úgy vélem lenne olyan ok, ami miatt megütnék egy másik embert.					
Ha valaki megüt, visszaütök.					
Vannak emberek, akik addig provokálnak, amíg verekedésre nem kerül sor.					
Inkább megyek bele verekedésekbe, mint az átlagember.					

Kérjük, olvasd el figyelmesen a következő kérdéseket, és azután tegyél egy **X**-et azon válasz mellé, amivel egyetértesz.

5. Mennyire szereted az iskolát?

- ☐ Nagyon nem szeretem
- ☐ Nem szeretem
- ☐ Szeretem is, meg nem is
- ☐ Szeretem
- ☐ Nagyon szeretem

6. Hány jó barátod van az osztályban?

- ☐ Egy sincs
- ☐ Egy
- ☐ Kettő vagy három
- ☐ Négy vagy öt
- ☐ Hat vagy annál több

Most olyan esetekről kérdezünk, amikor más diákok **TÉGED bántalmaztak az ELMÚLT HÁROM HÓNAPBAN**.

A bántalmazás alatt azt értjük, amikor

- egy diákról undok vagy bántó dolgokat mondanak, vagy kicsúfolják, vagy undok, vagy bántó gúnynéven nevezik,
- teljesen mellőzik, vagy kiközösítik őt, vagy szándékosan kihagyják különböző dolgokból,
- megütik, megrúgják, meglökik, erőszakoskodnak vele, vagy bezárják,
- hazugságokat, pletykákat terjesztenek róla, vagy undok üzeneteket küldenek neki és megpróbálják elérni, hogy mások ne kedveljék őt,
- vagy ehhez hasonló más undok vagy bántó dolgot tesznek.

Amikor bántalmazásról beszélünk, akkor ezek a dolgok újra meg újra/ismétlődően megtörténnek, és a diák nehezen tudja megvédeni magát a bántalmazástól.
Nem bántalmazás az, amikor a szekálás barátságos vagy játékos formában történik, illetve az sem, amikor két azonos erejű diák vitázik, vagy verekszik egymással.

7. Milyen gyakran bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban?

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

Bántalmaztak az iskolában **AZ ELMÚLT HÁROM HÓNAPBAN** az alábbi módon? Kérjük, válaszolj minden kérdésre.

8. Gúnyneveken szólítottak, kicsúfoltak, vagy undokul, vagy bántóan kötekedtek velem.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

9. Más diákok szándékosan kihagytak dolgokból, kizártak a baráti körükből vagy teljesen mellőztek.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

10. Megütöttek, megrúgtak, meglöktek, erőszakoskodtak velem, vagy bezártak.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

11. Más diákok hazugságokat mondtak vagy pletykákat terjesztettek rólam, és megpróbálták elérni, hogy mások ne kedveljenek engem.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

12. Pénzt vagy más dolgokat vettek el tőlem, vagy megrongálták azokat.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

13. Megfenyegettek vagy kényszerítettek olyan dolgok megtételére, amiket nem akartam megtenni.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

14. Kicsúfoltak vagy gúnyos megjegyzéseket tettek faji hovatartozásom vagy bőrszínem miatt.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

15. Szexuális tartalmú kifejezésekkel, megjegyzésekkel vagy mozdulatokkal csúfoltak ki.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

16. Undok vagy bántó üzeneteket, telefonokat, képeket vagy más dolgokat kaptam mobiltelefonon vagy interneten keresztül. Ha mindez **barátságos vagy játékos** formában történik, az **nem bántalmazás**.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

Ha előfordult, lent folytasd azzal, hogy milyen módon.Jelölj **X**-et!

- ☐ Csak mobiltelefonon,

  hogyan……..

- ☐ Csak interneten,

  hogyan……..

- ☐ Mindkét módon,

  hogyan……

17. Más módon bántalmaztak.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

Kérjük, írd le, hogyan.

18. Melyik osztályokba jártak a téged bántalmazó diákok?

- ☐ Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban
- ☐ Saját osztályomba
- ☐ Saját évfolyamom másik osztályába
- ☐ Felsőbb évfolyamba
- ☐ Alsóbb évfolyamokba
- ☐ Különböző évfolyamokba

19. Fiúk vagy lányok bántalmaztak téged?

- ☐ Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban
- ☐ Főleg egy lány
- ☐ Több lány
- ☐ Főleg egy fiú
- ☐ Több fiú
- ☐ Fiúk is és lányok is

20. Általában hány diák bántalmazott téged?

- ☐ Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban
- ☐ Főleg egy diák
- ☐ Két-három diákból álló csoport
- ☐ Négy-kilenc diákból álló csoport
- ☐ Több mint kilenc diákból álló csoport
- ☐ Több különböző diák vagy különböző diákcsoportok

21. Milyen sokáig tartott a bántalmazás?

- ☐ Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban
- ☐ Egy vagy két hétig
- ☐ Körülbelül egy hónapig
- ☐ Körülbelül hat hónapig
- ☐ Körülbelül egy évig
- ☐ Több éve tart

22. Hol bántalmaztak téged?

- ☐ Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban
- ☐ Bántalmaztak egy vagy több helyen az alábbiak közül az elmúlt három hónapban

Ha bántalmaztak, lent folytasd azzal, hogy hol. Jelölj **X**-et!

- ☐ iskolaudvaron/sportpályán a szünetekben
- ☐ a folyosón vagy lépcsőházban
- ☐ az osztályteremben, amikor a tanár bent volt
- ☐ az osztályteremben, amikor a tanár **nem** volt bent
- ☐ a mosdóban
- ☐ a tornateremben vagy az öltözőben/zuhanyzóban
- ☐ az ebédlőben
- ☐ az iskolába menet vagy onnan jövet
- ☐ ha van, az iskolabusz megállójában
- ☐ ha van, az iskolabuszon
- ☐ máshol az iskolában,
  ebben az esetben kérjük, írd le, hogy hol:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

23. Mondtad valakinek, hogy az elmúlt három hónapban bántalmaztak?

- ☐ Az elmúlt három hónapban nem bántalmaztak
- ☐ Bántalmaztak, de senkinek sem mondtam el
- ☐ Bántalmaztak és elmondtam valakinek

Ha elmondtad, lent folytasd azzal, hogy kinek. Jelölj **X**-et!

- ☐ az osztályfőnöknek
- ☐ egy másik felnőttnek az iskolában (másik tanárnak, igazgatónak, védőnőnek, gondnoknak, iskolapszichológusnak, mentálhigiéniás szakembernek, stb.)
- ☐ szüleidnek
- ☐ a testvére(i)dnek
- ☐ a barátodnak/barátaidnak
- ☐ valaki másnak,
  ebben az esetben kérjük, írd le, hogy kinek:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

24. Milyen gyakran próbálták az iskolában a tanárok vagy más felnőttek megállítani egy diák bántalmazását?

- ☐ Majdnem soha
- ☐ Egyszer-kétszer
- ☐ Néha
- ☐ Gyakran
- ☐ Majdnem mindig

25. Milyen gyakran próbálták más diákok megállítani egy diák bántalmazását?

- ☐ Majdnem soha
- ☐ Egyszer-kétszer
- ☐ Néha
- ☐ Gyakran
- ☐ Majdnem mindig

26. Az elmúlt három hónapban a családból bármelyik felnőtt kapcsolatba lépett az iskolával, hogy megállítsa a bántalmazásod?

- ☐ Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban
- ☐ Nem
- ☐ Igen, egyszer
- ☐ Igen, többször

27. Amikor az iskolában egy korodbeli diák bántalmazásának vagy a szemtanúja, mit érzel vagy gondolsz?

- ☐ Valószínűleg megérdemli
- ☐ Nem sok mindent érzek
- ☐ Egy kicsit sajnálom őt
- ☐ Egy kicsit sajnálom őt, és segíteni akarok neki

Most olyan esetekről kérdezünk, amikor **TE BÁNTALMAZTÁL** más diákot az ELMÚLT HÁROM HÓNAPBAN.

28. Milyen gyakran vettél részt más diákok bántalmazásában az elmúlt három hónapban?

- ☐ Egyszer sem
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

BÁNTALMAZTÁL más diákokat az iskolában **AZ ELMÚLT HÁROM HÓNAPBAN** egy vagy többféleképpen az alábbi módok közül? Kérjük, válaszolj minden kérdésre.

29. Gúnyneveken szólítottam, kicsúfoltam, vagy undokul, vagy bántóan kötekedtem más diákokkal.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

30. Szándékosan kihagytam valakit dolgokból, kizártam a baráti körömből vagy teljesen mellőztem.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

31. Megütöttem, megrúgtam, meglöktem, erőszakoskodtam vagy bezártam valakit.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

32. Más diákokról hazugságokat mondtam vagy pletykákat terjesztettem, és megpróbáltam elérni, hogy mások ne kedveljék őket.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

33. Más diákoktól pénzt vagy más dolgokat vettem el vagy rongáltam meg.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

34. Más diákokat megfenyegettem vagy kényszerítettem olyan dolgok megtételére, amiket nem akartak megtenni.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

35. Más diákokat kicsúfoltam vagy gúnyos megjegyzéseket tettem faji hovatartozásuk vagy bőrszínük miatt.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

36. Más diákokat szexuális tartalmú kifejezésekkel, megjegyzésekkel vagy mozdulatokkal csúfoltam.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

37. Undok vagy bántó üzeneteket, telefonokat, képeket vagy más dolgokat küldtem mobiltelefonon vagy interneten keresztül más diákoknak. Ha mindez barátságos vagy játékos formában történt, az nem bántalmazás.

- ☐ Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

Ha előfordult, lent folytasd azzal, hogy milyen módon. Jelölj **X**-et!

- ☐ Csak mobiltelefonon,

  hogyan……..

- ☐ Csak interneten,

  hogyan……..

- ☐ Mindkét módon,

  hogyan……

38. Más módon bántalmaztam diákokat.

- ☐ Nem történt ilyen
- ☐ Egyszer vagy kétszer
- ☐ Havonta kétszer vagy háromszor
- ☐ Hetente egyszer
- ☐ Hetente többször

Kérjük, írd le, hogyan.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

39. Beszélt veled az osztályfőnököd vagy más tanár az elmúlt három hónapban, az iskolában általad elkövetett bántalmazásokról?

- ☐ Nem bántalmaztam más diákokat az elmúlt három hónapban
- ☐ Nem beszéltek velem erről
- ☐ Igen, egyszer beszéltek velem erről
- ☐ Igen, többször is beszéltek velem erről

40. Beszélt veled a családod bármely felnőtt tagja az elmúlt három hónapban, az iskolában általad elkövetett bántalmazásokról?

- ☐ Nem bántalmaztam más diákokat az elmúlt három hónapban
- ☐ Nem beszéltek velem erről
- ☐ Igen, egyszer beszéltek velem erről
- ☐ Igen, többször is beszéltek velem erről

41. Úgy gondolod, hogy tudnál csatlakozni olyan diák bántalmazásához, akit nem szeretsz.

- ☐ Igen
- ☐ Igen, talán
- ☐ Nem tudom
- ☐ Nem, nem hiszem
- ☐ Nem
- ☐ Határozottan nem

42. Általában hogyan reagálsz, amikor látod, vagy úgy gondolod, hogy egy korodbeli diákot bántalmaznak más diákok.

- ☐ Soha nem vettem észre, hogy korombeli diákot bántalmaztak
- ☐ Részt veszek a bántalmazásában
- ☐ Semmit sem teszek, de úgy vélem a bántalmazás helyes
- ☐ Csak nézem, hogy mi folyik
- ☐ Semmit sem teszek, de úgy gondolom, hogy illene/kellene segítenem a bántalmazott diáknak
- ☐ Megpróbálok segíteni a diáknak így vagy úgy

43. Milyen gyakran félsz attól, hogy más diákok bántalmaznak az iskolában?

- ☐ Soha
- ☐ Ritkán
- ☐ Néha
- ☐ Elég gyakran
- ☐ Gyakran
- ☐ Nagyon gyakran

44. Összességében hogy gondolod tanáraid, osztályfőnököd mennyire szálltak szembe a bántalmazással az elmúlt három hónapban?

- ☐ Kicsit vagy egyáltalán nem
- ☐ Elég kicsit
- ☐ Némileg
- ☐ Elég jól
- ☐ Nagyon

45. Mindegyik állítás esetében arra kérünk, jelöld meg, mennyire igaz Rád. Kérjük, hogy válaszaid az **ELMÚLT HAT HÓNAPRA** vonatkozóan add meg.

	Nem igaz	Valamennyire igaz	Határozottan igaz
Próbálok kedves lenni másokhoz. Törődöm az érzéseikkel.			
Sokszor fáj a fejem, a hasam vagy hányingerem van.			
Általában megosztozom másokkal (ételen, játékon, tollakon, stb.)			
Nagyon mérges tudok lenni és gyakran dühbe gurulok.			
Többnyire egyedül vagyok. Általában elvonulok, egyedül játszom.			
Rendszerint azt teszem, amit mondanak.			
Sokat aggódom.			
Segítek, ha valakit bántottak, feldúlt vagy beteg.			
Állandóan izgek-mozgok, fészkelődöm.			
Van egy vagy több jó barátom.			
Sokszor verekszem. Másokra tudom kényszeríteni az akaratomat.			
Gyakran boldogtalan, lehangolt vagyok vagy sírok.			
Kortársaim általában kedvelnek.			
Könnyen elterelődik a figyelmem, nehezemre esik koncentrálni.			
Új helyzetekben feszült vagyok, könnyen bizonytalanná válok.			
Kisebb gyerekekhez kedves vagyok.			
Gyakran hazugsággal vagy csalással vádolnak.			
A többi gyerek vagy fiatal gyakran fenyeget, belém köt.			
Sokszor segítek önként is (szülőknek, tanároknak, gyerekeknek).			
Végiggondolom a dolgokat, mielőtt cselekedni kezdek.			

	Nem igaz	Valamennyire igaz	Határozottan igaz
Elveszem mások holmiját otthon, az iskolában vagy máshol.			
Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel.			
Sok mindentől félek, könnyen megijedek.			
Befejezem a munkát, amit csinálok. Kitartó a figyelmem.			

Kérjük, lapozz tovább!

46. Ismételtél valaha osztályt?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

47. Szándékodban állt-e valaha abbahagyni az iskolát viselkedési problémáid miatt.

- ☐ Igen
- ☐ Nem

48. Milyen volt az iskolai eredményed az utolsó évben?

- ☐ átlag feletti
- ☐ átlagos
- ☐ átlag alatti

49. A következő iskolai problémák közül melyik illik rád jelenleg? Jelölj **X**-et!

- ☐ bukás az iskolában
- ☐ rendszeres iskolakerülés
- ☐ untat az iskola
- ☐ az órák túl nehezek
- ☐ nem vagyok motivált a jó iskolai teljesítményre
- ☐ az iskolát nem élvezem
- ☐ problémák a tanárokkal
- ☐ az iskola vezetése által történő fegyelmezés, elküldés
- ☐ olvasási nehézségek
- ☐ a betegség felhasználása az iskolából való hiányzásra
- ☐ túlzott korlátozás érzése az iskolában
- ☐ óra alatti bomlasztó viselkedés
- ☐ házi feladat elmulasztása

50. Ha valamilyen problémád adódik van olyan barátod, akivel tudsz erről beszélni?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

51. A legjobb barátaid közül előfordult, hogy.

- ☐ az alkohol vagy drogfogyasztása miatt problémája volt a rendőrséggel.
- ☐ valamilyen bűntény elkövetése miatt problémája volt a rendőrséggel.
- ☐ kicsapták az iskolából, vagy tervezték, hogy kicsapják.
- ☐ az iskolában olyan dolgokat követett el, amelyek bajba sodorták.

Kérjük, lapozz tovább!

52. Kérjük, válaszolj a következő kérdésekre úgy, hogy közben arra gondolsz, hogy az elmúlt **7 NAPBAN** ténylegesen mit csináltál! Minden egyes kérdésnél karikázd be, hogy hány alkalommal volt jellemző Rád az adott viselkedés az elmúlt **7 nap** során!

Az elmúlt **7 NAP** során	1-szer sem	1-szer	2-szer	3-szor	4-szer	5-ször	6-szor vagy többször
Hányszor kötekedett veled egy osztálytársad?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor lökött meg, taszított rajtad, vagy ütött meg egy osztálytársad?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor csúfolt ki egy osztálytársad?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor mondták azt az osztálytársaid, hogy meg fognak verni?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor közösítettek ki szándékosan az osztálytársaid?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor találtak ki rólad dolgokat az osztálytársaid azért, hogy a többi diák ne kedveljen?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor kötekedtél egy osztálytársaddal?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor löktél, taszítottál, vagy ütöttél meg egy osztálytársadat?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor csúfoltál ki egy osztálytársadat?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor mondtad egy osztálytársadnak, hogy megütöd?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor közösítetted ki szándékosan egy osztálytársad?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor találtál ki dolgokat más osztálytársaidról azért, hogy ne kedveljék?	0	1	2	3	4	5	6+

53. Most az elmúlt **30 NAPRA** gondolj vissza!

Az elmúlt **30 NAP** során hányszor történt az OSZTÁLYODBAN:	Soha	Egyszer, kétszer	Hetente egyszer	Hetente többször
Kedveset mondott nekem vagy tett egy diák velem.				
Egy diák megköszönt nekem valamit, vagy azt mondta nekem, hogy "szívesen".				
Egy diák segített nekem.				
Egy diák olyat mondott vagy tett, amitől jól éreztem magam.				
Egy diák meghívott engem, hogy részt vegyek játékban, csoportos beszélgetésben, vagy valamilyen közös tevékenységben.				
Egy diák dicséretet (kedves szót) mondott nekem.				
Egy diák felajánlotta a segítségét.				
Egy diák megosztott velem valamit.				
Egy diák barátságosan viselkedett velem.				
Egy diák érdeklődést mutatott az ötleteim vagy tevékenységeim iránt.				

Az elmúlt **30 NAP** során hányszor történt az OSZTÁLYODBAN:	Soha	Egyszer, kétszer	Hetente egyszer	Hetente többször
Kedves dolgot mondtam vagy tettem egy osztálytársamnak.				
Megköszöntem valamit, vagy azt mondtam, hogy "szívesen" egy osztálytársamnak.				
Segítettem egy osztálytársamnak.				
Olyat mondtam vagy tettem, amitől egy osztálytársam jól érezte magát.				
Meghívtam egy osztálytársam, hogy vegyen részt játékban, csoportos beszélgetésben, vagy valamilyen közös tevékenységben.				
Egy dicséretet (kedves szót) mondtam egy osztálytársamnak.				
Felajánlottam segítségemet egy osztálytársamnak.				
Megosztottam valamimet egy osztálytársammal.				
Barátságosan viselkedtem egy osztálytársammal.				
Érdeklődést mutattam egy osztálytársam ötletei vagy tevékenységei iránt.				

54. A verekedéssel kapcsolatban a **SZÜLEID EMLÍTETTÉK-E**, hogy….

	Igen	Nem
Ha valaki megüt, üsd vissza.	I	N
Ha valaki kicsúfol, üsd meg.	I	N
Ha valaki kicsúfol, csúfold vissza.	I	N
Ha valaki kicsúfol, ne vegyél róla tudomást.	I	N
Ha valaki kihív egy verekedésre, először te üss.	I	N
Ha valaki kihív egy verekedésre, akkor próbáld kidumálni magad.	I	N
Gondold át a problémát, nyugodj meg, és aztán beszéld meg a barátoddal.	I	N
Ha egy másik diák arra kér, hogy verekedj, akkor szólj egy tanárnak vagy egy nálad idősebbnek.	I	N
Ha egy problémát nem tudsz megoldani megbeszéléssel, akkor a legjobb, ha verekedéssel intézed el.	I	N
Történjék bármi is, a verekedés nem megoldás; van más útja a problémák megoldásának.	I	N

55. Mit gondolsz, milyen a jelenlegi egészségi állapotod?

- ☐ nagyon jó
- ☐ jó
- ☐ kielégítő
- ☐ rossz

56. Milyen gyakran iszol alkoholt?

- ☐ naponta
- ☐ hetente többször
- ☐ hetente egyszer-kétszer
- ☐ havonta többször
- ☐ havonta egyszer-kétszer
- ☐ ritkábban
- ☐ soha nem iszom

57. Hányszor rúgtál be életedben? …….

58. Milyen gyakran dohányzol?

- ☐ naponta
- ☐ hetente többször
- ☐ hetente egyszer-kétszer
- ☐ havonta többször
- ☐ havonta egyszer-kétszer
- ☐ ritkábban
- ☐ soha nem dohányzom

59. Iskolán kívül szabad időben hány órát fordítasz

	Egy átlagos hétköznap (óra)	Hétvégén (óra)
iskolai feladatokra (tanulásra, házi feladatra, külön órára)		
TV-, DVD nézésre, videó- és internetes játékokra		
Sportra		

60. Mikor születtél?

Év	Hónap	Nap

61. Milyen nemű vagy?

- ☐ fiú
- ☐ lány

62. Szüleid jelenleg együtt élnek?

- ☐ igen
- ☐ nem, sohasem éltek együtt
- ☐ nem, külön élnek, elváltak

63. Mi a szüleid foglalkozása?

apa: …….

anya: …….

64. Hány testvéred van? …….

65. Mi az a legrégebbi emléked, amire vissza tudsz emlékezni? Kérjük, meséld el részletesen.

66.

Talán ismered a mesét, hogy az öreg halász egy aranyhalat fog ki a tóból. A kis állatról azonban kiderül, hogy beszélni tud, sőt teljesíti a halász három kívánságát is, ha az visszaadja a szabadságát. Hasonlót kérünk tőled is: mi lenne a három leghőbb kívánságod?

Közreműködésedet nagyon köszönjük!

2. melléklet: Intézményvezetői tájékoztató levél, felkérés a kutatásban való részvételre

Tisztelt Intézményvezető!
Marjai Kamilla vagyok, az ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola hallgatója. Doktori kutatásomban szeretném az intézmény segítségét kérni, kutatási témám az autizmussal élő fiatalok agresszió jellemzői. A tervezett vizsgálat serdülő autista diákok (14-16 év) körében zajlik. A kutatást kérdőíves formában végzem (szükség szerint egyénileg interjúként). Az adatfelvétel körülbelül 45-60 percet vesz igénybe autizmussal diagnosztizált fiatalok csoportjában, ezt magam végzem, nem terhelve ezzel az intézmények munkatársait. Tisztelettel érdeklődnék, hogy az Önök intézményétől tudok-e segítséget kérni az adatfelvétel során. Természetesen a kérdőív tartalmáról, majd a későbbi eredményekről részletes információkat tudok adni. Hivatalos kutatásetikai engedéllyel rendelkezem.
Amennyiben az együttműködésre lát esélyt, előre is köszönöm megerősítő válaszát.
Tisztelettel:
Marjai Kamilla
Ui: A kutatás részleteit az AOSZ itt tette közzé:http://aosz.hu/felhivas-kutatasban-torteno-reszvetelre-autista-szemelyek-es-szuleik-szama

3. melléklet: Tájékoztató szülők számára a kutatásban való részvételről

Tájékoztató a vizsgálatról

szülők/gondviselők számára

Címe: Agresszió és szerhasználati jellemzők autizmussal élő serdülők körében

A vizsgálatot végzi: Marjai Kamilla, gyógypedagógus, addiktológiai konzultáns

Helye: Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, közoktatási intézmények

Ideje: 2016-2020

Kedves Szülő/Gondviselő!

Ön egy doktori kutatás tájékoztatóját tartja a kezében. A kutatás célja, hogy választ kapjunk arra, hogy az autista serdülők (14-16 év) hogyan vesznek részt a kortárs kapcsolatokban, bántalmazzák-e őket a társak, illetve jelentkezik-e a részükről bántalmazás. További kérdésfelvetés, hogy az alkohol és a dohányzás milyen szerepet kap életükben, illetve ezek a szerek befolyásolják-e az őket érő bántalmazást vagy a lehetséges bántalmazó magatartásukat.

A vizsgálat által szeretnénk átfogó képet kapni az agresszió és a szerhasználat jellemzőiről és szükség szerint további lépéseket tenni a problémakezelés irányába.

A vizsgálat menete

Amennyiben a részletes felvilágosítást követően Ön és gyermeke/gondviseltje a részvételhez szóban és írásban is hozzájárul, gyógypedagógus vezetésével egy kérdőívcsomag kitöltésére kerül sor, mely körülbelül 60 percet vesz igénybe. A gyógypedagógus jelenléte biztosítja, hogy amennyiben bármelyik kérdés megértését illetően a gyermeknek segítségre van szüksége, úgy ezt maradéktalanul megkapja.

A vizsgálat önkéntessége

A vizsgálatban való részvétel teljes mértékben önkéntes, Ön és gyermeke/gondviselteje döntése szükséges a kérdőív felvételéhez. A részvétel szándéka visszavonható, a vizsgálat megszakítható anélkül, hogy Ön vagy gyermeke bármilyen hátrányt szenvedne ebből kifolyólag.

Adatvédelem

A kutatás kapcsán kapott adatok szigorú titoktartás mellett kezelendőek, az adatok név nélkül kerülnek feldolgozásra. A vizsgálati személyek kitöltött kérdőívei kódszámot kapnak, így sem a név, sem a személyes azonosítók nem szerepelnek az adatok feldolgozása során. A kutatás eredményei az elemzés során csoportokra bontva és nem egyénenként jelennek meg.

A vizsgálat esetleges kellemetlenségei, lehetséges következményei

A kutatásból kifolyólag semmilyen egészségügyi, orvosi beavatkozás nem történik. Amennyiben az Ön gyermeke/gondviseltje jelenleg valamilyen

kezelésben/terápiában/fejlesztésben részesül, ennek megszakítására nem kerülhet sor a kutatásból kifolyólag. Az adatokat képzett, egyetemi oklevéllel rendelkező gyógypedagógus veszi fel, aki az adatfelvételt megszakítja és befejezi nem várt állapotváltozás (például feszültség kialakulása, testi panaszok észrevétele) esetén és kompetenciája szerint törekszik a megoldás keresésre akár az intézmény szakemberienek bevonásával.

A vizsgálat alanya és mások számára nyújtott előnyök

Ön és gyermeke/gondviseltje a vizsgálatban való részvétellel ahhoz járul hozzá, hogy átfogó ismereteink legyenek az autizmus spektrum zavarban érintett gyermekek kortárs kapcsolatairól, lehetséges bántalmazásunkról, a bántalmazásban betöltött szerepükről. Továbbá ismeretekhez juthatunk az alkoholfogyasztási és dohányzási szokásokról, illetve ezek szerepéről a bántalmazással kapcsolatban.

Amennyiben Ön személyes elérhetőségét (e-mail cím) átadja a kutató számára, úgy első kézből kaphat információkat a kutatási eredményekről.

A vizsgálatban való részvétellel Ön és gyermeke/gondviseltje ahhoz járul hozzá, hogy a későbbiekben egy komplex prevenciós program kerülhessen kidolgozásra, mely a kutatás által érintett problémák megelőzésére irányul.

A vizsgálat felügyelete

A vizsgálatot témavezetőként Dr.Gerevich József pszichiáter, címzetes egyetemi tanár felügyeli.

Közreműködését köszönjük!

4. melléklet: Beleegyező nyilatkozat a szülők számára

Beleegyező nyilatkozat

szülők/gondviselők számára

1. példány

Címe: Agresszió és szerhasználati jellemzők autizmussal élő serdülők körében

A vizsgálatot végzi: Marjai Kamilla, gyógypedagógus, addiktológiai konzultáns

Helye: Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, közoktatási intézmények

Ideje: 2016-2020

Amennyiben a tájékoztatást követően beleegyezését adja, hogy gyermeke/gondviseltje részt vegyen a vizsgálatban, kérjük, hogy ezt aláírásával jelezze.

A vizsgálatban való részvétel teljes mértékben önkéntes, Ön és gyermeke/gondviselteje döntése szükséges a kérdőív felvételéhez. A részvétel szándéka visszavonható, a vizsgálat megszakítható anélkül, hogy Ön vagy gyermeke bármilyen hátrányt szenvedne ebből kifolyólag.

A nyilatkozatban alább kért adatok a kutatási eredmények dokumentációjában nem kerülnek feltüntetésre, Ön és gyermeke/gondviseltje beazonosítására a kutatás nem ad módot.

Fiatal neve	
Szülő/gondviselő neve	
Szülő/ gondviselő szül. hely, idő	
Szülő/ gondviselő anyja neve	
Dátum	
Aláírás	

A tájékoztatást végző neve (nyomtatva) Aláírása Dátum

5. melléklet: Tájékoztató tanulók számára a kutatásban való részvételről

Tájékoztató a vizsgálatról

vizsgálati személy számára

Címe: Agresszió és szerhasználati jellemzők autizmussal élő serdülők körében

A vizsgálatot végzi: Marjai Kamilla, gyógypedagógus, addiktológiai konzultáns

Helye: Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, közoktatási intézmények

Ideje: 2016-2020 (A kutató eddig dolgozik az adatfelvételen, Neked csak körülbelül egy órát kell rászánnod, ha vállalod a kutatásban való részvételt.)

Kedves Fiatal!

Egy tudományos kutatás miatt kérjük a segítségedet. Azt szeretnénk megtudni, hogy Te és a hozzád hasonló fiatalok milyen kapcsolatban vannak a korabeliekkel, vannak-e bántalmazások, előfordul-e alkoholfogyasztás és dohányzás a társaságotokban.

Kérünk, hogy egy kérdőív kitöltésével segítsd a munkánkat!

A vizsgálat menete

Mielőtt eldöntenéd, hogy részt veszel-e a kutatásban, elmondjuk Neked, hogy miről szól a vizsgálat és Te hogyan tudsz ebben részt venni. Ugyanezt elmondjuk a szülődnek/gondviselődnek is. Ha úgy gondolod, hogy részt veszel a kutatásban, arra kérünk, hogy tölts ki egy kérdőívet. Ez 45-60 perc alatt elvégezhető, de ha több időre lenne szükséged, az sem probléma.

A részvételed önkéntes, és bármikor dönthetsz úgy, hogy mégsem szeretnél részt venni a kutatásban. Ha így döntenél, annak sem lesz semmilyen negatív következménye.

Ha kitöltötted a kérdőívet, Te végeztél is, csak a mi munkánk folytatódik tovább. Egy kódszámot fogunk adni a kitöltött kérdőívednek. A továbbiakban ezt a kódszámot használjuk a munkánk során. A kutatás miatt a neved és az azonosítóid nem derülhetnek ki mások számára. A munkánk utolsó részében eredményeket gyűjtünk a kitöltött kérdőívek alapján, az adataidat ekkor is biztonságosan fogjuk kezelni.

A kutatásban való részvételed során nem történik veled egészségügyi vagy orvosi beavatkozás, csak a kérdőív kitöltésére kérünk. Ha a kérdőív kitöltése közben valamiért rosszul éreznéd magad, kérlek, szólj a kutatónak, és ő megpróbál segíteni Neked vagy segítséghez juttatni Téged.

Ha részt veszel a kutatásban, nagyon sokat segítesz nekünk a munkánkban. A kérdőívben adott válaszaid segítségével jobban megérjük a helyzetedet és a hozzád hasonló fiatalok helyzetét. Azt szeretnénk, hogy mi is tudjunk segíteni, ehhez szükséges, hogy jobban megismerjük a helyzeteteket.

A kutatást Marjai Kamilla végzi, munkája elvégzésében Dr. Gerevich József pszichiáter, címzetes egyetemi tanár segíti.

Közreműködésedet köszönjük!

6. melléklet: Beleegyező nyilatkozat a tanulók számára

Beleegyező nyilatkozat

vizsgálati személy számára

1. példány

Címe: Agresszió és szerhasználati jellemzők autizmussal élő serdülők körében

A vizsgálatot végzi: Marjai Kamilla, gyógypedagógus, addiktológiai konzultáns

Helye: Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, közoktatási intézmények

Ideje: 2016-2019

Amennyiben a tájékoztatást követően beleegyezésedet adod a vizsgálatban való részvételhez, kérjük, ezt aláírásoddal jelezd.

A részvételed önkéntes, és bármikor dönthetsz úgy, hogy mégsem szeretnél részt venni a kutatásban. Ha így döntenél, annak sem lesz semmilyen negatív következménye.

A nyilatkozat táblázatában kért adatokat a vizsgálatunk eredményeinek leírásakor nem használjuk fel.

Név	
Születési hely, idő	
Anyja neve	
Dátum	
Aláírás	

A tájékoztatást végző neve (nyomtatva) Aláírása Dátum

7. melléklet: Az empirikus vizsgálathoz felhasznált statisztikai elemzések

I./1. Leíró statisztikai adatok: A minta nemi eloszlása csoportonként

```
CROSSTABS
  /TABLES=minta BY nem
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ
  /CELLS=COUNT
  /COUNT ROUND CELL
  /BARCHART.
```

Crosstabs

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
melyik minta * Milyen nemű vagy?	1488	99,5%	8	0,5%	1496	100,0%

melyik minta * Milyen nemű vagy? Crosstabulation

Count

		Milyen nemű vagy?		Total
		Fiú	Lány	
melyik minta	iskola	458	484	942
	hallásérült	35	40	75
	Látássérült	42	40	82
	mozgássérült	67	35	102
	Tanulásban akadályozott	60	45	105
	Értelmileg akadályozott	12	9	21
	Viselkedészavart mutató	72	42	114
	autizmusban érintett	44	3	47
Total		790	698	1488

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,881[a]	7	,000
Likelihood Ratio	59,030	7	,000
Linear-by-Linear Association	35,211	1	,000
N of Valid Cases	1488		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,85.

I./2. Leíró statisztikai adatok: Az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív (OBVQ) átlagpontszámai

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
MEANS TABLES=korr_olw_vikt korr_olw_terr BY minta
  /CELLS MEAN COUNT STDDEV.
```

Means

[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
OBVQ-Viktimizáció Skála összpontszám * melyik minta	1480	98,9%	16	1,1%	1496	100,0%
OBVQ-Terrorizálás Skála összpontszám * melyik minta	1486	99,3%	10	0,7%	1496	100,0%

Report

melyik minta		OBVQ-Viktimizáció Skála összpontszám	OBVQ-Terrorizálás Skála összpontszám
iskola	Mean	1,7658	1,7923
	N	935	939
	Std. Deviation	3,11996	3,44412
hallásérült	Mean	2,2533	1,2632
	N	75	76
	Std. Deviation	4,31870	3,46552
látássérült	Mean	2,1341	1,5732
	N	82	82
	Std. Deviation	3,76390	3,17797
mozgássérült	Mean	2,4412	1,2451
	N	102	102
	Std. Deviation	4,37946	3,25314
tanulásban akadályozott	Mean	1,8190	1,9714
	N	105	105
	Std. Deviation	2,87155	4,75244
értelmileg akadályozott	Mean	2,0952	,7619
	N	21	21
	Std. Deviation	2,44754	1,41084
viselkedészavart mutató	Mean	2,4397	2,8966
	N	116	116
	Std. Deviation	4,26979	4,57665
autizmusban érintett	Mean	3,4318	2,0000
	N	44	45
	Std. Deviation	5,83254	5,04975
Total	Mean	1,9682	1,8062
	N	1480	1486
	Std. Deviation	3,51617	3,67521

I./3. Leíró statisztikai adatok: Az Agresszió és Viktimizáció Skála (RAVS) átlagpontszámai

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
SAVE OUTFILE='C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav'
 /COMPRESSED.

MEANS TABLES=vikt agr BY minta
  /CELLS MEAN COUNT STDDEV.
```

Means

[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
RAVS-Viktimizáció Skála összpontszám * melyik minta	1487	99,4%	9	0,6%	1496	100,0%
RAVS-Agresszió Skála összpontszám * melyik minta	1487	99,4%	9	0,6%	1496	100,0%

Report

melyik minta		RAVS-Viktimizáció Skála összpontszám	RAVS-Agresszió Skála összpontszám
iskola	Mean	2,0002	2,5847
	N	940	940
	Std. Deviation	4,04381	4,60193
hallásérült	Mean	3,3289	2,2368
	N	76	76
	Std. Deviation	6,29791	5,34632
látássérült	Mean	2,4512	1,9024
	N	82	82
	Std. Deviation	5,36829	4,76512
mozgássérült	Mean	3,0294	1,9804
	N	102	102
	Std. Deviation	6,44928	4,45435
tanulásban akadályozott	Mean	2,0286	3,2000
	N	105	105
	Std. Deviation	4,84065	6,47094
értelmileg akadályozott	Mean	2,7619	3,3333
	N	21	21
	Std. Deviation	4,44865	3,91578
viselkedészavart mutató	Mean	3,0513	5,1624
	N	117	117
	Std. Deviation	5,34636	7,13171
autizmusban érintett	Mean	2,3227	2,1136
	N	44	44
	Std. Deviation	5,25060	6,24766
Total	Mean	2,2686	2,7307
	N	1487	1487
	Std. Deviation	4,67638	5,12326

I./4. Leíró statisztikai adatok: A Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAQ) Fizikai Agresszió Alskála átlagpontszámai

```
MEANS TABLES=bp_tot BY minta
  /CELLS MEAN COUNT STDDEV.
```

Means

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Buss-Perry összpontszám * melyik minta	1487	99,4%	9	0,6%	1496	100,0%

Report

Buss-Perry összpontszám

melyik minta	Mean	N	Std. Deviation
iskola	21,5287	937	7,92943
hallásérült	18,5000	76	9,19057
látássérült	18,9390	82	8,20922
mozgássérült	19,0490	102	8,36586
tanulásban akadályozott	20,7905	105	9,74649
értelmileg akadályozott	17,9048	21	7,51601
viselkedészavart mutató	24,2735	117	9,42449
autizmusban érintett	21,3530	47	8,25588
Total	21,1681	1487	8,40827

I./5. Leíró statisztikai adatok: A Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (ADHD-RS) alskáláinak átlagpontszámai

```
MEANS TABLES=adhd_figy adhd_hip BY minta
  /CELLS MEAN COUNT STDDEV.
```

Means

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ADHD figyelemzavar összpontszám * melyik minta	1490	99,6%	6	0,4%	1496	100,0%
ADHD hiperaktivitás/impulzivitás összpontszám * melyik minta	1493	99,8%	3	0,2%	1496	100,0%

Report

melyik minta		ADHD figyelemzavar összpontszám	ADHD hiperaktivitás/impulzivitás összpontszám
iskola	Mean	7,7013	6,8656
	N	940	943
	Std. Deviation	4,17750	4,52040
hallásérült	Mean	5,1974	4,2763
	N	76	76
	Std. Deviation	4,87721	4,74299
látássérült	Mean	6,6220	5,3902
	N	82	82
	Std. Deviation	4,43788	4,25065
mozgássérült	Mean	7,6863	6,0490
	N	102	102
	Std. Deviation	5,76775	5,14614
tanulásban akadályozott	Mean	9,6381	7,7905
	N	105	105
	Std. Deviation	5,29899	5,33258
értelmileg akadályozott	Mean	6,9048	5,5714
	N	21	21
	Std. Deviation	3,41913	3,39958
viselkedészavart mutató	Mean	9,5641	8,7778
	N	117	117

	Std. Deviation	4,85725	5,28190
	Mean	8,5293	6,6170
autizmusban érintett	N	47	47
	Std. Deviation	4,87975	4,85149
	Mean	7,8108	6,7859
Total	N	1490	1493
	Std. Deviation	4,60035	4,76555

I./6. Leíró statisztikai adatok: A Pozitív Viselkedési Skála alskáláinak átlagpontszámai

```
MEANS TABLES=pozvis_kap pozvis_ad BY minta
  /CELLS MEAN COUNT STDDEV.
```

Means

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pozitív viselkedésben való részesülés skála összesített pontszám * melyik minta	1486	99,3%	10	0,7%	1496	100,0%
Pozitív viselkedés gyakorlása skála összesített pontszám * melyik minta	1486	99,3%	10	0,7%	1496	100,0%

Report

melyik minta		Pozitív viselkedésben való részesülés skála összesített pontszám	Pozitív viselkedés gyakorlása skála összesített pontszám
	Mean	21,8052	22,5360
iskola	N	939	940
	Std. Deviation	7,32481	7,46106
	Mean	28,1184	30,5658
hallásérült	N	76	76
	Std. Deviation	7,66110	7,70512
	Mean	28,0366	29,7195
látássérült	N	82	82
	Std. Deviation	7,71634	8,02354
	Mean	28,8039	31,1961
mozgássérült	N	102	102
	Std. Deviation	7,27540	7,16847
	Mean	20,0381	21,4095
tanulásban akadályozott	N	105	105
	Std. Deviation	10,39778	10,72084
	Mean	36,0476	36,3333
értelmileg akadályozott	N	21	21
	Std. Deviation	4,39859	4,38558
	Mean	29,8632	29,4615
viselkedészavart mutató	N	117	117
	Std. Deviation	7,92193	8,54656
	Mean	15,0177	16,4096
autizmusban érintett	N	44	43
	Std. Deviation	8,88591	9,22104
	Mean	23,4622	24,4209
Total	N	1486	1486
	Std. Deviation	8,54948	8,77591

I./7. Leíró statisztikai adatok: A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) alskáláinak átlagpontszámai

```
MEANS TABLES=sdq_erz sdq_vis sdq_hip sdq_kapcs sdq_pro BY minta
  /CELLS MEAN COUNT STDDEV.
```

Means

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SDQ Érzelmi tünetek skála összesített pontszám * melyik minta	1489	99,5%	7	0,5%	1496	100,0%
SDQ Viselkedési problémák skála összesített pontszám * melyik minta	1488	99,5%	8	0,5%	1496	100,0%
SDQ Hiperaktivitás skála összesített pontszám * melyik minta	1480	98,9%	16	1,1%	1496	100,0%
SDQ Kortárskapcsolati skála összesített pontszám * melyik minta	1489	99,5%	7	0,5%	1496	100,0%
SDQ Proszociális skála összesített pontszám * melyik minta	1487	99,4%	9	0,6%	1496	100,0%

Report

melyik minta		SDQ Érzelmi tünetek skála összesített pontszám	SDQ Viselkedési problémák skála összesített pontszám	SDQ Hiperaktivitás skála összesített pontszám	SDQ Kortárskapcsolati skála összesített pontszám	SDQ Proszociális skála összesített pontszám
	Mean	2,8812	2,4327	3,6053	1,5768	6,8856
iskola	N	941	940	933	941	940
	Std. Deviation	2,21978	1,51573	2,10678	1,64580	2,06015
	Mean	4,5789	3,3158	2,2632	3,2500	6,8421
hallásérült	N	76	76	76	76	76
	Std. Deviation	2,63445	1,53371	1,39875	1,69017	2,05947
	Mean	4,5854	3,0854	2,8049	2,8902	6,9512
látássérült	N	82	82	82	82	82
	Std. Deviation	2,27141	1,45891	1,40931	1,37891	2,02395
	Mean	4,3922	2,9804	2,7451	2,8922	7,0784
mozgássérült	N	102	102	102	102	102
	Std. Deviation	2,63321	1,51547	1,45348	1,58525	2,06185
	Mean	4,1333	3,4571	3,0571	3,1429	5,6952
tanulásban akadályozott	N	105	105	105	105	105
	Std. Deviation	2,56855	1,43466	1,23123	1,60784	2,53864
	Mean	4,9048	2,7619	2,5238	1,8571	7,4286
értelmileg akadályozott	N	21	21	21	21	21
	Std. Deviation	3,09685	,94365	1,50396	,85356	2,48136
	Mean	5,0769	3,4957	3,0598	2,6838	6,7521
viselkedészavart mutató	N	117	117	117	117	117
	Std. Deviation	2,85619	1,39965	1,53292	1,69507	2,18105
	Mean	4,0500	1,8556	3,6932	3,6667	6,0170
autizmusban érintett	N	45	45	44	45	44
	Std. Deviation	2,56373	1,41671	2,44049	2,07734	2,03058
	Mean	3,4899	2,6944	3,3380	2,0892	6,7877
Total	N	1489	1488	1480	1489	1487
	Std. Deviation	2,51320	1,54904	1,95274	1,77984	2,13403

I./8. Leíró statisztikai adatok: A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ)-Internalizációs Alskála átlagpontszámai

```
MEANS TABLES=sdq_intern BY minta
  /CELLS MEAN COUNT STDDEV.
```

Means

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SDQ internalizáló * melyik minta	1489	99,5%	7	0,5%	1496	100,0%

Report

SDQ internalizáló

melyik minta	Mean	N	Std. Deviation
iskola	4,4580	941	3,14065
hallásérült	7,8289	76	3,85880
látássérült	7,4756	82	3,09211
mozgássérült	7,2843	102	3,68131
tanulásban akadályozott	7,2762	105	3,34979
értelmileg akadályozott	6,7619	21	3,09685
viselkedészavart mutató	7,7607	117	3,69914
autizmusban érintett	7,7167	45	3,82746
Total	5,5791	1489	3,60850

II./1. Hipotézisvizsgálatok: 1.1. hipotézis

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
DATASET ACTIVATE DataSet1.
SAVE OUTFILE='C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav'
 /COMPRESSED.
DATASET ACTIVATE DataSet1.
SAVE OUTFILE='C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav'
 /COMPRESSED.
DATASET ACTIVATE DataSet1.
SAVE OUTFILE='C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav'
 /COMPRESSED.
*Nonparametric Tests: Independent Samples.
NPTESTS
  /INDEPENDENT TEST (korr_olw_vikt) GROUP (minta)
KRUSKAL_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
  /CRITERIA ALPHA=0.05  CILEVEL=95.
```

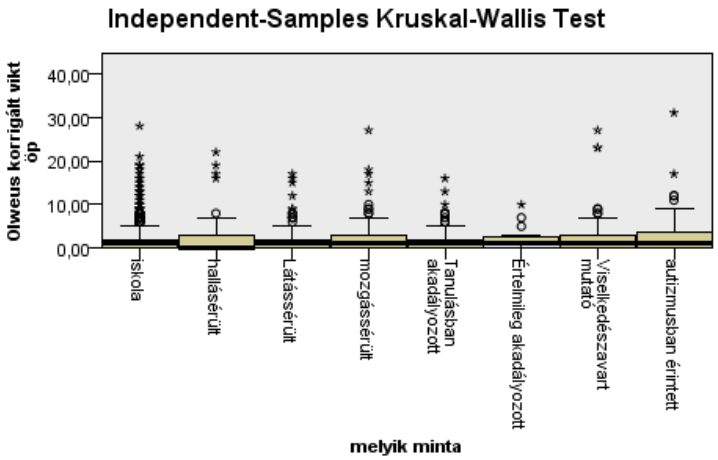
Nonparametric Tests

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Olweus korrigált vikt öp is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,141	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



Total N	1 480
Test Statistic	10,955
Degrees of Freedom	7
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,141

1. The test statistic is adjusted for ties.
2. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

II./2. Hipotézisvizsgálatok: 1.1. hipotézis

```
*Nonparametric Tests: Independent Samples.
NPTESTS
  /INDEPENDENT TEST (vikt agr) GROUP (minta)
KRUSKAL_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
  /CRITERIA ALPHA=0.05  CILEVEL=95.
```

Nonparametric Tests

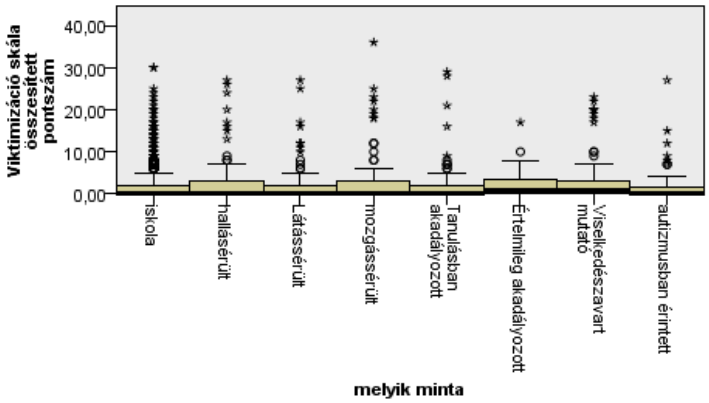
```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Viktimizáció skála összesített pontszám is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,020	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Agresszió skála összesített pontszám is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

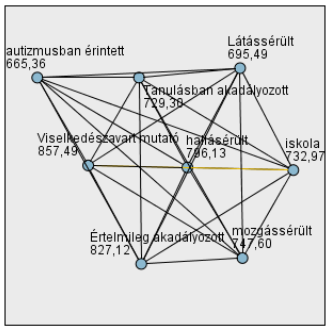
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	1 487
Test Statistic	16,593
Degrees of Freedom	7
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,020

1. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of melyik minta



Each node shows the sample average rank of melyik minta.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
autizmusban érintett-Látássérült	30,130	71,986	,419	,676	1,000
autizmusban érintett-Tanulásban akadályozott	63,941	69,178	,924	,355	1,000
autizmusban érintett-iskola	67,602	59,416	1,138	,255	1,000
autizmusban érintett-mozgássérült	82,234	69,478	1,184	,237	1,000
autizmusban érintett-hallásérült	130,768	72,971	1,792	,073	1,000
autizmusban érintett-Értelmileg akadályozott	161,755	102,168	1,583	,113	1,000
autizmusban érintett-Viselkedészavart mutató	192,128	68,122	2,820	,005	,134
Látássérült-Tanulásban akadályozott	-33,811	56,769	-,596	,551	1,000
Látássérült-iskola	37,472	44,356	,845	,398	1,000
Látássérült-mozgássérült	-52,104	57,134	-,912	,362	1,000
Látássérült-hallásérült	100,638	61,335	1,641	,101	1,000
Látássérült-Értelmileg akadályozott	-131,625	94,210	-1,397	,162	1,000
Látássérült-Viselkedészavart mutató	-161,998	55,478	-2,920	,003	,098
Tanulásban akadályozott-iskola	3,661	39,636	,092	,926	1,000
Tanulásban akadályozott-mozgássérült	18,293	53,553	,342	,733	1,000
Tanulásban akadályozott-hallásérült	66,827	58,014	1,152	,249	1,000
Tanulásban akadályozott-Értelmileg akadályozott	-97,814	92,082	-1,062	,288	1,000
Tanulásban akadályozott-Viselkedészavart mutató	-128,187	51,783	-2,475	,013	,373
iskola-mozgássérült	-14,633	40,157	-,364	,716	1,000
iskola-hallásérült	-63,166	45,938	-1,375	,169	1,000
iskola-Értelmileg akadályozott	-94,154	84,993	-1,108	,268	1,000
iskola-Viselkedészavart mutató	-124,526	37,764	-3,298	,001	,027
mozgássérült-hallásérült	48,534	58,371	,831	,406	1,000
mozgássérült-Értelmileg akadályozott	-79,521	92,308	-,861	,389	1,000
mozgássérült-Viselkedészavart mutató	-109,893	52,182	-2,106	,035	,986
hallásérült-Értelmileg akadályozott	-30,987	94,965	-,326	,744	1,000
hallásérült-Viselkedészavart mutató	-61,360	56,751	-1,081	,280	1,000
Értelmileg akadályozott-Viselkedészavart mutató	-30,372	91,292	-,333	,739	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

II./3. Hipotézisvizsgálatok: 1.2. hipotézis

```
*Nonparametric Tests: Independent Samples.
NPTESTS
  /INDEPENDENT TEST (korr_olw_terr) GROUP (minta)
KRUSKAL_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
  /CRITERIA ALPHA=0.05  CILEVEL=95.
```

Nonparametric Tests

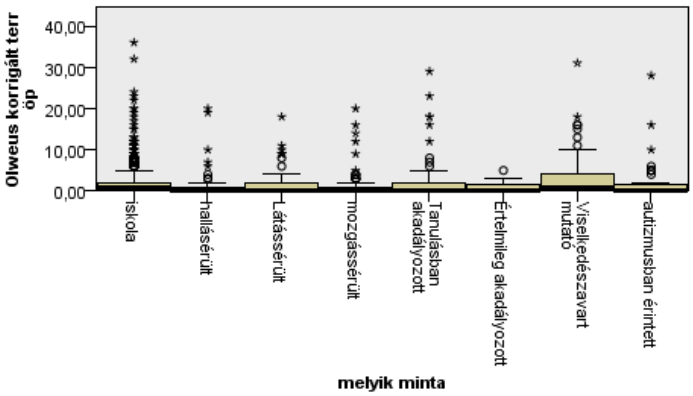
```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Olweus korrigált terr öp is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

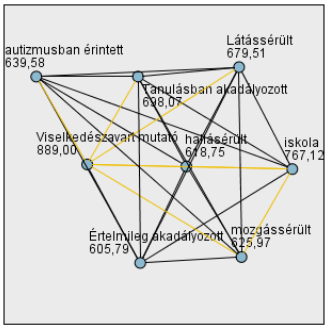
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	1 486
Test Statistic	44,626
Degrees of Freedom	7
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

1. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of melyik minta



Each node shows the sample average rank of melyik minta.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Értelmileg akadályozott-hallásérült	12,964	97,695	,133	,894	1,000
Értelmileg akadályozott-mozgássérült	20,180	94,961	,213	,832	1,000
Értelmileg akadályozott-autizmusban érintett	-33,792	104,727	-,323	,747	1,000
Értelmileg akadályozott-Látássérült	73,720	96,919	,761	,447	1,000
Értelmileg akadályozott-Tanulásban akadályozott	92,286	94,730	,974	,330	1,000
Értelmileg akadályozott-iskola	161,333	87,438	1,845	,065	1,000
Értelmileg akadályozott-Viselkedészavart mutató	-283,210	93,978	-3,014	,003	,072
hallásérült-mozgássérült	-7,216	60,049	-,120	,904	1,000
hallásérült-autizmusban érintett	-20,828	74,539	-,279	,780	1,000
hallásérült-Látássérült	-60,756	63,099	-,963	,336	1,000
hallásérült-Tanulásban akadályozott	-79,321	59,682	-1,329	,184	1,000
hallásérült-iskola	148,369	47,260	3,139	,002	,047
hallásérült-Viselkedészavart mutató	-270,246	58,482	-4,621	,000	,000
mozgássérült-autizmusban érintett	-13,612	70,918	-,192	,848	1,000
mozgássérült-Látássérült	53,540	58,777	,911	,362	1,000
mozgássérült-Tanulásban akadályozott	-72,106	55,093	-1,309	,191	1,000
mozgássérült-iskola	141,153	41,314	3,417	,001	,018
mozgássérült-Viselkedészavart mutató	-263,030	53,790	-4,890	,000	,000
autizmusban érintett-Látássérült	39,928	73,518	,543	,587	1,000
autizmusban érintett-Tanulásban akadályozott	58,494	70,607	,828	,407	1,000
autizmusban érintett-iskola	127,541	60,473	2,109	,035	,978
autizmusban érintett-Viselkedészavart mutató	249,418	69,596	3,584	,000	,009
Látássérült-Tanulásban akadályozott	-18,565	58,401	-,318	,751	1,000
Látássérült-iskola	87,613	45,633	1,920	,055	1,000
Látássérült-Viselkedészavart mutató	-209,490	57,174	-3,664	,000	,007
Tanulásban akadályozott-iskola	69,047	40,778	1,693	,090	1,000
Tanulásban akadályozott-Viselkedészavart mutató	-190,924	53,380	-3,577	,000	,010
iskola-Viselkedészavart mutató	-121,877	39,000	-3,125	,002	,050

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

II./4. Hipotézisvizsgálatok: 1.2. hipotézis

```
*Nonparametric Tests: Independent Samples.
NPTESTS
  /INDEPENDENT TEST (vikt agr) GROUP (minta)
KRUSKAL_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
  /CRITERIA ALPHA=0.05  CILEVEL=95.
```

Nonparametric Tests

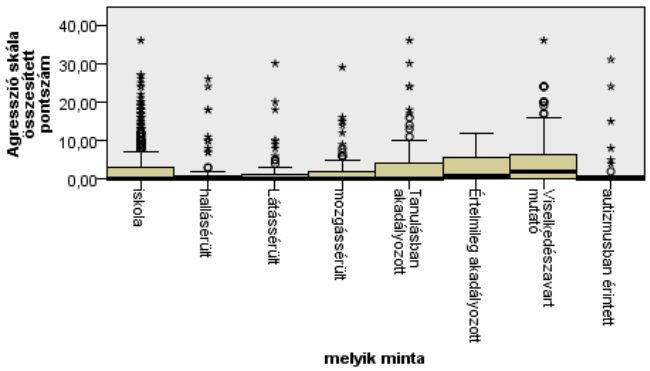
```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Viktimizáció skála összesített pontszám is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,020	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Agresszió skála összesített pontszám is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

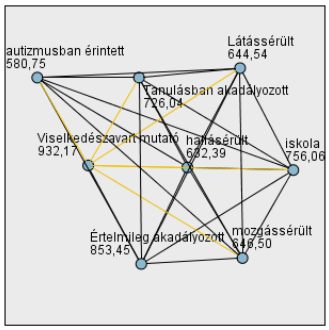
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	1 487
Test Statistic	53,972
Degrees of Freedom	7
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

1. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of melyik minta



Each node shows the sample average rank of melyik minta.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
autizmusban érintett-hallásérült	51,645	75,022	,688	,491	1,000
autizmusban érintett-Látássérült	63,793	74,008	,862	,389	1,000
autizmusban érintett-mozgássérült	65,745	71,430	,920	,357	1,000
autizmusban érintett-Tanulásban akadályozott	145,288	71,121	2,043	,041	1,000
autizmusban érintett-iskola	175,312	61,085	2,870	,004	,115
autizmusban érintett-Értelmileg akadályozott	272,702	105,039	2,596	,009	,264
autizmusban érintett-Viselkedészavart mutató	351,417	70,036	5,018	,000	,000
hallásérült-Látássérült	-12,148	63,058	-,193	,847	1,000
hallásérült-mozgássérült	-14,100	60,011	-,235	,814	1,000
hallásérült-Tanulásban akadályozott	-93,643	59,644	-1,570	,116	1,000
hallásérült-iskola	123,667	47,229	2,618	,009	,247
hallásérült-Értelmileg akadályozott	-221,058	97,633	-2,264	,024	,660
hallásérült-Viselkedészavart mutató	-299,772	58,346	-5,138	,000	,000
Látássérült-mozgássérült	-1,952	58,740	-,033	,973	1,000
Látássérült-Tanulásban akadályozott	-81,495	58,364	-1,396	,163	1,000
Látássérült-iskola	111,519	45,602	2,445	,014	,405
Látássérült-Értelmileg akadályozott	-208,910	96,857	-2,157	,031	,868
Látássérült-Viselkedészavart mutató	-287,624	57,037	-5,043	,000	,000
mozgássérült-Tanulásban akadályozott	-79,543	55,058	-1,445	,149	1,000
mozgássérült-iskola	109,567	41,286	2,654	,008	,223
mozgássérült-Értelmileg akadályozott	-206,957	94,901	-2,181	,029	,818
mozgássérült-Viselkedészavart mutató	-285,672	53,649	-5,325	,000	,000
Tanulásban akadályozott-iskola	30,024	40,750	,737	,461	1,000
Tanulásban akadályozott-Értelmileg akadályozott	-127,414	94,669	-1,346	,178	1,000
Tanulásban akadályozott-Viselkedészavart mutató	-206,129	53,237	-3,872	,000	,003
iskola-Értelmileg akadályozott	-97,391	87,381	-1,115	,265	1,000
iskola-Viselkedészavart mutató	-176,105	38,825	-4,536	,000	,000
Értelmileg akadályozott-Viselkedészavart mutató	-78,714	93,857	-,839	,402	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

II./5. Hipotézisvizsgálatok: 2. hipotézis

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(tanulotipus=3).
VARIABLE LABELS filter_$ 'tanulotipus=3 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
*Nonparametric Tests: Independent Samples.
NPTESTS
  /INDEPENDENT TEST (adhd_figy adhd_hip) GROUP (agresszor_global_olweus)
MANN_WHITNEY
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
  /CRITERIA ALPHA=0.05  CILEVEL=95.
```

Nonparametric Tests

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ADHD figyelemzavar összpontszám is the same across categories of agresszor olweus alapján.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	1,000[1]	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of ADHD hiperaktivitás/impulzivitás összpontszám is the same across categories of agresszor olweus alapján.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,181[1]	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

[1]Exact significance is displayed for this test.

II./6. Hipotézisvizsgálatok: 2. hipotézis

```
COMPUTE korr_olw_terr=q29olw_terr_alsk +q30olw_terr_alsk + q31olw_terr_alsk
+ q32olw_terr_alsk + q33olw_terr_alsk + q34olw_terr_alsk + q35olw_terr_alsk
+q36olw_terr_alsk + q37olw_terr_alsk.
EXECUTE.
NONPAR CORR
  /VARIABLES=adhd_figy adhd_hip sdq_hip agr korr_olw_terr
  /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Nonparametric Correlations

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Correlations

			ADHD figyelemzavar összpontszám	ADHD hiperaktivitás/impulzivitás összpontszám	SDQ Hiperaktivitás skála összesített pontszám	Agresszió skála összesített pontszám	Olweus korrigált terr öp
Spearman's rho	ADHD figyelemzavar összpontszám	Correlation Coefficient	1,000	,614**	,695**	,001	-,039
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,993	,798
		N	47	47	44	44	45
	ADHD hiperaktivitás/impulzivitás összpontszám	Correlation Coefficient	,614**	1,000	,439**	,289	,198
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,003	,057	,191
		N	47	47	44	44	45
	SDQ Hiperaktivitás skála összesített pontszám	Correlation Coefficient	,695**	,439**	1,000	,077	,018
		Sig. (2-tailed)	,000	,003	.	,624	,906
		N	44	44	44	43	44
	Agresszió skála összesített pontszám	Correlation Coefficient	,001	,289	,077	1,000	,734**
		Sig. (2-tailed)	,993	,057	,624	.	,000
		N	44	44	43	44	44
	Olweus korrigált terr öp	Correlation Coefficient	-,039	,198	,018	,734**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,798	,191	,906	,000	.
		N	45	45	44	44	45

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

II./7. Hipotézisvizsgálatok: 3. hipotézis

```
NONPAR CORR
  /VARIABLES=pozvis_kap pozvis_ad sdq_kapcs vikt korr_olw_vikt
  /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Nonparametric Correlations

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Correlations

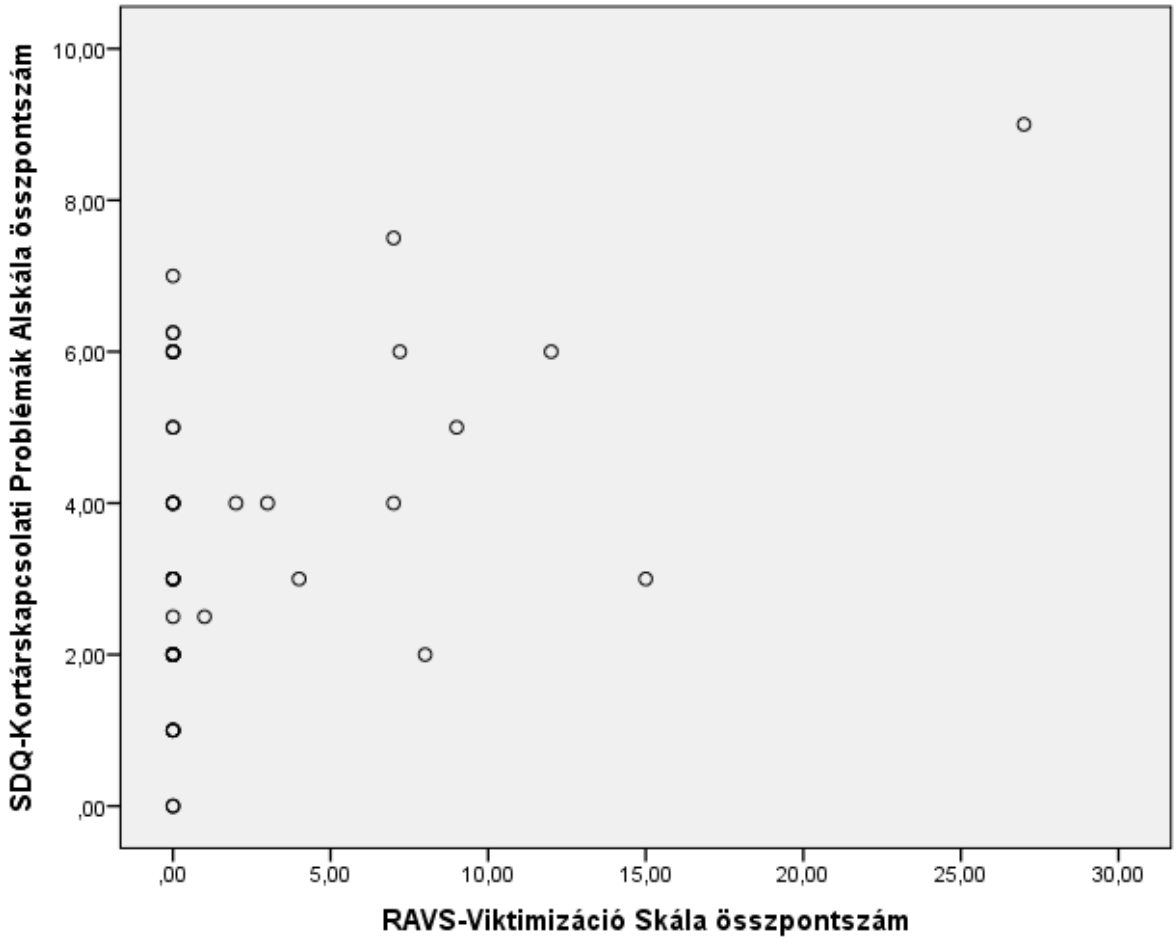
			Pozitív viselkedésben való részesülés skála összesített pontszám	Pozitív viselkedés gyakorlása skála összesített pontszám	SDQ Kortárskapcsolati skála összesített pontszám	Viktimizáció skála összesített pontszám	Olweus korrigált vikt öp
Spearman's rho	Pozitív viselkedésben való részesülés skála összesített pontszám	Correlation Coefficient	1,000	,827**	-,554**	-,262	-,208
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,085	,182
		N	44	43	44	44	43
	Pozitív viselkedés gyakorlása skála összesített pontszám	Correlation Coefficient	,827**	1,000	-,446**	-,059	-,057
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,003	,707	,720
		N	43	43	43	43	42
	SDQ Kortárskapcsolati skála összesített pontszám	Correlation Coefficient	-,554**	-,446**	1,000	,303*	,205
		Sig. (2-tailed)	,000	,003	.	,046	,183
		N	44	43	45	44	44
	Viktimizáció skála összesített pontszám	Correlation Coefficient	-,262	-,059	,303*	1,000	,614**
		Sig. (2-tailed)	,085	,707	,046	.	,000
		N	44	43	44	44	43
	Olweus korrigált vikt öp	Correlation Coefficient	-,208	-,057	,205	,614**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,182	,720	,183	,000	.
		N	43	42	44	43	44

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(minta = 9).
VARIABLE LABELS filter_$ 'minta = 9 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
GRAPH
  /SCATTERPLOT(BIVAR)=vikt WITH sdq_kapcs
  /MISSING=LISTWISE.
```

Graph

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```



II./8. Hipotézisvizsgálatok: 4.1. hipotézis

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
*Nonparametric Tests: Independent Samples.
NPTESTS
  /INDEPENDENT TEST (q56 q58) GROUP (minta)
KRUSKAL_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
```

```
/CRITERIA ALPHA=0.05  CILEVEL=95.
```

Nonparametric Tests

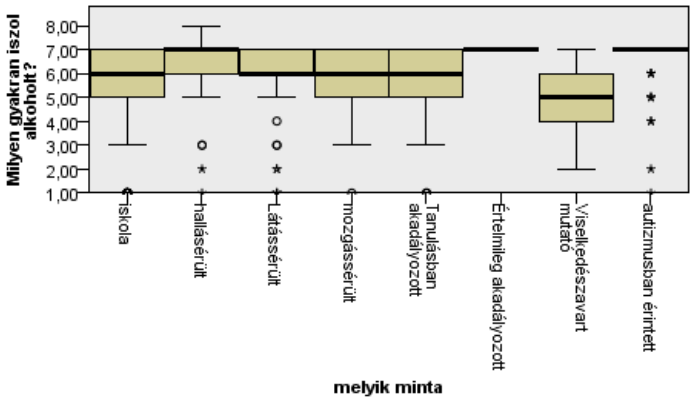
```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Milyen gyakran iszol alkoholt? is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Milyen gyakran dohányzol? is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

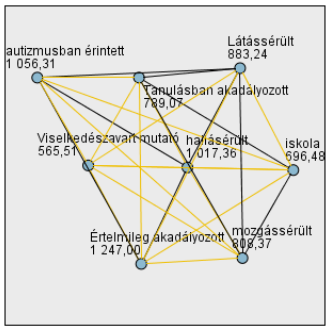
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	1 490
Test Statistic	135,602
Degrees of Freedom	7
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

1. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of melyik minta



Each node shows the sample average rank of melyik minta.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Viselkedészavart mutató-iskola	130,974	40,813	3,209	,001	,037
Viselkedészavart mutató-Tanulásban akadályozott	223,563	55,876	4,001	,000	,002
Viselkedészavart mutató-mozgássérült	242,864	56,306	4,313	,000	,000
Viselkedészavart mutató-Látássérült	317,735	59,848	5,309	,000	,000
Viselkedészavart mutató-hallásérült	451,847	61,217	7,381	,000	,000
Viselkedészavart mutató-autizmusban érintett	-490,798	73,445	-6,683	,000	,000
Viselkedészavart mutató-Értelmileg akadályozott	681,491	98,373	6,928	,000	,000
iskola-Tanulásban akadályozott	-92,588	42,674	-2,170	,030	,841
iskola-mozgássérült	-111,889	43,235	-2,588	,010	,270
iskola-Látássérült	-186,761	47,757	-3,911	,000	,003
iskola-hallásérült	-320,872	49,461	-6,487	,000	,000
iskola-autizmusban érintett	-359,824	63,977	-5,624	,000	,000
iskola-Értelmileg akadályozott	-550,517	91,522	-6,015	,000	,000
Tanulásban akadályozott-mozgássérült	19,301	57,669	,335	,738	1,000
Tanulásban akadályozott-Látássérült	94,172	61,133	1,540	,123	1,000
Tanulásban akadályozott-hallásérült	228,284	62,473	3,654	,000	,007
Tanulásban akadályozott-autizmusban érintett	-267,235	74,495	-3,587	,000	,009
Tanulásban akadályozott-Értelmileg akadályozott	-457,929	99,160	-4,618	,000	,000
mozgássérült-Látássérült	74,871	61,526	1,217	,224	1,000
mozgássérült-hallásérült	208,983	62,858	3,325	,001	,025
mozgássérült-autizmusban érintett	-247,934	74,818	-3,314	,001	,026
mozgássérült-Értelmileg akadályozott	-438,627	99,403	-4,413	,000	,000
Látássérült-hallásérült	134,111	66,050	2,030	,042	1,000
Látássérült-autizmusban érintett	-173,063	77,519	-2,233	,026	,716
Látássérült-Értelmileg akadályozott	-363,756	101,451	-3,586	,000	,009
hallásérült-autizmusban érintett	-38,952	78,580	-,496	,620	1,000
hallásérült-Értelmileg akadályozott	-229,645	102,264	-2,246	,025	,692
autizmusban érintett-Értelmileg akadályozott	190,693	110,021	1,733	,083	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

II./9. Hipotézisvizsgálatok: 4.1. hipotézis

```
CROSSTABS
  /TABLES=minta BY reszeg_2_kat
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ
  /CELLS=COUNT
  /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
melyik minta * 2 kategóriás lerészegedés	1424	95,2%	72	4,8%	1496	100,0%

melyik minta * 2 kategóriás lerészegedés Crosstabulation

Count

		2 kategóriás lerészegedés		Total
		soha nem részegedett le	valaha lerészegedett	
melyik minta	iskola	402	481	883
	hallásérült	44	32	76
	Látássérült	60	22	82
	mozgássérült	61	36	97
	Tanulásban akadályozott	45	59	104
	Értelmileg akadályozott	21	0	21
	Viselkedészavart mutató	35	82	117
	autizmusban érintett	39	5	44
Total		707	717	1424

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	100,988[a]	7	,000
Likelihood Ratio	113,995	7	,000
Linear-by-Linear Association	6,686	1	,010
N of Valid Cases	1424		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,43.

II./10. Hipotézisvizsgálatok: 4.2. hipotézis

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
*Nonparametric Tests: Independent Samples.
NPTESTS
  /INDEPENDENT TEST (q56 q58) GROUP (minta)
KRUSKAL_WALLIS(COMPARE=PAIRWISE)
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
```

```
/CRITERIA ALPHA=0.05  CILEVEL=95.
```

Nonparametric Tests

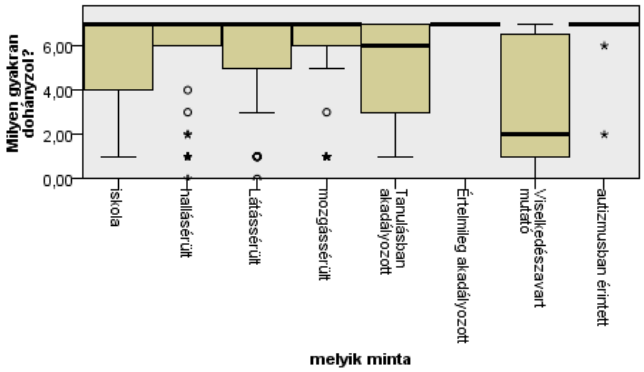
```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Milyen gyakran iszol alkoholt? is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Milyen gyakran dohányzol? is the same across categories of melyik minta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

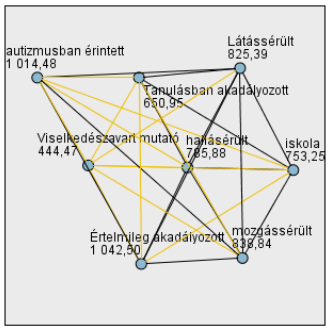
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	1 489
Test Statistic	126,859
Degrees of Freedom	7
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

1. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of melyik minta



Each node shows the sample average rank of melyik minta.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Viselkedészavart mutató-Tanulásban akadályozott	206,473	50,862	4,059	,000	,001
Viselkedészavart mutató-iskola	308,771	37,084	8,326	,000	,000
Viselkedészavart mutató-hallásérült	341,406	55,967	6,100	,000	,000
Viselkedészavart mutató-Látássérült	380,915	54,689	6,965	,000	,000
Viselkedészavart mutató-mozgássérült	394,364	51,255	7,694	,000	,000
Viselkedészavart mutató-autizmusban érintett	-570,003	66,911	-8,519	,000	,000
Viselkedészavart mutató-Értelmileg akadályozott	598,026	89,669	6,669	,000	,000
Tanulásban akadályozott-iskola	102,298	38,924	2,628	,009	,240
Tanulásban akadályozott-hallásérült	134,932	57,203	2,359	,018	,513
Tanulásban akadályozott-Látássérült	174,441	55,953	3,118	,002	,051
Tanulásban akadályozott-mozgássérült	187,891	52,601	3,572	,000	,010
Tanulásban akadályozott-autizmusban érintett	-363,530	67,948	-5,350	,000	,000
Tanulásban akadályozott-Értelmileg akadályozott	-391,552	90,445	-4,329	,000	,000
iskola-hallásérült	-32,635	45,392	-,719	,472	1,000
iskola-Látássérült	-72,144	43,807	-1,647	,100	1,000
iskola-mozgássérült	-85,593	39,435	-2,170	,030	,839
iskola-autizmusban érintett	-261,232	58,354	-4,477	,000	,000
iskola-Értelmileg akadályozott	-289,255	83,478	-3,465	,001	,015
hallásérült-Látássérült	-39,509	60,631	-,652	,515	1,000
hallásérült-mozgássérült	-52,958	57,552	-,920	,357	1,000
hallásérült-autizmusban érintett	-228,597	71,849	-3,182	,001	,041
hallásérült-Értelmileg akadályozott	-256,620	93,412	-2,747	,006	,168
Látássérült-mozgássérült	-13,449	56,310	-,239	,811	1,000
Látássérült-autizmusban érintett	-189,088	70,858	-2,669	,008	,213
Látássérült-Értelmileg akadályozott	-217,111	92,652	-2,343	,019	,535
mozgássérült-autizmusban érintett	-175,639	68,243	-2,574	,010	,282
mozgássérült-Értelmileg akadályozott	-203,662	90,667	-2,246	,025	,691
autizmusban érintett-Értelmileg akadályozott	28,023	100,352	,279	,780	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

II./11. Hipotézisvizsgálatok: 5. hipotézis

```
NONPAR CORR
  /VARIABLES=bp_tot agr korr_olw_terr
  /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Nonparametric Correlations

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Correlations

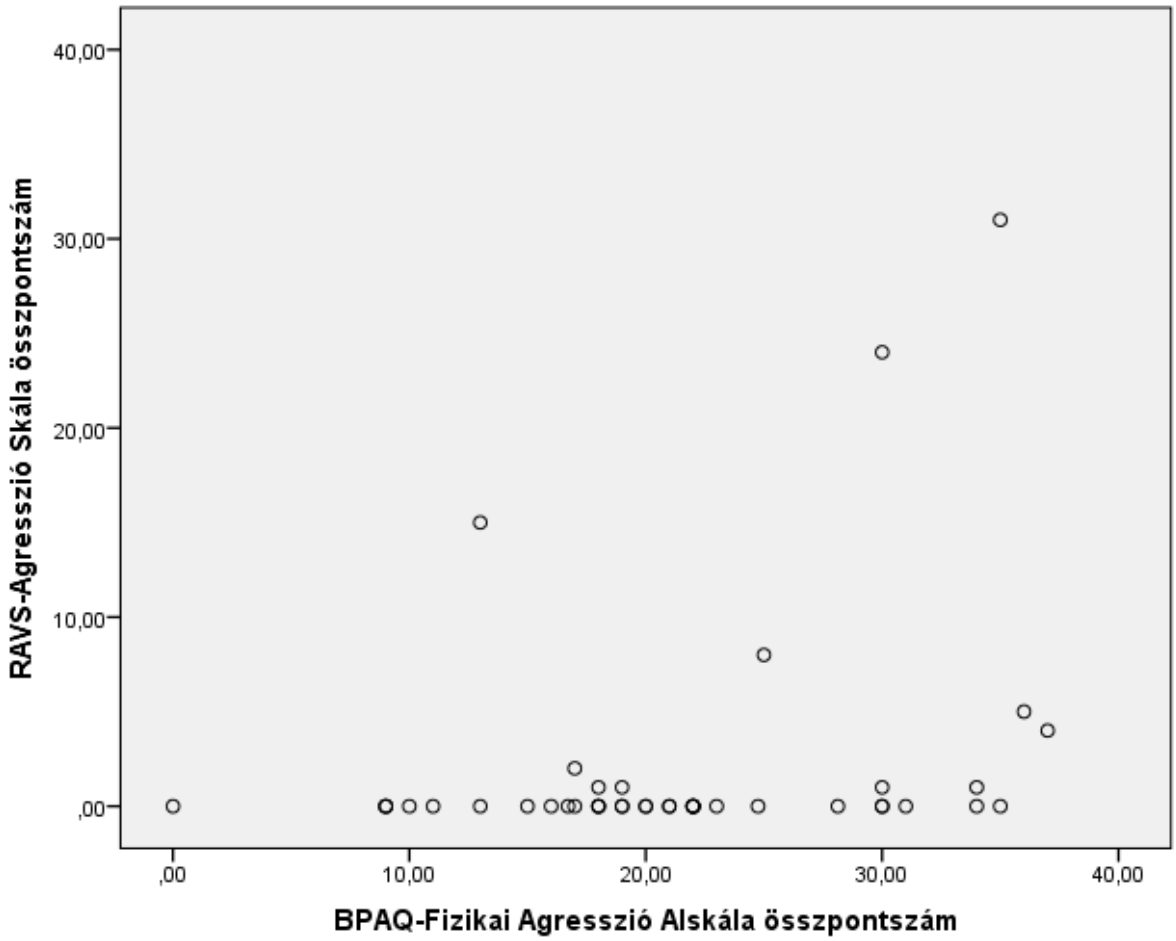
			Buss-Perry összpontszám	Agresszió skála összesített pontszám	Olweus korrigált terr öp
Spearman's rho	Buss-Perry összpontszám	Correlation Coefficient	1,000	,334*	,408**
		Sig. (2-tailed)	.	,027	,005
		N	47	44	45
	Agresszió skála összesített pontszám	Correlation Coefficient	,334*	1,000	,734**
		Sig. (2-tailed)	,027	.	,000
		N	44	44	44
	Olweus korrigált terr öp	Correlation Coefficient	,408**	,734**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	,000	.
		N	45	44	45

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

```
GRAPH
  /SCATTERPLOT(BIVAR)=bp_tot WITH agr
  /MISSING=LISTWISE.
```

Graph

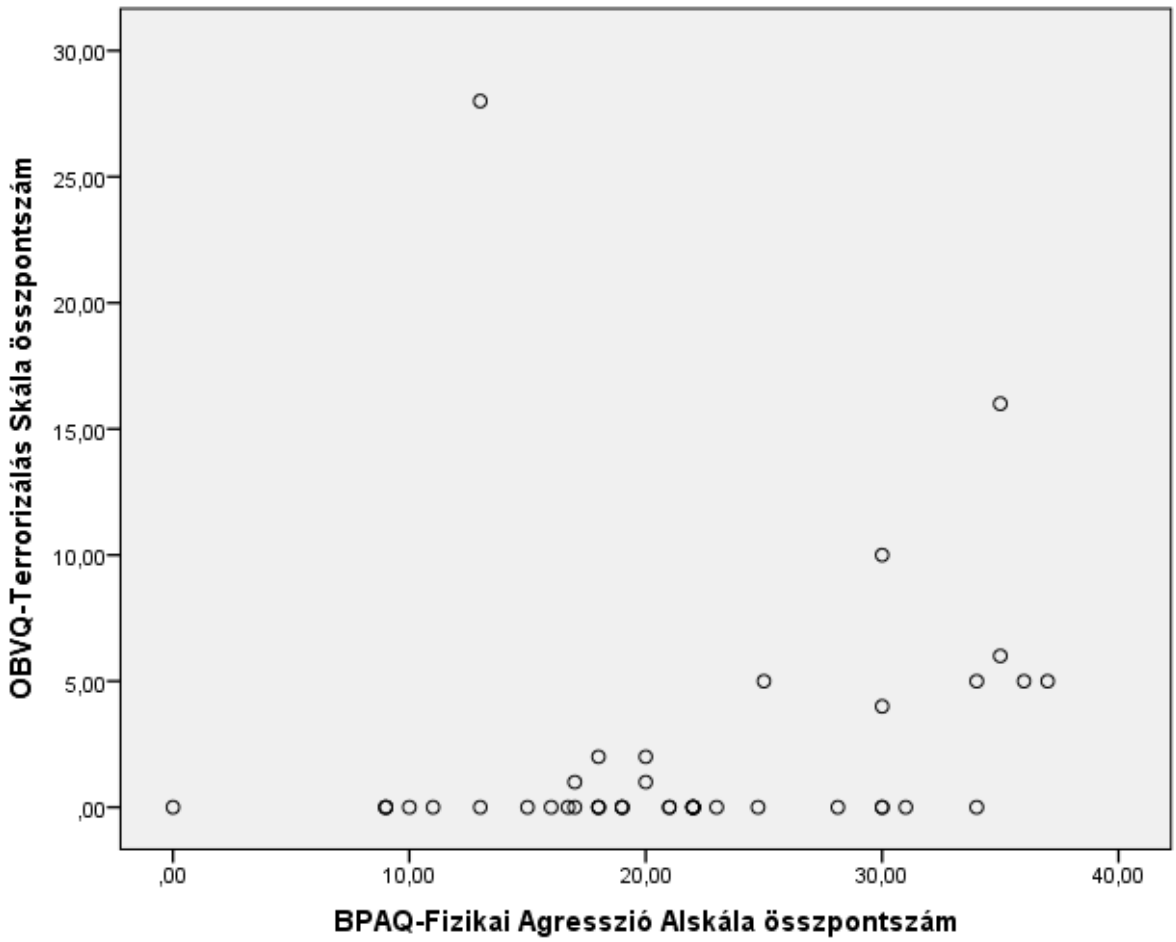
```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```




```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(minta=9).
VARIABLE LABELS filter_$ 'minta=9 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
GRAPH
  /SCATTERPLOT(BIVAR)=bp_tot WITH korr_olw_terr
  /MISSING=LISTWISE.
```

Graph

```
[DataSet2] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```



II./12. Hipotézisvizsgálatok: 6. hipotézis

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(minta = 9).
VARIABLE LABELS filter_$ 'minta = 9 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
NONPAR CORR
  /VARIABLES=vikt korr_olw_vikt sdq_erz sdq_intern
  /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Nonparametric Correlations

```
[DataSet1] C:\Users\Kamilla\Desktop\OSSZES_ADAT.sav
```

Correlations

			RAVS-Viktimizáció Skála összpontszám	OBVQ-Viktimizáció Skála összpontszám	SDQ Érzelmi tünetek skála összesített pontszám	SDQ internalizáló
Spearman's rho	RAVS-Viktimizáció Skála összpontszám	Correlation Coefficient	1,000	,614**	-,070	,131
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,653	,397
		N	44	43	44	44
	OBVQ-Viktimizáció Skála összpontszám	Correlation Coefficient	,614**	1,000	-,001	,118
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,992	,445
		N	43	44	44	44
	SDQ Érzelmi tünetek skála összesített pontszám	Correlation Coefficient	-,070	-,001	1,000	,870**
		Sig. (2-tailed)	,653	,992	.	,000
		N	44	44	45	45
	SDQ internalizáló	Correlation Coefficient	,131	,118	,870**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,397	,445	,000	.
		N	44	44	45	45

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).