

A SEGÍTSÉGGKÉRŐ VISELKEDÉS ÉS A DEPRESSZIÓ KAPCSOLATA A FIATAL FELNŐTTEK KÖRÉBEN

Szerzők:

Almássy Zsuzsanna (PhD)
Debreceni Egyetem (Magyarország)

Somogyi Dominika
Nyíregyházi Egyetem (Magyarország)

Szatmári Ágnes
Nyíregyházi Egyetem (Magyarország)

Első szerző e-mail címe:
almassy.zsuzsanna@ped.unideb.hu

Lektorok:

Mohácsi Bernadett (PhD)
Debreceni Egyetem (Magyarország)

Merza Katalin (PhD)
Soproni Egyetem (Magyarország)

Almássy Zsuzsanna, Somogyi Dominika és Szatmári Ágnes (2019): A segítségkérő viselkedés és a depresszió kapcsolata a fiatal felnőttek körében. *Különleges Bánásmód*, 5. (4). 7-19.
DOI [10.18458/KB.2019.4.7](https://doi.org/10.18458/KB.2019.4.7)

Absztrakt

Háttér és célkitűzés: Az utóbbi évek kutatásaiban a segítségkérő viselkedés egyre nagyobb figyelmet kapott. Jelen tanulmány a segítségkérő viselkedés jellegzetességeire fókuszál, fiatal felnőttek körében. A fiatal felnőttek veszélyeztetettek a mentális betegségek kialakulását tekintve, így a segítségkérő viselkedés háttérében álló tényezők feltárása és megértése fontos. Módszerek: Összesen 228 vizsgálati személy töltötte ki a kérdőívet (átlagos életkor: 22,5 év; $SD=3,29$). A kérdőív a demográfiai adatokon túl a Beck Depresszió Kérdőív rövidített, 9 itemes változatát, a Gotland Férfi Depresszió Kérdőívet és az Általános Segítségkérő Viselkedés Kérdőívet tartalmazta (személyes és családi problémák témakörben). Eredmények: A nők közelebbi segítségnyújtó személyeket jelölnek meg, mint a férfiak, és hajlamosabbak a partnerüktől segítséget kérni, mint a férfiak. Depressziós tünetek fennállása esetében azok a vizsgálati személyek, akik csak férfi depressziós tünetet mutattak, kevésbé hajlandóak segítségért folyamodni, mint azok, akik nem mutatnak vágóérték feletti depresszió szintet, és mint akik a depresszió hagyományos tüneteit mutatják. Következtetések: Mivel a férfi depressziós tünetek gyakran a bevezető tüneteket jelentik a depresszió kialakulásában, és általában maladaptív megküzdési stratégiák alkalmazásához vezetnek, választ kell adni arra a kérdésre, hogy hogyan lehet növelni a segítségkérő viselkedés mértékét.

Kulcsszavak: fiatal felnőttkor, depresszió, férfi típusú depresszió, általános segítségkérés, segítségkérő viselkedés

Diszciplína: pszichológia

Abstract

Background: The concept 'help-seeking behaviour' has gained attention in recent years. Early adults are at risk of developing mental disorders, thus exploring and understanding the background of help seeking delay is very important. This study focuses on help seeking intentions among early adults. Methods: The sample of 228 participants (mean age: 22,5 years; $SD=3,29$) filled out the questionnaires. After answering some demographic questions, respondents filled out the shortened version of the Beck Depression Inventory, the Gotland Male Depression Scale and the General Help- Seeking Questionnaire (in connection with personal problem and family problem). Results: Women reported closer potential help providers than men. Women tend to ask for help from intimate partner more frequently than men do. Participants who reported only masculine specific symptoms - which are least likely responses to depression - showed lower rates of help-seeking intentions compared with participants with no depressive symptoms or with classic symptoms of depression. Conclusion: Due to the fact that masculine specific symptoms are usually shown in the beginning of depressive episodes, and go hand in hand with maladaptive coping strategies, professionals have to consider how help- seeking intentions could be increased.

Keywords: early adulthood, depression, male type depression, general help -seeking, help -seeking behaviour

Discipline: psychology

A tanulmány összefoglalja a fiatal felnőttek különböző természetű problémák esetén megmutató segítségkérő viselkedését mint megküzdési mechanizmust. Vizsgálja a segítségkérő hajlandóság jellegzetességeit, annak férfiak és nők között megfigyelhető különbségeit. A vizsgálat kitér a depressziós tünetek hagyományos és férfi depressziós tüneteinek mérésére, és bemutatja azok összefüggését a segítségkérő hajlandósággal.

A fiatal felnőttkor olyan időszak, amely vulnerabilitást jelent a mentális betegségek kialakulását tekintve. Az időszakot a korábbi szakirodalmi adatok alapján egységes fejlődési szakaszként jellemezhetjük, amely napjainkra megváltozott. Jelen tanulmány egy nagyobb vizsgálat egy kisebb részét hivatott bemutatni, amelyben a fiatal felnőttkort a hagyományos értelmezésnek megfelelően az elemzések során egységes időszakként kezeljük. A teljes vizsgálat kitér a kibontakozó felnőttkor (18-25) és a korai felnőttkor (26-36) összehasonlító elemzésére is. Jelen munka a terjedelmi korlátai ezt nem teszik lehetővé, így a segítségkérő viselkedés és a dep-

ressziós tünetek jellemzésekor, és az összefüggések bemutatásakor a teljes időszakot vesszük alapul. Az elméleti háttér bemutatásában a segítségkérő viselkedés alapdefinícióját, a férfiak és a nők közötti különbségeket, a formális és informális segítségnyújtó rendszerek fogalmait járjuk körbe. Az ezt követő részben a fiatal felnőttkor jellemzése a cél, amelyben kitérünk röviden arra is, hogyan gondolkodunk napjainkban erről a nem homogén időszakról; bemutatjuk a kríziseket és a veszélyeztetettséget ebben az életkorban. Ezt követően a depressziós tünetekről, a depressziós tünetképzésről és az ebben megfigyelhető esetleges nemi jellegzetességekről írunk. Az elemzés három hipotézis mentén történik. Az adatok bemutatása és megbeszélése zárja a tanulmányt.

A segítségkérő viselkedés

A segítségkérő viselkedés, olyan megküzdési mechanizmusnak is tekinthető szándékos tevékenységet jelent, amely tudatossággal, a probléma

elismerésével és annak meghatározásával kezdődik (Lynch, Long és Moorhead, 2018). Jelen tanulmányunkban nem csak a professzionális segítő felkeresését definiáljuk segítségkérő viselkedésként, hanem bármely olyan személyes törekvés is, amikor az egyén a problémáját külső személlyel osztja meg. Annak ellenére, hogy a segítségkérő viselkedést meghatározó tényezők (az ezt elősegítő, illetve gátló összetevők) iránti tudományos érdeklődés kifejezett, egységes definíciót nehezen határoz meg a szakirodalom. A mentális problémák kezelése terén az egyik legnagyobb kihívást jelenti, hogy azok az egyének, akiknek segísre lenne szükségük, hogyan kaphatnák meg ezt (Rickwood és Thomas, 2012).

A segítségkérés formális és az informális formáját különböztethetjük meg. Az első esetben olyan szakemberek bevonásával történik a probléma megoldása, akik jogosultak tanácsadás vagy terápia vezetésére, úgymint orvos, pszichológus, szociális segítő. Az utóbbi csoportba pedig a nem szakmai segítséget nyújtó személyeket sorolhatjuk. Ide tartoznak például a családtagok vagy a barátok (Rickwood és Thomas, 2012).

A segítségkérő viselkedés vizsgálatokor kérdés, hogy milyen okok állnak a segítségkérés elmaradásának hátterében, illetve milyen facilitáló tényezők azonosíthatók. Fiatal felnőttkorban különösen szükséges a segítő beavatkozása, hiszen ez az az időszak, amikor a mentális betegségek nagyobb valószínűséggel jelennek meg, más életszakaszokhoz viszonyítva. Figyelemreméltóak Lynch, Long és Moorhead (2018) kutatási eredményei, mely szerint a 15 és 24 éves kor közötti öngyilkosságok aránya igen magas. Meg kell határoznunk azokat a háttérben húzódó okokat, amelyek az esetek mögött állnak, amikor az egyén nem fordul segítségért a probléma fokozódásakor.

Az érzelmek megtagadása és az alacsony fokú pszichológiai tudatosság többnyire szerepet játszik azokban az esetekben, amikor az egyén nem szívesen kér segítséget (Lynch, Long és Moorhead,

2018). Gulliver, Griffiths és Christensen (2010) az alábbi tényezőket sorolja fel, amelyek a segítségkérés elmaradását befolyásolják:

- A szegényes mentális egészségtudat esetén az egyén nem tudja megkülönböztetni egymástól a valódi és a normál belső feszültséget és nem ismeri a rendelkezésre álló, igénybe vehető szolgáltatásokat.
- Az attitűdök és személyes viszonyulások kategória a professzionális segítséhez való negatív viszonyulást továbbá, a szakember véleményében való bizalmatlanságot jelenti. Ebben az esetben a személy úgy véli, hogy a segítő nem tud hozzájárulni a problémája megoldásához, illetve képesnek tartja magát arra, hogy egyedül is meg birkózzon a nehézségeivel.
- Megbélyegzés során az érintettek attól félnek, hogy a közösség a betegségük miatt kirekeszti őket.

A jelenséget kutató szerzők a segítségkérő viselkedést elősegítő tényezőiként tartják számon a korábbi sikeres kezeléseket, a magasabb iskolai végzettséget, a mentális betegség hosszú idejű fennállását és a partner támogatását (Gulliver, Griffiths és Christensen, 2010; Rickwood és tsai, 2005).

Depressziós tünetek és a prevalencia adatok kérdései

Az érzelemszabályozási nehézségekkel jellemezhető kórképeknél, a prevalenciában a két nem képviselői között jelentős különbségeket mutathatók ki (például: depresszió, a kényszerbetegség kivételével a szorongásos zavarok, borderline személyiségzavar) (Nolen-Hoeksema, 2012).

A férfiak és a nők depressziója közötti különbségekkel leggyakrabban az előfordulási gyakoriság elemzése során találkozhatunk. A betegség megjelenésében, lefolyásában, a terápiás hatékonyságában tapasztalható markáns különbségek vizsgálatára

kevesebb figyelem jut annak ellenére, hogy a klinikai megfigyelések és tapasztalatok mellett számos kutatási eredmény is arra hívja fel a figyelmet, hogy a férfiaknak és a nőknek nem ugyanazok a tapasztalataik a depresszió tekintetében (Rochlen, és tsai, 2010).

A depresszió diagnózis nagyarányú prevalencia eltérései a kutatók érdeklődését a lehetséges okok vizsgálata felé fordította. Egyrészt megállapíthatjuk, hogy lehetséges az, hogy a depresszió diagnózisának kritériumai főként a nők depressziós tüneteit fedik le, a férfiak kevesebbszer élik meg depressziójukat ezen tünetek mentén. A férfiak tehát nemcsak kevesebb depressziós tünetről számolnak be, hanem azt részben más tünetek mentén is élik meg (Galasinski, 2008; Kilmartin, 2005; Rutz, 2001; Oliffe és Phillips, 2008).

Férfi típusú depresszió

A lehetséges eltérő tünettán mellett érvelő kutatók hangsúlyozzák a tünetek megjelenésekor azt, hogy a férfi nemi szerep elvárások a függetlenséget, érzelmentességet, az érzelmekről való gondolkodás elkerülését, a fizikai erő kifejezését, a versengést írják elő. A férfinak erősnek kell lennie, és érzelmeit el kell rejtjenie.

A hagyományos női szerepek inkább összeegyeztethetőek a depresszív állapottal. (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003; Real, 1997). Elemzések bizonyítják, hogy a férfiakra jellemző depressziós tünetek a nőknél is jellemzőek lehetnek (Almássy és tsai, 2014).

A klasszikus tüneti kép vizsgálata mellett azokkal a depressziós tünetekkel is számolni kell, melyeket a férfiakra speciálisan jellemző tünetekként tartunk számon: időszakosan jelentkező dühkitörések; irritabilitás; impulzivitás; tolerancia szint csökkenés; külvilág felé irányuló agresszió; hosztilis, antiszociális megnyilvánulások; eltúlzott tevékenységek (Cochran és Rabinowitz 2000; 2003; Rihmer és Rutz, 2000).

A depressziós tünetek felismerési nehézségei egyrészt az eltérő tünettánból adódhatnak, másrészt a férfiak azon tulajdonságán alapulhatnak, hogy az erősebbik nem képviselői hajlamosabbak problémáikat, tüneteiket tagadni, és összességében kevesebb tünetről beszámolni (Addis és Mahalik, 2003).

A férfiak segítségkérő viselkedését és ezzel összefüggésben a mentális egészségi állapotát jellemző kutatások fontos információkat szolgáltathatnak a depresszió kutatás területén. A kutatások tanulsága szerint, a férfiak kevésbé hajlamosak segítséget kérni testi és lelki panaszaik enyhítése céljából, életkorra, nemzetiségre és etnikai hovatartozásra való tekintet nélkül (Addis és Mahalik, 2003; Mansfield, Addis és Mahalik, 2003). Azt is megfigyelhetjük, hogy a segítőkkel való együttműködés szintje a férfiak esetében jelentősen alacsonyabb, mint a nők esetében (Kennedy, 2001). Jelen vizsgálatban a férfiak és a nők segítségkérő hajlandósága és a férfiak és a nők depressziós tünete is elemzésre kerülnek.

Fiatal felnőttkor és készülődő felnőtté válás

A 18-35 év közötti korosztály kijelölésére azért került sor a vizsgálatban, mert a fiatal felnőttkor vulnabilitást jelent a mentális betegségek megjelenését tekintve. A korcsoport pedig az újabb irányzatok eredménye szerint nem egységes, hanem további csoportokra bontható.

Az emberi fejlődés szakaszossága, illetve folytonossága a fejlődéslélektan egyik alapvető kérdése. Azonban, ha a klasszikus elméletalkotókat tekintjük (többek között Freudot vagy Erikson) szembeűnővé válik, hogy az emberi fejlődésről alkotott szakaszokban való gondolkodás és a szakaszok közötti minőségi eltérések ismerete elengedhetetlen az eltérő korosztályok jellemzőinek bemutatásához. Különösen hangsúlyosak ezek a szakaszok a serdülőkor és a felnőttkor határán. Erikson (1991) az emberi fejlődést nyolc jól elkülöníthető egységre

osztotta, az azokban megoldandó feladatok és krízisek mentén. Míg a serdülőkor legfőbb feladata az identitáskialakítása, a fiatal felnőttkorban az intim, érett, felnőtt kapcsolatok létrehozása a lényeges. A mai, felgyorsult világunkban az eriksoni elmélet helytálló ugyan, de a gyorsan történő változások markáns hatást gyakorolnak az egyéni életutak sajátosságaira, kiváltképpen a felnőtttség elérésére.

Robbins és Wilner (2001) azonosították és honosították meg a kapunyitási krízis fogalmát az amerikai fiatalok tapasztalataira alapozva, melyet Arnett (2004) kutatási követtek. A kapunyitási krízist olyan jelenségként írták le, amelyet a 19-25 éves korúak élnek át, hasonló jellegzetességeket mutatva a kapuzárási pánikhoz. A krízisben szenvedők a kiégés tüneteit, depressziót, szorongást és az élet értelmetlenségét élhetik át. Mindezek mellett elbizonytalanodhatnak önmagukban, a pályájukban és az életcéljaikban egyaránt. Mivel a szüleik generációja hasonló nehézségekkel nem szembesült, így elhagyatottnak, mintanélkülinek és tanácstalannak érezhetik magukat annak tekintetében, hogy kihez forduljanak segítségért.

Arnett (2004) kutatásiban alátámasztotta, hogy a kapunyitási krízis létező jelenség, de közel sem olyan intenzív, ahogyan azt előtte leírták, továbbá a vizsgálata során nyert eredmények alapján egy új fejlődéslélektani szakasz létrehozását kezdeményezte. Az *emerging adulthood* (kiszülődő felnőtttség) (Lisznyai, 2010) olyan átmeneti életszakaszt jelöl, melyben az egyén már nem gyermek és serdülő, azonban még nem érte el a felnőttiséget. Ez az időszak átmenetinek tekinthető, amely különböző nehézségek elé állítja a fiatalt. A társadalmi és gazdasági hatások következtében kitoldódik a munkakezdés időszaka, amelyet megelőz a felsőoktatásban való részvétel. Nem ritka, hogy a szakaszt intenzíven megelő fiatal halogatja, kitolja a diploma megszerzését, amelynek következtében a házasságkötést, családalapítást is későbbi életkorban valósítja meg, mindezek mellett átélve a pályakezdés nehezítetttségét is. Az életkori szakasz

kritikus jellegének alapján egy öndefiníciós nehézség is megjelenik, mely a fiatal identitásának krízisével is együtt járhat és a párkapcsolati elköteleződését is bonyolíthatja (Elekes, Mikuska, és Komlósi 2018).

Robinson (2016) némileg más aspektusból tekint a korszak kritikus jellegére. Az életkori határok tekintetében nézőpontja hasonló, de némiképpen tágítja azokat. Kutatásai alapján megkülönböztet egy korai és egy késői szakaszt. Míg a korai szakasz az arnetti kiszülődő felnőttkorral (18-25 év) analóg, és a felnőttkori identitás kialakítását tartja fontos feladatának, addig a korai felnőttkorban (25-35 év) a függetlenség vagy elköteleződés a kritikus kérdéskör.

Arnett (2007) kutatásai arra mutatnak rá, hogy míg a kiszülődő felnőtttség szakaszának átmenetisége nehezítheti a felnőttkori identitás kialakítást, a pár- és a hivatásválasztást, amely megterhelő lehet a fiatal számára, azonban ez az időszak rengeteg pozitívumot és fejlődési lehetőséget is tartogat az egyén számára.

MÓDSZER

Jelen vizsgálat célja a segítségkérés iránti hajlandóságot és jellegzetességeket feltárni. A vizsgálat célkitűzései között szerepel azon személyek azonosítása, akikhez a fiatal felnőttek fordulnak abban az esetben, ha érzelmi és családi problémákkal néznek szembe. A kutatás további célja a depressziós tünetek feltérképezése a 18-35 éves korosztályban, és a tünetképzés jellegzetességeinek és a segítségkérő viselkedés jellemzőinek az összevetése.

A vizsgálat hipotézisei:

Hipotézis 1.: A nők és a férfiak különböző személyekhez fordulnak segítségért érzelmi és családi problémáik miatt. A nők inkább használják a közelebbi kapcsolataikat (pl. család, partner) mint a férfiak, és a nők nagyobb valószínűséggel fordulnak professzionális segítőtárhoz.

Hipotézis 2.: A férfiak segítségkérési hajlandósága elmarad a nők segítségkérési hajlandóságától mind az érzelmi, mind a családi problémák esetén.

Hipotézis 3.: A depressziós tünetek befolyásolják a segítségkérő viselkedést. A férfi depressziós tünetek megléte csökkent segítségkérési hajlandósággal társul.

Minta

A kérdőívkitöltők száma $n=234$ fő volt. A vizsgálatba való bekerülés feltétele a 18 és 35 év közötti életkor. Ennek megfelelően egy 18 év alatti és öt 35 év feletti kérdőív kitöltő került kizárára. A végleges elemszám $n=228$ fő. A vizsgálati személyek életkorának átlaga 22,5 év, $SD=3,29$.

A vizsgálati minta nem szerinti megoszlása a következőképpen alakult: 37,3% ($n=85$) férfi kitöltő és 62,7% ($n=143$) nő töltötte ki a kérdőívet, és felelt meg a vizsgálati feltételnek.

A nemi megoszlás tekintetében vizsgálati csoport a következőképpen alakult: 36,8 % ($n=46$ férfi) és 63,2% ($n=79$) nő vett részt a vizsgálatban.

A vizsgálati személyek többsége várost jelölt meg lakhelyéül 71,5%-ban, kisebb része a mintának faluban él 28,5%-uk. A vizsgálati személyek 37,3%-a középfokú végzettséggel rendelkezik, 48,7%-a jelenleg felsőfokú tanulmányokat végez, 11,4%-a befejezte a felsőfokú tanulmányait, 2,6%-a szakmával rendelkezik.

Eljárás

Az adatgyűjtéshez összeállított kérdőívcsomag online módon és papír-ceruza alapú kérdőív formájában volt elérhető a vizsgálatban részt vevők számára. A kérdőívek kitöltése önkéntes alapon, anonim módon történt.

A papír-ceruza alapú tesztek kitöltése felsőoktatásban részt vevő hallgatók körében történt.

Az adatelemzés során az SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences) statisztikai programcsomag állt rendelkezésünkre.

Vizsgálati eszközök

A vizsgálat során használt kérdőívcsomag kitöltése 20-25 percet vett igénybe. A vizsgálati személyek az általános és demográfiai adatokat lekérdező kérdések után standard kérdőíveket és -a vizsgálati kérdésnek megfelelően- a külföldi szakirodalomban fellelhető eszközök magyarrá fordított, nem adaptált verzióját töltötték ki. A vizsgálati eszközöknek a vizsgálati kérdés szempontjából releváns kérdései kerültek fordításra. A magyarrá nem adaptált kérdőívek reliabilitás vizsgálata megtörtént, amely alapján a kérdőívek felhasználhatósága biztosított. Jelen tanulmány a teljes vizsgálati anyag egy részét mutatja be.

A segítségkérő hajlandóság mérése

A kérdőívben használt kérdőív alapja az Általános Segítségkérő Viselkedés Kérdőív (General Help-Seeking Questionnaire) (Tulio és Valesquez, 2014). Az eredeti kérdőív által felkínált segítségnyújtók listája a kérdőív szerzőinek megjegyzését alapul véve került kiegészítésre, hogy a potenciális segítségnyújtók listáját a vizsgált populációhoz igazítsuk. Az eredeti kérdőív személyes/érzelmi problémák és öngyilkossági gondolatok esetében méri a segítségkérő szándékot.

Jelen vizsgálatban érzelmi és családi problémakört vizsgáltunk, amelyben a segítségkérés megtörténhet. Azért jelöltük ki ezt a két helyzetet, mert a fiatal felnőttkor normatív kríziseihez kívántuk azokat illeszteni.

A kérdőív kitöltői hétfokú Likert-skálán jelölik válaszaikat, amelyek arra vonatkoznak, hogy a listában szereplő személyektől, a felmerülő problémájuk során mennyire jellemző, hogy segítséget kérnek.

A kiegészített lista tartalmazza a partneren, a szűk családon, a távoli rokonokon, barátokon túl a szociális segítőt, orvost, pszichológust, vallási, politikai vezetőket és a telefonos segítségnyújtás lehetőségét.

A depresszió mérésére hagyományosan alkalmazott eljárás: Beck Depresszió Kérdőív (BDI)

Vizsgálatunkban a 9 tételt tartalmazó rövidített Beck Depresszió Kérdőívet használtuk. A Beck Depresszió Kérdőív (Kopp és Kovács, 2006) az egyik legelterjedtebb módja a depresszió tüneteinek feltárására. A válaszadónak négy fokú skálán kell megítélnie, mennyire tartja az adott ítemet önmagára igaznak. A kérdőív itemei a depresszió diagnosztikus kritériumrendszerek által megjelölt tünetekre: alvászavarra, fáradtságra, döntésképtelenségre, munkaképtelenségre, önvádásra, közönnyosségre vonatkoznak. A kérdőív alapján diagnózis nem állítható fel, azonban a vizsgáló eljárás a depresszió súlyosságának megállapítására alkalmas (Kopp és Kovács, 2006).

Férfi depressziós tünetek mérése: Gotland Férfi Depresszió Kérdőív (Gotland Male Depression Scale-GMDS)

A férfi depressziós tünetek mérésére a Gotland Férfi Depresszió Skálát használtuk (Innamorati és tsai, 2011). A skála 13 ítemet tartalmaz. A „hagyományos” depressziós tünetek mellett (reménytelenség érzés, kiégettség, üresség érzése, alvászavarok) a férfi típusú depressziós tüneteket is felméri (alacsonyabb tűréshatár, agresszívebb megnyilvánulások, túlzott aktivitás, fokozott munkavégzés). A kérdőívet azért fejlesztették ki, hogy megnövelje a major depresszió felismerésének valószínűségét azáltal, hogy a jellegzetesen férfiakra jellemző (gyakran a depressziós tünetképzés korai tüneteiként megmutatkozó) tünetekre kérdez rá.

A kérdőív állításait a kitöltők négy fokozatú Likert-típusú skálán értékelik. A férfiakra jellemző tüneti kép mérése a női mintán is lehetséges (Almássy és tsai, 2014). A skála klinikai diagnózis felállítására

nem alkalmas, a depresszió súlyosságának megállapítása használatával lehetséges.

EREDMÉNYEK

A segítségkérés és a potenciális segítségnyújtók

Első célkitűzésünkben arra kerestük a választ, hogy az érzelmi és a családdal kapcsolatos problémák esetén kitől kérnek jellemzően segítséget a vizsgálati személyek. A segítségkérő szituációt érzelmi problémára és családi problémára vonatkoztattuk.

Elemeztük, hogy ki az első öt legvalószínűbb személy (a tizenkét felkínált lehetőség közül), akihez segítségért fordul az egyén a problémája esetén (1. táblázat). A leíró eredményekből látszik, hogy mind a két problémakör esetén a bizalmas társ, a szülők, a barátok, és a távolabbi családtagok, ismerősök kapják a legnagyobb szerepet.

Elmondhatjuk, hogy a segítségnyújtóként használt legvalószínűbb szereplők között nem találkoztunk az orvossal, a pszichológussal, a szociális területen dolgozó segítőtvel, a politikai/vallási vezetővel. Nem jellemző tehát a mintánkra, hogy professzionális segítőt jelölnének meg olyan személyként, aki segíthet megoldani a problémájukat. Az 1. táblázatban bemutatott sorrendiség a férfiak és a nők esetében megegyezik, ezért erre vonatkozó adatokat külön nem közlünk.

Nemi különbségek a segítségkérő hajlandóságban

Az elemzésnek ezen a pontján a két nem közötti különbségeket vizsgáltuk, és a kérdésünk az volt, hogy mutatkozik-e nemi különbség a két felkínált problémakör esetében a férfiak és nők között abban, hogy milyen mértékben fordulnak segítségért egy-egy személyhez (2. táblázat).

Mivel adataink nem mutatnak normál eloszlást a segítségkérő viselkedés mutatói tekintetében, nem paraméteres statisztikai eljárásokat használtunk az

elemzések során. A csoportok összehasonlítására Mann-Whitney próbát alkalmaztunk.

1. táblázat: A segítségkérés legjellemzőbb személyei (forrás: a Szerzők)

<i>Érzelmi probléma</i>	A segítség igénybevételének átlag értéke (<i>M</i>)	<i>SD</i>
1. Bizalmas társ (pl. barát, férj stb.)	5,02	2,06
2. Szülők	4,94	1,83
3. Barát (nem párkapcsolat)	4,87	1,78
4. Nagyszülők	2,97	2,07
5. Távolabbi családtag/Ismerős	2,90	1,87
<i>Családi probléma</i>	A segítség igénybevételének átlag értéke (<i>M</i>)	<i>SD</i>
1. Bizalmas társ (pl. barát, férj stb.)	5,05	2,12
2. Szülők	4,45	2,02
3. Barát (nem párkapcsolat)	4,73	2,06
4. Nagyszülők	3,22	2,12
5. Távolabbi családtag/Ismerős	2,48	1,80

2. táblázat: A potenciális segítségnyújtók igénybevételére vonatkozó nemi különbségek (forrás: a Szerzők)

<i>Érzelmi probléma</i>	Szignifikancia szint (<i>p</i>)	Mann-Whitney <i>U</i>	Milyen mértékben veszi igénybe a segítséget (<i>rangsorszám átlag</i>)	
			férfi	nő
Bizalmas társ	0,003	4701,0	98,31	124,13
Szociális segítő	0,053	5480,0	121,53	110,32
Orvos	0,007	5019,5	126,95	107,1
Oktató	0,009	4920,5	128,11	106,41
Politikai/Vallási vezető	0,012	5402,0	122,45	109,78
Telefonos segélyvonal	0,014	5481,0	121,52	110,33
<i>Családi probléma</i>	Szignifikancia szint (<i>p</i>)	Mann-Whitney <i>U</i>	Milyen mértékben veszi igénybe a segítséget (<i>rangsorszám átlag</i>)	
Telefonos segélyvonal	<i>p</i> =0,012	<i>U</i> =5448,5	férfi	nő
			121,9	110,1

Eredményeink szerint a nők szignifikánsan magasabb pontszámot jelöltek meg abban a tekintetben, hogy milyen mértékben jellemző, hogy a bizalmas társ felé fordulnának segítségért. A férfiak és a nők összehasonlításakor láthatjuk, hogy a férfiak magasabb pontszámot adnak a professzionális segítőkhez fordulás esetének (valószínűbbnek ítélik annak lehetőségét, hogy használnák probléma esetén), mint a nők. A bizalmas társhoz, és a közvetlen családtagokhoz hasonlítva, a professzionális segítők távolabbi segítségnyújtóként definiálhatók. Szembetűnő adat, hogy a férfiak szignifikánsan nagyobb mértékben mutatnak hajlandóságot a professzionális segítőkhez való fordulás tekintetében, mint a nők. Első hipotézisünket ezek alapján részben tekint-hetjük igazoltnak: a nők és a férfiak segítségnyújtóként legnagyobb mértékben megjelölt személyei nem különböznek sem az érzelmi, sem a családi problémák esetében.

A hipotézis második fele, mi-szerint a nők nagyobb mértékben használják a közelebbi kapcsolataikat, igazolódott.

A segítségkérő viselkedés elutasítása

Vizgáltuk, hogy az egyén mennyire képviseli azt az attitűdöt, hogy nem szeret segítségért fordulni senkihez a problémájával. Továbbá azt vizgáltuk meg, hogy a depressziós tünetek fennállása esetében kihez fordul segítségért az egyén.

A segítség-kérő hajlandóságot ismét érzelmi és családi problémák esetén vizgáltuk. A segítségkérő viselkedés elutasítása az érzelmi problémák esetében (Mann-Whitney próba alapján) szignifikáns eltérést mutat a két nem képviselői között ($U=5048,500$ $p=0,027$).

Érzelmi problémák esetén a férfiak szignifikánsan nagyobb mértékben jelentik ki azt, hogy nem szeretnek segítséget kérni senkitől.

A második hipotézisünket részben tekinthetjük igazoltnak, mivel a családi probléma esetén nem igazolódott a feltevésünk.

A depressziós tünetek és a segítségkérő hajlandóság

A vizsgálati személyek depressziós tüneteit vizsgálva az alábbi eredményeket kaptuk.

A BDI alapján a minta 82,5 %-a nem mutat depressziós tüneteket, 17,5 %-a pedig jelentős mértékű depressziós tüneteket mutat. A vágóérték feletti depressziós tüneteket mutató 17,5%-ból a minta 16,2%-ánál enyhe, 1,3%-ánál közepes súlyos depressziót találtunk.

A GMDS skála alapján férfi depressziós tüneteket mutat a vizsgálati személyek 38,6%-a. A GMDS alapján a súlyosságot tekintve elmondhatjuk, hogy a vizsgálati személyek 61,4%-a nem mutat depressziós tünetet, 33,8%-a enyhe depressziós tünetekről, 4,8%-a pedig közepes súlyos depressziós tünetekről számol be.

- Depressziós tünetek nem detektálhatók (GMDS és BDI-n is tünetmentes): $n=136$ fő (1. csoport)
- Csak hagyományos depressziós tünettől jellemezhető (GMDS skála nem jelez, BDI skála jelez depressziót): $n=4$ fő (2. csoport)
- Csak férfi depressziós tünetekkel jellemezhető (GMDS jelez, BDI nem jelez jelentős mértékű depressziót): $n=52$ fő (3. csoport)
- Mind hagyományos, mind férfi depressziós tünetek jelen vannak (GMDS skála és BDI skála is jelez): $n=36$ fő (4. csoport)

Vizsgálati kérdésként merült fel, hogy a különböző depressziós tüneteknek a fennállása és a segítségkérési hajlandóság milyen összefüggéseket mutat. A kialakított 4 vizsgálati csoporthoz tartozó, segítségkérési hajlandóságot vizsgáló adatokat Kruskal-Wallis próbának vetettük alá mind az érzelmi, mind a családi problémák esetén. Érzelmi problémák tekintetében a négy csoport segítségkérési hajlandóságában a következő potenciális segítségnyújtók kapcsán kaptunk szignifikáns különbségeket: pszichológushoz $[\chi^2(3) = 22,051, p < 0,000]$, szociális segítőkhez $[\chi^2(3) = 25,572,$

$p < 0,000$] politikai/vallási vezetőhöz [$\chi^2(3) = 17,931$, $p < 0,000$], telefonos segélyvonalhoz [$\chi^2(3) = 20,977$, $p < 0,000$] való fordulás esetén. A depressziót mutató csoportok között a legkisebb hajlandóságot a 3. csoport mutatja. Vagyis elmondhatjuk, hogy a kizárólagosan férfi depressziós tüneteket mutató egyének szignifikánsan kisebb mértékben mutatnak

segítségkérési hajlandóságot. A vizsgálati csoportok rangszám átlagait a 3. táblázat mutatja be

Az eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a harmadik hipotézisünk teljesült: a férfi depressziós tünetek megtapasztalása kisebb mértékű segítségkérő viselkedéssel társul.

3. táblázat: a segítségkérő viselkedés és a depressziós tünetek vizsgálatakor kapott rangátlagok az érzelmi problémák esetében (forrás: a Szülők)

	Potenciális segítségnyújtók			
	Pszichológus	Szociális segítő	Politikai/vallási vezető	Telefonos segélyvonal
	<i>rangszám átlagok</i>			
1. csoport	108,75	107,54	111,61	108,93
2. csoport	111,63	128,13	131,88	134,75
3. csoport	103,62	109,42	105,31	112,50
4. csoport	152,26	146,60	136,75	136,17

Családi probléma esetében a négy csoport segítségkérési hajlandóságában a következő szignifikáns különbségeket figyelhetjük meg a potenciális segítségnyújtók vonatkozásában:

szülők [$\chi^2(3) = 7,641$, $p = 0,054$], nagyszülők [$\chi^2(3) = 8,982$, $p = 0,030$], pszichológus [$\chi^2(3) = 21,258$, $p < 0,000$], szociális segítő [$\chi^2(3) = 28,924$, $p < 0,000$], orvos [$\chi^2(3) = 23,389$, $p < 0,000$], politikai/vallási vezető [$\chi^2(3) = 32,748$, $p < 0,000$], telefonos segélyvonal [$\chi^2(3) = 22,119$, $p < 0,000$]. A vizsgálati csoportok rangszám átlagait a 4. táblázat mutatja be.

A tendencia hasonló mint az érzelmi problémák esetében. A szülők és a pszichológus esetében taláink kis mértékben eltérő mintázatot.

Ezek alapján elmondhatjuk, hogy a szülők kivételével (itt a legkisebb mértékben a 4. csoport valószínűsítette a segítségkérést) a férfi depressziós tüneteket mutatóknak a legalacsonyabb a hajlandósága a segítségkérésre vonatkozóan.

A harmadik hipotézisünket a fentiek alapján igazoltnak tekinthetjük.

4. táblázat: A segítségkérő viselkedés és a depressziós tünetek vizsgálatakor kapott rangátlagok a családi problémák esetében (forrás: a Szülők)

	Potenciális segítségnyújtók						
	Szülők	Nagyszülők	Pszichológus	Szociális segítő	Orvos	Politikai/vallási vezető	Telefonos segélyvonal
	<i>rangszám átlagok</i>						
1. csoport	121,50	113,93	110,36	109,13	108,82	108,26	110,43
2. csoport	160,00	197,25	82,50	129,88	125,75	159,13	130,00
3. csoport	106,02	103,28	103,32	105,31	107,40	108,95	107,45
4. csoport	95,25	123,68	149,86	146,38	144,97	141,14	138,35

MEGBESZÉLÉS

A vizsgálat során feltártuk a segítségkérő hajlandóság jellemzőit fiatal felnőttek körében. Érzelmi, személyes probléma és családi probléma esetében is elmondhatjuk, hogy a professzionális segítőhöz fordulás nem szerepel a leggyakrabban segítő személyként használható személyek között. Ez a jellegzetesség a férfiakra és a nőkre egyaránt igaznak mondható. Ennek okai között a szakirodalmi áttekintésben ismertetett adatok alapján elmondhatjuk, hogy gyakran a szegényes pszichológiai tudatosság, a megbélyegzéstől való félelem is állhat. Az egyén továbbá érezheti azt, hogy képes egyedül megoldani a problémáját, illetve képes azonosítani a környezetében azokat a személyeket, akik megoldást tudnak adni a problémáikra. Ugyanakkor a szakirodalom tájékoztat arról is, hogy ez veszélyes lehet, mert ebben az életkorban a legsérülékenyebbek az egyének a mentális problémák kialakulásával szemben és a maladaptív megküzdési módok rögzülése is ebben az életkorban a legvalószínűbb. Ezek alapján a megfelelő szakember, professzionális segítő elérése, megkeresése sokszor elengedhetetlen lenne a súlyosabb problémák elkerülése céljából. Bár (a szakirodalmi áttekintésben ismertetett) kutatás igazolta, hogy a mentális problémákkal küzdő férfiak vonakodnak professzionális szakembertől segítséget kérni. Vizsgálatunkban a hajlandóság tekintetében ennek az eredménynek részben ellentmondó eredményeket kaptunk. Nem szerepelt a leggyakoribb személyek között egy hivatásos segítő sem, viszont amikor a nőket és a férfiakat hasonlítottuk össze, különbségek igazolódtak. A nők és a férfiak között szignifikáns különbség mutatkozott, amelyből azt látjuk, hogy a nők kevésbé hajlandóak professzionális segítséget kérni, mint a férfiak. További kérdésként merülhet fel, hogy a segítségkérő hajlandóság jelölése, kifejezése után milyen arányban történnek meg a segítségkérések. Valóban megjelennek-e a férfiak a segítőknél. Jelen vizsgálatban a mentális problémákat a depressziós tünetképzés képviselte,

viszont nem tet-tünk különbséget a nők és a férfiak között (a terjedelmi keretek betartása miatt) amely eredmény tovább árnyalná az eredményeket ebben a tekintetben. A férfi típusú depresszió gyakran rejtett marad. Nem diagnosztizálják az egyént, mivel ezek a tünetek elfedik a valódi depressziós tüneteket. A szakirodalom alapján elmondható, hogy a segítség (kérés vagy elfogadás) elmaradása hosszú távon súlyos következményekkel járhat. Az úgynevezett férfi depressziós tünetek megjelenését azzal magyarázzák, hogy olyan tüneteket él meg az egyén, amely nem azonosítható a gyengeséggel, elsettséggel, inaktivitással. Figyelmet kell fektetni az externalizáló tünetek megjelenésére is.

A férfi depressziós tünetek gyakran a depresszió bevezető fázisában figyelhetők meg (amely mindkét nem esetében hasonlóan történhet). Az externalizáló tünetek mint az irritabilitás, düh, impulzivitás megjelenése tovább mélyülve, és maladaptív megküzdési módokkal társulva vezethet a súlyosbodáshoz.

Eredményeinkből kitűnik, hogy a segítségkérő viselkedés abban a csoportban a legalacsonyabb, amelybe a kizárólag férfi depressziós tüneteket mutató egyének tartoznak. Ennek oka az lehet, hogy az externalizáló tünetek megjelenése társadalmilag elfogadottabb (főleg a férfiak körében) így bár a probléma fenn áll, kisebb valószínűséggel keres az egyén megoldást azokra. Amennyiben az általunk mért mindkét depresszió skálán vágópont feletti értéket ért el az egyén, nagyobb valószínűséggel mutat hajlandóságot a segítségkérésre, mint a többi csoport képviselői. A hagyományos és a férfi tünetek megléte feltételezheti a nagyobb fokú szenvedésnyomás meglétét és esetlegesen a könnyebb felismerhetőséget is.

A további elemzéseinkben a depressziós tünetek megjelenése, tünettana, háttértényezői és a segítségkérő hajlandóságban megmutatkozó jellegzetességek részletesebb elemzésére törekszünk a fiatal felnőttkor korcsoport bontásával (készlődő felnőttkor és a korai felnőttkor).

IRODALOM

- Addis, M. E., & Mahalik J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14.
- Almássy Zs., Baksa N., Papp G., & Szemán-Nagy A. (2014): Nemi különbségek vizsgálata a depressziós tünetegyüttesben az alexitímia mentén, különös tekintettel a férfi depresszióra. *Magyar Pszichológiai Szemle* 69(2), 319 – 336.
- Arnett, J.J. (2004). *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J.J. (2007): Emerging Adulthood: What Is It, and What Is Good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68–73.
- Cochran, S. W., & Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Cochran, S. W., & Rabinowitz, F. E. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 132–140.
- Elekes Sz., Mikuska P., & Komlósi P. (2018): A pályaidentitás, párkapcsolati elköteleződés és családi háttértényezők összefüggései a készülődő felnőtté válás idején. *Alkalmazott Pszichológia*, 18(3), 29–50.
- Erikson E.H. (1991). *A fiatal Luther és más írások*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó.
- Galasinski, D. (2008). *Men's discourses of depression*. New York: Palgrave Macmillan.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen H. (2010). Barriers and facilities to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 12, 157 – 170.
- Innamorati, M., Pompili, M., Gonda, X., Amore, M., Serafini, G., Niuolu, C., Lester, D., Rutz, W., Rihmer, Z., & Girardi, P. (2011). Psychometric properties of the Gotland Scale for Depression in Italian psychiatric inpatients and its utility in the prediction of suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 132 (1/2), 99–103.
- Kennedy, H. (2001). Do men need special services? *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 93–99.
- Kilmartin, C. (2005). Depression in Men: Communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health & Gender*, 2(1), 95–99.
- Kopp, M., & Kovács, M. E. (2006). Melléklet: a Hungarostudy 2002 felmérésben használt kérdőívek. In Kopp M., & Kovács, M. E. (Ed.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (539–550). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Lisznyai S. (2010): Készülődő felnőtté válás. Kutatás a fiatalok mentálhigiénés állapota témakörében. In Puskás-Vajda Zs., Lisznyai, S. (Ed.), *Életrajzaszokéhatárán. Közösségi és egyéni tanulási feladatok*. (9–25). Budapest: FETA Könyvek 5.
- Lynch, L., Long, M. & Moorhead A. (2018): Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 138 – 149.
- Mansfield, A. K., Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). 'Why don't he go to the doctor?': The psychology of men's health seeking. *International Journal of Men's Health*, 2(2), 93–109.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012): Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161–187.
- Oliffe, J. L., & Phillips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*, 5(3), 194–202.
- Real, T. (1997). *I don't want to talk about it: Overcoming the secret legacy of male depression*. New York: Fireside.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. & Ciarrochi, J. V. (2005): Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3). 1 – 34.
- Rickwood, D. & Thomas, K. (2012): Conceptual measurement framework for helpseeking for

- mental health problems, *Psychology Research and Behavior Management*, 5. 173–183.
- Rihmer Z., & Rutz, W. (2000). *Depresszió és Öngyilkosság férfiaknál*. Budapest: Springer Orvosi Kiadó.
- Robbins A., & Wilner A. (2001). *Quarterlife Crisis – The Unique Challenges of Life in Your Twenties*. New York: Penguin Putnam Inc.
- Robinson, O. (2016): Emerging adulthood, early adulthood and quarter-life crisis: Updating Erikson for the twenty-first century. In Zukauskienė, R.(Ed.), *Emerging adulthood in a European context*. (17–30) London and New York: Routledge.
- Rochlen, A. B., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Duberstein, P., Willeford, L., & Kravitz, R. L. (2010). Barriers in diagnosing and treating men with depression: A focus group report. *American Journal of Men's Health*, 4(2), 167–175.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62(1/2), 123–129.
- Tulio, A. P., & Velaquez, P. A. (2014). Revisiting the General Help Seeking Questionnaire: Adaptation, Exploratory Factor Analysis, and Further Validation in a Filipino College Student Sample. *Philippine Journal of Psychology*, 47(1). 1–17.

