

Hajduné Kálmán Margit
A Fővárosi Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság
2003-ban végzett munkájáról¹

A Gyermekvédelmi Szakértői Bizottságok létrehozását és működését a Gyermekvédelmi törvény módosításáról szóló rendelkezések szabályozták. Ezek alapján kezdte meg munkáját a Fővárosi Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat keretén belül a Fővárosi Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság is, 2003. áprilisában.

A szakértői bizottság céljai²

- 1) A bizottság által elkészített szakvélemények és az azokban megfogalmazott javaslatok jelentsenek valós segítséget, komoly támpontot a TEGYESZ szakemberének az elhelyezési javaslat kialakításához és az egyéni elhelyezési terv elkészítéséhez.
- 2) A szakvéleményben foglaltak segítsék a városi gyámhivatal szakemberét a gyermek számára leginkább alkalmas gondozási hely kijelölésében, meghatározásában, továbbá szolgálják hatásosan az egyéni elhelyezési tervről szóló döntés meghozatalának ügyét.
- 3) Az elkészült szakvélemény segítse a gyermek gyámját, gondozóját a gyermek valós szükségleteinek, problémáinak megismerésében, a gyermek számára fontos foglalkozások, szolgáltatások, beavatkozások megtervezésében, az egyéni gondozási-nevelési stratégia elkészítésében.

- 4) A bizottság munkája akkor éri el legfontosabb célját, ha a szakvéleményben foglaltak maradéktalanul szolgálják az érintett gyermekek, illetve fiatalok érdekeit, a velük és családjukkal közvetlenül foglalkozó, sorsukat befolyásoló döntéseket hozó, nekik ellátást biztosító szakemberek, intézmények munkavégzésén keresztül.

A célok eléréséhez az alábbi feladatok végrehajtása szükséges:

- A gyermekről rendelkezésre álló információk, az előzetes gyermekvédelmi gondoskodásra vonatkozó iratanyagok összegyűjtése, elemzése, tanulmányozása (gyermekjóléti szolgálat komplex dokumentációja, beutaló határozat, gondozói-nevelői vélemény, iskolai-pedagógiai jellemzés, egészségügyi iratok, ha készültek ilyenek, akkor a korábbi pszichológiai, gyógypedagógiai vagy pszichiátriai vizsgálatok, kezelések eredményei, korábbi szakértői vélemények stb.).
- Interjúk, explorációk, esetmegbeszélések kezdeményezése, lebonyolítása minden olyan intézménnyel, szervezettel, szakemberrel, akik bármilyen információval, forrással tudnak szolgálni az eset körülményeinek pontos tisztázására, a bekerülési okok kiderítésére; lehetőség, illetve szükség szerint a szülőkkel, hozzátartozókkal, egyéb személyekkel folytatott megbeszélések.
- Pszichológiai, egészségügyi, indokolt esetben gyógypedagógiai és pszichiátriai, továbbá, ha szükséges, egyéb szakvizsgálatok során a gyermek értelmi, érzelmi, neveltségi állapotának, személyisége jellemzőinek, pszichés státuszának, családi és egyéb kapcsolatainak, testi, fizikális fejlettségének feltárása, esetleges fogyatékoságok, betegségek, érzékszervi, idegrendszeri, illetve más károsodások megállapítása.
- A gyermek állapotának, szükségleteinek megfelelő beavatkozások, korrekciók, további kezelések, szolgáltatások (nevelési, gondozási,

esetkezelő, rekreációs stb.) elvégzésére, biztosítására irányuló javaslatok megfogalmazása, a családba történő visszakerülés feltételeinek és az ehhez szükséges segítségnyújtás módjainak összefoglalása.

A szakértői bizottság tagjai

A szakértői bizottság általában háromtagú:

1 fő szociális munkás

1 fő gyermekorvos

1 fő gyermekpszichológus.

Az általuk elkészített szakvélemény összedolgozásával készül el a szakértői vélemény és javaslat.

A szociális munkás feladatai:

Összegyűjti azokat az információkat, melyeket a gyermekről az alapellátás során szereztek. Pl.: a gyermekjóléti szolgálattal való kapcsolatfelvétel módja, ideje; a jelzett probléma, a veszélyeztetettség okai; az együttműködési szándék a szülő és a gyermek részéről; a családgondozóval való kapcsolattartás gyakorisága, beavatkozások típusai, az alapellátás időszakában bevont egyéb intézmények beavatkozásai; ha voltak ilyenek, hatósági eljárások kezdeményezésének indokai, kimenetele; az eredménytelenség okai; az ideiglenes hatályú elhelyezés, illetve az átmeneti nevelésbe vétel közvetlen előzményei.

Ezen kívül információkat gyűjt a szülők szociális körülményeiről, a család életviteléről, a szülők kapcsolattartásáról, a testvérek helyzetéről, a rokoni kapcsolatokról, a gyermek helyzetéről az oktatási, nevelési intézményben, a a gyermek életének jelentősebb eseményeiről stb.

A szakvélemény elkészítésénél a szociális munkás a szakmája szabályai szerint jár el.

A gyermekorvos feladatai:

Adatokat kér be a gyermek születési körülményeiről, a család és a gyermek egészségének jellemzőiről, a korábbi betegségekről. Rögzíti a testi fejlettségről, esetleges akut vagy krónikus szervi-, szervezeti eltérésről szóló véleményt. Nyilatkozik a gyermek általános és speciális egészségügyi szükségleteiről.

A gyermek-szakpszichológus feladatai:

Rögzíti az érintett gyermekről megfigyelés, exploráció és tesztvizsgálatok nyomán kialakult véleményét.

Információkat gyűjt a gyermek nevelőjétől, családjától, hozzátartozójától. Az állapot felmérésében figyelembe veszi a gyermek mozgásösszességét, mimika-, gesztussajátosságait, cselekvési sajátosságait (játékát), kapcsolatteremtő képességét, érdeklődését, odafordulását, tájékozódását (térben, időben), figyelmét, érzékelését, felfogását, fogalomalkotását. Felméri általános intelligenciaszintjét. Figyelembe veszi a gyermek iskolai teljesítményét, szükség esetén javaslatot tesz a Tanulási Képességet Vizsgáló Bizottsághoz való utalásra. Kitér a gyermek hangulatának és érzelmi életének jellemzőire (különös tekintettel érzelmi igénybevehetőségére, működéseire, kontroll működéseire, regresszióra). Megítéli ösztönkésztetések, motivációk, törekvések és azok kontrollálásának lehetőségét.

A tesztvizsgálatokat a pszichológus a legteljesebb fejlődési és pszichés állapotfeltárás érdekében szakmai kompetenciája alapján választja meg.

Feltünteti a nevelésben résztvevők számára a támpontot jelentő pozitív személyiségjegyeket, jelzi a korrekciót igénylő lemaradásokat, zavarokat, kijelöli a korrekció útját. Az összefoglalót köznapi nyelven fogalmazza meg, a diagnosztikai kritériumok figyelembevételével.

A szakértői vélemény lehetőség szerint pedagógiai és logopédiai összefoglalókat is tartalmaz.

A *pedagógiai vélemény* kitér a gyermek beilleszkedésére, magatartására, társaihoz és felnőttekhez való viszonyára, a közösségben elfoglalt szerepére. Jelzi az érzelmi, neveltségi állapotot, a szocializáltság fokát. Felméri a gyermek önállóságát, szabály- és normakövetését.

Tájékoztat továbbá arról, hogy a gyermeket kik és milyen gyakran látogatják, valamint hogy ehhez miként viszonyul a gyermek.

A *logopédiai vélemény* a gyermek beszédértéséről, a beszédfejlődés milyenségéről tájékoztat. Feltünteti az esetleges hangképzési problémákat, javaslatot tesz a korrekció módjára. Felméri a gyermek iskolai teljesítményét. Tanulási nehézségek esetén jelzi a problémák típusait (diszgráfia, diszkalkulia, diszlexia). Szükség szerint javaslatot tesz a tanulási képességet vizsgáló bizottsághoz való utalásra.

A gyermekvédelmi szakértői bizottság szakvéleményt készít a speciális szükségletű gyermekek gondozását illetően. Ez esetben a háromtagú szakértői team kiegészül 1 fő pszichiáter szakorvossal és 1 fő gyógypedagógussal.

A *pszichiáter szakorvos* vizsgálata alapján rögzíti a fizikális, neurológiai és pszichés státuszt, diagnózist állapít meg, és javaslatot készít.

A *gyógypedagógus* szakmai kompetenciája birtokában nyilatkozik a testi érettségről, a motoros képességekről, az értelmi képességekről, a szociális érettségről.

A Fővárosi TEGYESZ Gyermekvédelmi Szakértői Bizottságának összetétele, működése

A szakértői bizottság főállású, „külsős”, valamint megbízási szerződéssel foglalkoztatott munkatársakkal látja el feladatát. Tagjai a következők:

1 fő bizottságvezető: szakmailag irányítja, összehangolja, szervezi, koordinálja a bizottság munkáját;

1 fő szociális asszisztens: gondoskodik a szakértőkkel történő időpontegyeztetésről, a bizottság összehívásáról, az ülés megszervezéséről és lebonyolításáról, nyilvántartást vezet, ellátja az adminisztrációs feladatokat;

7 fő szociális munkás (egyben az elhelyezési szolgálat munkatársai);

9 fő gyermekorvos (7 fő gyermekotthonban dolgozó gyermekorvos);

6 fő pszichológus;

2 fő gyógypedagógus-logopédus.

A vizsgálatokat a szakértők az átmeneti otthon munkatársaival, a gyermekkel, illetve a szülőkkel előre egyeztetett időpontokban végzik. Az elkészített szakvéleményüket megküldik a bizottság részére.

A bizottság hetente 2 alkalommal ül össze. Ilyenkor általában – tekintettel a határidőkre – 10 gyermekről készítjük el a szakértői véleményt és a javaslatot.

A bizottság a gyámhivatal felkérésére az ideiglenes beutaló határozattól, illetve a felkéréstől számított 14-21 napon belül készít szakvéleményt. Ennek kapcsán több probléma is felmerül.

A gyámhivatalok többsége nem kéri fel a szakértői bizottságot a vélemény elkészítésére. A feladatokról csupán az elhelyezési szolgálat tájékoztatja a bizottságot.

A gyermek, illetve a határozat vagy felkérés megérkezésével egyidejűleg a bizottság semmilyen előzményre vonatkozó információt nem kap a gyermekről. Jó esetben csak a beutalás közvetlen indokai jutnak a tudomásunkra. Az adatgyűjtés így nagyobb feladat, sokkal több időt vesz igénybe. Indokolatlan feszültségeket kelt a határidők szorítása. Fontos, hogy a bizottság üléséig pontos információk birtokába jussunk, mert lényeges adatok hiányában megalapozatlan vélemény és javaslat fogalmazódhat meg!

Az alapellátás szereplőinek adatszolgáltatása szintén nehézkes. A gyermekről szóló dokumentáció ritkán érkezik meg.

A nehézségek rendezése érdekében igyekszem párbeszéden alapuló kapcsolatfelvételt kezdeményezni az érintett személyekkel, az intézmények dolgozóival.

Az ellátórendszer befogadóképességének problémáira, és arra, hogy ebből adódóan a szakértői véleményekben foglaltak bizonyos esetekben nem tudnak érvényre jutni, beszámolómban nem kívánok kitérni.

A 2003-ban beutalt gyermekek személyiségállapota

A tavalyi évben 641 gyermekről (331 fiú és 310 lány) készült összegző szakvélemény, illetve gyermekvédelmi szakértői bizottsági vélemény.

Összegző szakvélemény 144 esetben (76 fiú, 68 lány) született a 2003. január 1-től április 14-ig terjedő időszakban.

Bizottsági szakvélemény 497 készült (255 fiú és 242 lány esetében) 2003. április 14-től december 31-ig.

Ez a vizsgálatok számát tekintve nagymértékű növekedést jelent a két megelőző év adatahoz viszonyítva, mely 2001-ben 273 fő, 2002-ben 318 fő.

Ebben az évben a feldolgozás során a gyermekeket három fő csoportba osztottuk.

- Csecsemők és kisgyermek (0-tól 3 éves korig). E csoportba 112 fő tartozik, ebből 51 fiú és 61 lány.
- Óvodások és kisiskolások (3-6 éves korig). A csoport 218 fős, ebből 122 fiú, 96 lány.
- Felső tagozatosak és ifjúsági korosztályúak (6-17 éves kortól). Számuk 311 fő, melyből 158 fiú, 153 lány.

A személyiségállapot elemzése során az elkészült szakvéleményeket 64 faktor alapján elemeztem, amelyek a következő fő területeken jeleníthetők meg:

- a családi, szülői háttér vizsgálata
- a gyermekek szomatikus, mentális, érzelmi állapota
- a gyermekek szociális helyzete (kapcsolati zavarok)
- terápiás javaslatok a gyermekek számára
- elhelyezési, gondozási formára tett javaslatok

I. Csecsemők és kisgyermekek

Családi, szülői háttér

A beutalások indokai közt vezető oknak mutatkozott a hajléktalanság: 38 csecsemő és kisgyermek esetében fordult elő.

Lemondott a gyermekről 7 szülő, három esetben gyámhatósági nyilatkozattal.

Az anya egészségügyi és egyéb problémái közt az alábbiak szerepeltek: szkizofrénia (3 eset), szkizoid zavar (1 eset), suicid kísérlete volt 2 főnek, értelmi fogyatékos 3 fő, Hepatitisz B fertőzött 1 fő, gyengénlátó, gerincbeteg, ortopédiai beteg 1-1 fő. Öten alkohol- és drogfogyasztók, ketten alkoholisták. Előzetes letartóztatásban, illetve börtönben volt 3-3 fő.

Bántalmazás miatt került be négy gyermek, veszélyeztetés miatt kettő, elhanyagolás okán hat.

A gyermekek szomatikus állapota

A kevésbé súlyos, részben elhanyagolásból eredő problémák kategóriájában a következők szerepeltek: egy gyermekben régebb óta kullancs volt, ketten voltak rühesek, ketten rosszul tápláltak.

Hurutos betegség, tüdőgyulladás 3 főnél, sárgaság 1 főnél fordult elő. Két gyermek esetében jegyeztünk fel hipoxiás születést, légzészavart, egynél műtéttel járó fülbetegséget.

A 112, e korcsoportba tartozó gyermek közt 14-nél tartósabb betegségek is kialakultak, illetve fennálltak: cukorbeteg (lisztérzékenységgel) 1 főnél, shunt beültetés vált szükségessé szintén 1 főnél. Down-szindróma 2 fő, izomtónusos zavarok 1 fő, méhen belüli sorvadás jelei (foetopathia) 5 fő, foetális alkohol-szindróma két fő esetében jelentkeztek. Egy gyermek ajakhasadást korrigáló műtéten esett át.

Az elhelyezési, gondozási formára tett javaslatok:

- nevelőszülőnél történő elhelyezés (38 fő)
- örökbefogadás (3 fő)
- átmeneti nevelésbevitel, gyermekotthon (39 fő)
- családba fogadás (9 fő)
- anyaoththoni elhelyezés, szülővel együtt (4 fő)
- hazagondozás (19 fő).

A szakértői bizottság az elhelyezésre tett javaslatok kidolgozásánál kibővült a csecsemőotthon orvosával és pszichológusával.

II. Óvodások és kisiskolások

Ebbe a korcsoportba a vizsgált mintából 218 gyermek tartozik ez az összes vizsgált gyermek 34 %-a.

Családi, szülői háttér

A beutalási okok közül kiemelkedő faktor az elhanyagolás. A jegyzőkönyveket áttanulmányozva 55 esetben jelenik meg, ami a korosztályi minta 25 %-a. A tavalyi 28 %-hoz viszonyítva ugyan valamelyes csökkenés mutatható ki, de ez az adat így is azt jelzi, hogy ebben a korcsoportban a gyermekek egynegyed része nem kapta meg azt a figyelmet a gondozó szülők és hozzátartozók részéről, mely szükséges lenne a megfelelő fejlődéshez.

Az elhanyagolás extrém példaként olyan is előfordult, hogy az anya kisiskolás leányára hagyva annak egyéves kistestvérét, három napra eltűnt a lakásból. A nagyobb gyermek maga kérte a beutalást.

A gyermekek bántalmazása 27 esetben fordult elő a beutalás indokai között (12 %). A szülők, hozzátartozók 15 kisfiút és 12 kislányt bántalmaztak fizikailag rendszeresen vagy súlyos sérüléseket okozva. Két kisgyermek már ebből a korosztályból is saját maga kérte a beutalását. Az anya 4, az apa 7, az anya élettársa 8, és a nevelőszülő 2 esetben bántalmazott kisgyermeket folyamatosan vagy sérüléseket okozva. 2 esetben mind az anya, mind az apa, 1 esetben az anya és a nevelőapa együttesen bántalmazták a gyermeket.

1. ábra

A szülők különböző lakásproblémái magas arányt képeznek a beutalási indokok között. 57 esetben (a beutalások 26 %-a) volt kimutatható a lakhatásra alkalmas helyiség hiánya. Ez tehát valamivel több mint egynegyed részben határozta meg a gyermekek bekerülését, és sok esetben további sorsát is. 35 gyermek szülője vált hajléktalanná. Ez az összes eset 16 %-a, azaz majdnem minden hatodik gyermeket érinti.

2. ábra

A szülők egészségi állapota 26 esetben (12%) volt a beutalás indoka. Ezen belül 13 gyermek szülője valamilyen pszichés betegségben szenved. Szkizofrénia 2, depresszió 1, epilepszia 1, suicid kísérlet 2 gyermek szülőjénél szerepelt. Egy esetben a szülőt TBC miatt tiltották el a gyermekkel való érintkezéstől.

A szülők devianciája 63 esetben mutatható ki, ami az előző évekhez képest növekedést jelent.

31 gyermek (14 %) szülője alkoholizál, 6 esetben mindennaposak a verekedések a szülők között, további 6 esetben a szülők kriminális életmódot, életvitelt folytattak.

Börtönbüntetését tölti 16 szülő, ugyancsak 6 van előzetes letartóztatásban. Két esetben a gyermekek mindkét szülője előzetes letartóztatásba került különböző bűncselekmények miatt.

A gyermekek szomatikus állapota

A tavalyi adatokkal összevetve e téren némi javulás tapasztalható. Alultáplált 28 gyermek, 13 %-os az arányuk a tavalyi 20 %- hoz képest.

Előfordult viszont néhány kevésbé gyakori betegség is, pl. leukémia, illetve születés óta meglévő HIV-fertőzés.

A gyermekeket ért, különféle testi tünetekben is megnyilvánuló pszichés károsodásokat ezúttal a mentális zavarok, érzelmi és személyiségproblémák, valamint a szociális zavarok fő kategóriái között fogom vizsgálni. Ezek a típusú szomatikus - pszichoszomatikus betegségek évek óta a gyermekek kb.10%-át érintik.

A gyermekek mentális állapota

A mentális zavarok a különböző tanulási elmaradások, illetve egyéb felfogásbeli és értelmi problémák mögött esetenként meghúzódó minimális agyi károsodásokra utalnak.

Mentális zavart jeleznek a pszichológiai vélemények 30 főnél (14 %). Értelmileg akadályoztatott kategóriába esett 10 gyermek, akik közül középsúlyos 2 fő (50-60 közötti IQ-övezetben), illetve egy súlyosan akadályoztatott volt, 41-es IQ-val.

(Megjegyzem, hogy a Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság feladatkörébe nem tartozik közvetlenül sem a tanulási képességek, sem a részképességek vizsgálata, illetve az intelligenciaszint mérése, hiszen ezek hivatalos mérését - megállapítását a tanulási képességvizsgáló bizottságok hivatottak elvégezni. A

pszichológiai vélemények tanúsága szerint 10 esetben utaltunk gyermeket e bizottsághoz.)

A beszédfejlődési zavarok sokirányúak, és elsősorban az óvodás gyermekeknél szerepeltek. 38 esetben talákoztunk olyanfajta beszédfejlődési zavarral, mely a személyiségfejlődését tekintve említést érdemelt a pszichológiai véleményekben is.

Részképesség-zavarokat 15 esetben, diszlexiát 7 fő, diszgráfiát 2 fő esetében vélelmeztek a pszichológiai vélemények.

A gyermekek érzelmi állapota

Ebben a kategóriában a jellemző alaptünet a gyermekek érzelmi bizonytalansága, mely 17 gyermeknél jelentkezett. Három gyermek, két fiú és egy lány, kifejezett érzelmi retardációt mutatott.

Félelemre és szorongásra utaló kifejezett neurotikus tüneteket találtunk 29 gyermek esetében (13 %).

Magányosság jellemző 17 gyermek érzelmi életére (8%). Ez fontos diagnosztikai támpont, hiszen a közösségeknek nagy szerepe van a gyermekek egészséges személyiségfejlődésében.

Sajnos már ebben a korosztályban is megjelentek a különböző súlyos pszichés tünetek, melyek orvosi- pszichiátriai és esetenként gyógyszeres segítséget is igényelnek. Ilyenek például a szkizoaffektív pszichózis (2 eset), nem diagnosztizált szkizofrénia (1 eset), suicid veszély – ez utóbbi 10 esetben állt

fenn, az érintett gyermekek közül háromnak suicid kísérlete is volt. Melankóliás 2, depressziós 8, autisztikus 3 gyermek. Elsődleges enuresis 5, encopresis 2, kórházi- pszichiátriai kezelés 6 fő esetében fordult elő, ők gyógyszeres kezelésben is részesültek.

Fentiekén kívül szívproblémája három, állandó fejfájása két, súlyos és hosszantartó krízisállapota szintén két gyermeknek volt. (Három óvodás gyermekkel például koldult a szülője az utcán.)

A gyermekek kapcsolati zavarai

Nagyfokú agresszivitást mutat 17 gyermek (8 %), szófogadatlan, ellenkező –
opponáló – magatartás jellemez 19 gyermeket (9%).

Kifejezetten szabálysértő 5, csavarog 11, az iskolából rendszeresen hiányzik 8 gyermek.

3. ábra

Banda típusú csapatba jár 2 fő, bűncselekményt követett el 2 fő (természetesen még nem büntethetők, életkoruk miatt). Ez ilyen korban még ritka dolognak számít. Szerencsére kábítószer használó vagy kipróbáló gyermekkel ebben a korosztályban még nem találkoztunk.

Összegezve az adatokat, összesen tehát 64 gyermeket érintenek az aszociális személyiségfejlődésre utaló tünetek (43 fiút és 21 lányt. Ez az összes bekerült korosztályi populáció 34%-a.

Terápiás jellegű és szakszerű foglalkozások révén, egyéni törődéssel, az önismeret fejlesztésével, dicséretekkel, helyes motiválással és aktivizálással remélhetőleg sikerül elérni, hogy ezek közül a gyermekek közül a továbbiakban senkinek nem lesz kriminalitás szempontjából veszélyeztetett a személyiségfejlődése.

Terápiára, fejlesztésre vonatkozó javaslataink:

- pszichológiai foglalkozások (23 fő)
- fejlesztő pedagógiai foglalkozások (14 fő)
- sürgős logopédiai kezelés (7 fő)
- családterápia (6 fő)
- anya-gyerek párterápiára irányítás (3 fő)
- tanulási képességvizsgáló bizottsághoz való utalás (10 fő).

Az elhelyezési, gondozási formára tett javaslatok:

- nevelőszülőhöz való kihelyezés (65 fő)
- gyermekotthon (69 fő)
- lakásotthoni elhelyezés (55 fő)

- egészségügyi gyermekotthon (2 fő)
- családba fogadás (8 fő)
- családba való visszahelyezés (51 fő)

III. Felső tagozatos és ifjúsági korosztály

A vizsgálati mintából 311 fő tartozik ebbe a korosztályba – 158 fiú és 153 lány.

Családi háttér

Az ifjúsági korosztályban már nincs olyan drámai hatása a családi körülményekből fakadó problémáknak, mint az óvodás, illetve kisiskolás csoportban, hiszen a gyermekek már idősebbek, érettebbek, jobban felkészültek a nehézségek elviselésére. Mégis minden esetben vizsgáljuk a bekerülés körülményeit és azokat a családi adottságokat, melyek javíthatják a gyermekek egészséges személyiségfejlődését.

A szülők lakhatási problémái 19 esetben szerepelnek a beutalás indokaként. Ez az előző korosztályokéhoz képest kisebb esetszám, de így is figyelemfelkeltő adat.

2003-ban 13 bekerült gyermek szülője volt hajléktalan, ami emelkedő mértéket mutat, hiszen az előző évben csak 5 családot sújtott a hajléktalanság és az ezzel együtt járó teljes elszegényedés, illetve egzisztenciális krízis.

4. ábra

Ebben a korosztályban is megjelentek a pszichológiai jegyzőkönyvekben az szülői elhanyagolás, illetve a bántalmazás és abuzus különböző formái.

A szülői elhanyagolás e korosztályban 41 esetben fordult elő, ez az előző évi adathoz képest növekedést jelent.

Megemlítendő viszont, hogy a különböző elhanyagolások következtében 10 gyermek saját maga kérte a beutalását gyermekotthonba a szülői környezet elviselhetetlensége miatt.

Bántalmazás 12 esetben fordult elő.

5. ábra

A szülői devianciák közül kiemelkedik a szülők alkoholizmusa. Ez 28 gyermeket érintett (9%).

Börtönben, illetve előzetes letartóztatásban van 15 gyermek szülője. (8-an szabadságvesztés büntetést töltenek, és 7-en vannak előzetes letartóztatásban különféle bűncselekmények miatt.)

A gyermekek szeme láttára zajló, szülők közötti verekedések 10 gyermek esetében fordultak elő.

A gyermekek érzelmi állapota

A vezető pszichés tünetek ebben a korosztályban legmarkánsabban a depresszió, illetve a szorongás és önértékelési zavar formájában mutatkoznak meg.

A másik jellemző tünetegyüttes a kapcsolati zavarok között értékelt agresszió, opposíció és szabálysértő magatartás.

A neurózis versus aszocialitás mint személyiségfejlődési problematika vitatott a szakmai klinikai pszichológiai diagnosztizálás terén, hiszen nagymértékű átfedések mutathatók ki a különböző kategóriák között.

A különböző személyiségproblémákat viszont mindenképpen a helyes segítő és védő támogató és motiváló nevelői hozzáállás oldja majd meg – akármilyen személyiségfejlődésről van szó.

A vizsgált gyermekek között szorongásos és önértékelési zavarai 22 főnek voltak.

Depressziós, indítékszegény alaphangulat, illetve érzelmi hozzáállás 15 esetben fordult elő.

Suicid veszélyt jelzett 9 fő jegyzőkönyve, amelyre oda kell figyelnünk: csak megfelelő törődéssel és motivációval küszöbölhetők ki ezek a tendenciák.

Kórházi kezelésre, pszichiátriai ellenőrzésre és gyógyszerelésre szorult a korosztályból 18 gyermek (5 %).

A szociális fejlődés zavarai

A gyermekek agresszív jellegű megnyilvánulásai gyakran említésre kerülnek a gyermekek korábbi iratanyagaiban.

A jegyzőkönyvek 33 gyermek esetében említenek agressziót, ami iskolatársakkal szembeni durvaságot, verekedésekben való részvételt jelent. Az opponáló magatartás pszichológiai szempontból úgy értelmezhető, hogy gyermek/fiatal elvesztette a hitét a felnőttekben, már nem bízik bennük eléggé. Ez 23 esetben volt tapasztalható.

Szabálysértő magatartás jellemezte a gyermekek 5%-át, 10 fiú és 6 lány esetében mutatják ezt a jegyzőkönyvek.

Iskolából való hiányzások, csavargások 26 gyermeknél/fiatalnál fordultak elő. 19 gyermek sodródó és éngyenge.

Bűncselekményt követett el 18 gyermek/fiatal (14 fiú és 4 lány), ezek általában csoportosan elkövetett lopások stb. voltak.

Az ifjúsági korosztály körében 32 gyermek esetében találtunk kábítószer használatára utaló feljegyzést (a kábítószerhasználat mértéke nem megállapítható).

6. ábra

Ebben az évben is tartalmazzák a jegyzőkönyvek a tehetséggondozásra utaló javaslatokat, illetve a gyermekek kiemelten pozitív tulajdonságait.

Sokan sportolnak, hárman közülük egyesületben (két fiú boxol, egy öttusázik), egy lány a balettintézetben táncművészetet tanul.

Sok a kifejezetten jó humorérzékű gyerek (ez hármukra különösen jellemző), mások szorgalmukkal, rendszeretükkel tűnnek ki a társaik közül. Általában a gyermekek szeretik az iskolát, néhányuk kifejezetten kedveli. (Ebből a szempontból 8 fő van külön kiemelve).

Az elhelyezési, gondozási formára tett javaslatok

- gyermekotthon (148 fő)
- gyermekotthoni speciális csoportba való helyezés (22 fő)
- lakásotthon (67 fő)
- utógondozói ellátás (10 fő)
- anyaoththon (4 fő)

- kollégium (4 fő)
- családba való visszagondozás (56 fő).

Különleges és speciális szükséglet megállapítása

A Szakértői Bizottság törvényben meghatározott feladata, hogy szakértői véleménnyel lássa el a különleges szükségletű gyermekeket. A vélemények a tanulási képességet vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság javaslata, illetve orvosi zárójelentések és szakvélemények alapján készültek 422 gyermek esetében. Életkorukból adódóan a különleges szükségletű gyermekek száma 180 volt.

A korábban már átmeneti nevelésbe vett gyermekek esetében speciális szükségletek megállapítására, illetve felülvizsgálatára 36 esetben került sor.

Jegyzetek

1 A beszámoló összeállításában közreműködött: Virágh Gábor klinikai szakpszichológus

2 E fejezet Buzás Tibor, Hajdú-Bihar megyei szakértői bizottságvezető munkájának felhasználásával készült.