

Pécsi Tudományegyetem
Bölcsészettudományi Kar

Óvodás korú gyermekek halálfogalmának fejlődése és sajátosságai a szülői magyarázatok és halálattitűdök tükrében

Doktori (Ph. D.) értekezés

Szerző: Tóth Anett Ágnes

Témavezető: Dr. Kiss Szabolcs



Pszichológia Doktori Iskola

Evolúciós és Kognitív Pszichológia Doktori Program

Pécs, 2016



**EGYETEMKÖZI PSZICHOLÓGIAI
KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG**

ETIKAI ENGEDÉLY

Az Egyetemenközi Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság megvizsgálta, és jóváhagyta az alábbi kutatási tervet:

Kérelmező neve: Tóth Anett Ágnes

A kutatás felügyelője (amennyiben a kérelmezőnek nincs fokozata):

Dr. Kiss Szabolcs

A kutatás címe: Gyerekek naív biológiai elméletei az élet tényeivel kapcsolatban

Engedély iktatási száma: 06/2016

Engedély dátuma: 2016. 01.21.

A kérelem jóváhagyása során az EPKEB a nemzetközi humán pszichológiai kutatás-etikai alapelvek betartásával járt el.

2016. január 21.

EPKEB elnök (vagy bizottsági tag)

Dátum

Köszönetnyilvánítás

A legnagyobb köszönettel tartozom mindazoknak a szülőknek és gyerekeknek, akik bizalmukkal megtiszteltek, történeteikbe beavattak, és megosztották gondolataikat, gyakran legszemélyesebb fantáziáikat, félelmeiket a halállal kapcsolatban. Nem lehetek nekik eléggé hálás ezért.

Szintén köszönet illeti azokat az óvodapedagógusokat, óvodavezetőket, akik munkámat segítették, intézményeikbe, csoportjaikba nemcsak beengedtek, de segítőkészséggel, bizalommal fogadtak, és a toborzás nehéz feladatának oroszlánrészét vállalták magukra.

Köszönöm témavezetőmnek, Dr. Kiss Szabolcsnak támogatását és mentorálását, kitartását és rugalmasságát, illetve azokat a megjegyzéseit, ötleteit, melyek nyomán új megvilágítást nyert számomra ez a téma, és amelyek friss lendületet adtak nekem a dolgozat létrehozásához.

Köszönet illeti kollégáimat támogatásukért, noszogatásukért – különös tekintettel Komáromi Katalinra és Péter Barbarára, akik rengeteget tettek a vizsgálatok megszervezéséért és aktívan közreműködtek azok lebonyolításában is.

Köszönöm családomnak és barátaimnak, hogy mindeközben elviseltek; páromnak, hogy mindig végighallgatott, beszélgetett velem a halálról, és hogy pusztán létezésével kielégítő választ ad saját halálfélelmem ellen.

És köszönöm a fiamnak, hogy annak idején kérdéseivel sarokba szorított, megizzasztott, válaszaival meglepett, megoldásaival elgyönyörködtetett, és mindezekkel arra sarkallt, hogy hozzányúljak ehhez a témához.

Tartalomjegyzék

Absztrakt	6
Gyermek és halál viszonyának változásai.....	7
A gyermekek halálfogalmának komponensei.....	9
A gyermekek halálfogalmának fejlődése	13
A gyermekek naiv biológiai elméletei a halálról	22
A halálfogalom kettős természete gyermek- és felnőttkorban.....	25
A halállal kapcsolatos kommunikáció kisgyermekkel.....	38
Személyes tapasztalatok szerepe a halálkonceptió fejlődésében	50
A vizsgálat célja.....	52
Módszerek.....	54
Résztevők	61
A gyermekekkel végzett vizsgálatok eredményei, tapasztalatai.....	65
A szülői kérdőívek eredményei, tapasztalatai	92
A szülő-gyermek párosoktól származó adatok elemzése.....	105
Az eredmények összefoglalása, megvitatás.....	108
Limitációk.....	120
Gyakorlati megfontolások, további lehetséges kutatási irányok	121
Irodalomjegyzék.....	127
Mellékletek	139
1. sz. melléklet – Levél az intézményvezetőnek.....	145
2. sz. melléklet – Szülői tájékoztató és beleegyező nyilatkozat.....	148
3. sz. melléklet – Tájékoztató a gyermek számára.....	152

4. sz. melléklet – Szókincs-teszt	153
5. sz. melléklet – Szülői kérdőív	156
6. sz. melléklet – Lester Halál Iránti Attitűd Skálája	167
7. sz. melléklet – Gyermekek összetettebb / atipikus válasza arra a kérdésre, hogy <i>Mit jelent az, hogy meghalni?</i>	170
8. sz. melléklet – Válogatás a szülők által adott válaszokból.....	172
9. sz. melléklet – Statisztikai próbák outputjai.....	175

Absztrakt

Noha a nemzetközi szakirodalomban a halálfogalom megértésének és fejlődésének sokféle és változatos megközelítéseit találhatjuk, Magyarországon az 1930-as évek óta nem született szisztematikus vizsgálat azzal kapcsolatban, hogy egészséges, normatív fejlődésű kisgyermek milyen elképzelésekkel rendelkezik az elmúlásról. Ráadásul Nagy Mária Ilona 1936-os kutatása piaget-iánus fogalmak mentén értelmezi a gyerekek vélekedéseit (Nagy, 1936), az utóbbi évtizedekben napvilágot látott eredmények szerint azonban a halálfogalom megértése sokkal korábbi fejlemény, mint azt a klasszikus piaget-i elmélet alapján várhatnánk. A legújabb vizsgálatok szerint pedig a gyermeki halálkonceptió korábban maradványjelenségeknek tartott (így a halálfogalom teljes megértésének hiányáról tanúskodó) elemei lehetnek egy magasabb fogalmi fejlődési szint jelei is (Harris, Koepke, Jackson, Borisova, Giménez, 2010, l. Harris, 2012).

Dolgozatomban 110 óvodás korú gyermek és 130, óvodás gyermeket nevelő szülő (közülük 61 összetartozó szülő-gyermek páros) adatai alapján arra keresem a választ, hogy a magyar gyerekek halálfogalmának fejlődése mennyire felel meg a nemzetközi szakirodalomban leírt tipikus fejlődésmenetnek, és milyen hatással van erre a folyamatra a szülő halálattitűdje, a téma családon belüli megjelenése, illetve a szülő által nyújtott magyarázatok tartalma. A gyermekek által adott halálértelmezések és a szülők saját, személyes halálfantáziáinak kategorizálása, illetve az elhunytak tulajdonított mentális állapotok mintázata komoly érveket szolgáltat amellet, hogy a kettős – biológiai tényeket és lélek továbbélésének lehetőségét egyaránt magukba foglaló – koncepciók a korábbi elméletekkel szemben a halálfogalom egy viszonylag magas fejlődési fokának felelnek meg. A kapott eredmények arra is utalnak, hogy a halálfogalom fejlődése feltehetően a környezeti hatásoktól és az egyéb kognitív készségektől viszonylag független, univerzális folyamat. A szülők halálattitűdjének, illetve a gyermeknek adott magyarázatoknak, családon belüli beszélgetéseknek a kapcsolata rávilágít továbbá a tabuképzés néhány fontos rizikófaktorára. Az eredmények néhány fontos gyakorlati következményének bemutatása mellett javaslatot teszek a jövőbeli vizsgálatok egy-két lehetséges irányára.

Kulcsszavak: halálkonceptió, kognitív fejlődés, kettős fantáziák, családon belüli kommunikáció, halálattitűd

Gyermek és halál viszonyának változásai

A középkori ember számára a halál – ha szabad így fogalmaznunk – sokkal életközelibb jelenség volt, mint a ma emberének. A magas csecsemőhalandóság, a járványok, háborúk, a politikai és vallási indíttatású kivégzések, s mindezek következtében az alacsony várható átlagéletkor a mindennapok részévé tették az elmúlást. Az átlagemberek mindennapjait, tevékenységeit, szokásrendszerét átítatta a vallás, az orvosi, élettani, tudományos ismeretek hiányosak voltak, a magyarázatokat az élet és világ tényeire elsősorban a hit szolgáltatatta. Emiatt a test csupán a lélek szolgálatában álló eszközként jelent meg: az e világi siralomvölgy csak átmeneti állomás lehetett az üdvözülés vagy elkárhozás felé vezető úton. A halál mindennapossága gyors gyászmunkát kívánt, ennek szolgálatában pedig számos kulturális eszköz állt, melyek ehhez segítséget nyújtottak: a temetési szertartásokban, teendőkben nagyobb közösségek, települések közösen vettek részt; a misztériumjátékok, prédikációk mintákat adtak a halál méltó viseléséhez; stb. (Fodor-Szlovencsák, 2000). Ugyanakkor a túlvilági létben, szellemekben való hit nem vont éles határt az élők és holtak közé: babonákkal, rituálékkal kellett védekezni a holtak visszatérése ellen (Berta, 1995). - Mindez érvényes volt az ekkor elsősorban kis felnőttként tekintett gyermekekre is: azonos tapasztalatokat szereztek, mindennek részesei, átélői, megtapasztalói voltak, olyan természetesen tanulták a rituálékat, a magatartásmintákat, a gyászfeldolgozást a felnőtt közösségtől, mint az élet bármely más tényét.

Philip Ariès a kora középkortól a 13. századig tartó periódust nevezi a *megszelídített halál* időszakának; az elnevezés arra utal, hogy a halált az emberek élet természetes részeként kezelték, az élők nem féltek a holtaktól (Ariès, 1977; Tóthné Zana, 2009). A halálkép változásának Ariès által elkülönített következő jelentős szakasza a 18. század végéig terjedő periódus: az *önmagunk halálának* nevezett időszak. A halál, haldoklás egyre inkább személyes történésé válik ebben a korban, a figyelem középpontjába a haldokló, illetve a haldoklás folyamata kerül, mely során az ember számot vet életével. A tömegsírokat felváltja az egyéni temetkezés, illetve a családi kripták - jellemzően a települések középpontjában, temetők kertjében. A járványok, éhínségek egyre gyakoribbá válásával beköszöntött a halál diadalának korszaka: a Halál perszonalizálódott, képzőművészeti alkotásokban gyakran jelent meg a pusztulás jegyeit magán hordozó, ijesztő emberszerű lényként, csontvázként, a Kaszásként stb. A *másik*

halálának időszakában a temetkezési szokások változása mintegy szimbolikusan kifejezi a halál tényétől való eltávolodást: egészségügyi megfontolások miatt a temetők a település határain kívülre kerülnek. Egyre hangsúlyosabbá válik a szeretett másik elvesztésétől való félelem, nő az emberek elmúlással kapcsolatos szorongása. A képzőművészetben gyakori a halál és a szerelem allegorikus figuráinak összefonódása. Az Ariès által elkülönített negyedik szakasz a *tiltott halál* időszaka: a halál egyre inkább tabuvá válik, a haldoklás medikalizálódik, az élet az életben maradóktól távol, szeparálódva ér véget. A halálkép változásai óhatatlanul együtt járnak a gyerekek halálfogalmának, halállal kapcsolatos viszonyának átalakulásával.

A 21. századi Magyarország nagyvárosaiban nevelődő gyermekek nagyon ritkán találkoznak a halállal. Nem élnek szoros közelségben állatokkal, nem tanúi születésüknek és elmúlásuknak, a hús feldolgozott formában kerül a tányérjukra – legfeljebb valami homályos összefüggésben az élő jószágokkal -; ha van is személyi veszteségélményük óvodáskorukra, annak gyakran válás az oka, nem haláleset. A meghalt nagyszülő, esetleg szülő betegségét, végnapjait nem kísérhetik végig, kórházakba nincsen bejárásuk, a szülők gyakran félnek a temetésre is elvinni őket (Polcz, 2007). Amitől még neuralgikusabb ezeknek a gyerekeknek a halállal kapcsolatos viszonya, az az, hogy legtöbbjüknek már a szülei is így szocializálódtak. Az óvodás korosztályt nevelő 30- 40 év közötti (optimális esetben életben lévő, ha nem is aktív szülőkkel bíró) apák, anyák többsége alkalmasint csak egy-egy baleset vagy a Bodies¹ kiállítás alkalmával látott halottat. A halállal való viszonyuk tisztázatlan, a gyászfeldolgozásban eszköztelenek, s mindennek következtében fokozott kihívást jelenthet számukra saját halálszorongásuk leküzdése, kezelése. Különösen igaz lehet ez, ha figyelembe vesszük, hogy a halál mint téma a médián keresztül nagyon koncentrált formában jut el hozzájuk, napi szinten kell befogadniuk ezzel kapcsolatos – gyakran potenciálisan megterhelő – információkat. (Miközben a tragédiáról, bűncselekményekről, erőszakos halálnemekről való tudósítás gyakorlatilag tömegcikké vált, még jobban elszemélytelenítve, denaturálva a halál jelenségét [Velkey, 2012].) Naivitás volna azt feltételezni, hogy ennek az információtömegnek legalább egy része nem jut el a gyerekekhez, és nem kelti fel bennük az érdeklődést, a félelmet, és nem

¹ Speciális eljárással preparált emberi holttestek kiállítása, melyet számos országban, köztük Magyarországon is bemutattak.

szül kérdéseket. A szülők azonban gyakran nem mernek őszintén válaszolni gyermekeik felmerülő kérdéseire – részint kíméletből, részint saját halálszorongásuk miatt. Mindenkinek úgy jobb – vélik sokan –, ha nem kerül szóba az elmúlás, a saját halál (Lantos, 2015).

A gyermekek halálfogalmának komponensei

Számos tanulmány látott napvilágot azzal kapcsolatban, hogy a gyermekek mikor értik meg teljességében a halál fogalmát, vagyis mikorra alakítanak ki a felnőttekéhez nagyjából hasonló halál-reprezentációt. Abban valamennyi szerző egyetért, hogy a felnőtt halálfogalma a halál számos tulajdonságának megértését implikálja, ezek a komponensek pedig nem egyszerre, hanem fokozatosan jelennek meg a gyermekek reprezentációiban. Hogy pontosan melyek ezek a fogalmi összetevők, illetve a halál megértésének milyen kognitív előfeltételei vannak, azzal kapcsolatban azonban már megoszlanak a vélemények.

Orbach és munkatársai több tanulmány alapján gyűjtötték össze azokat a feltételeket, melyeket a témával foglalkozó szerzők nélkülözhetetlennek találnak a fogalom megértéséhez: ezek közé tartozik a szobatisztaság kialakítása, tapasztalatszerzés a gondozótól való rövidebb-hosszabb szeparációról, alvás-ébrenlét ciklus kialakulása, állatok elhullásáról szerzett tapasztalatok, a felnőttek kommunikációjának nyomon követése, hallomásból szerzett ismeretek (Orbach et al., 1985).

Portz álláspontja szerint a halál jelenségének megértése nem várható el egy gyermektől, amíg időfogalma bizonyos szinten ki nem alakul, meg nem szilárdul, és amíg nem tájékozódik biztonsággal olyan dichotóm fogalmak mentén, mint amilyen az időlegesség és a véglegesség, a reverzibilitás és az irreverzibilitás, az érzékelés és az érzékelés hiánya, a mozgás és a mozdulatlanság. az események mágikus vagy természetes volta (Portz, 1972). Maurer a három hónapos korra megjelenő kukucs-játékot tekinti a halálfogalom egyik korai előfutárának (Maurer, 1966).

Anthony és Bhana szerint az érett halálkonceptió feltétlenül magába foglalja halál elkerülhetetlen és mindenkit érintő voltának, vagyis *univerzalitásának*, véglegességének és visszafordíthatatlanságának, vagyis *irreverzibilitásának*, illetve az *életfolyamatok*

megszűnését és az élőktől való végleges *szeparációt* eredményező természetének megértését (Anthony, Bhana, 1988). Smilansky az univerzalitás (vagy elkerülhetetlenség) fogalmán belül további 3 komponenst különböztet meg: az általános halandóságot, a saját személyes halandóságot és az idős korról járó halandóságot (Smilansky, 1987).

Orbach és munkatársai 197 iskolás – 1., 3., illetve 5. osztályos – gyermeket vizsgálva sajátos különbségeket fedeztek fel ember és állat halálának megértésében (Orbach et al., 1987). Azt tapasztalták, hogy az emberek esetében a gyermekek az okozatiságot értették meg legkésőbb – vagyis hogy mi minden vezethet az ágens halálához -, míg az univerzalitás és az irreverzibilitás már fiatalabb gyerekek halálkonceptiójában is megjelent. Leghamarabb azt ismerték fel a megkérdezett gyermekek, hogy az idős emberek meg szoktak halni. Ezzel szemben az állatok esetében a leghamarabb az irreverzibilitást értették meg, míg az idős kor és az elmúlás közti összefüggés felfedezése az okozatiság megértéséhez hasonló nehézséget okozott.

Hasonló eredményekre jutott Lazar és Torney-Purta fél éven át tartó longitudinális, 99 első és második osztályos gyermek részvételével lebonyolított vizsgálata során (Lazar, Torney-Purta, 1991). Az általuk megfigyelt négy aspektus az irreverzibilitás, az életjelenségek megszűnése, az okozatiság és az elkerülhetetlenség volt. A gyermekek válaszai azt tükrözték, hogy leghamarabb az irreverzibilitást és az elkerülhetetlenséget értik meg. A szerzők szerint bár ezeknek az aspektusoknak a halálfogalomba való beépülése nagyjából egymástól függetlenül történik, e két szempont felismerése elengedhetetlen előfeltétele annak, hogy egy gyermek megértse az életfunkciók megszűnését és az okozatiság dimenzióját.

Speece és Brent 1984-es metaanalízisükben 35 korábbi, a halálkonceptió kialakulásával foglalkozó tanulmány eredményeit összesítették (Speece, Brent, 1984). Az összesen 4834 gyermek adatait felhasználó metaelemzés alapján arra a megállapításra jutottak, hogy az érett halálfogalom nem egy egységes konstruktum, sokkal inkább különböző aspektusok összessége, melyek megértése nem feltétlenül egy időben történik. A szerzők a halálfogalom 3 fontos komponensét emelik ki: az univerzalitást, az irreverzibilitást, és a testi funkciók megszűnését. (Speece később egy negyedikkel, az okság komponensével bővíti a sort – ez annak megértését foglalja magába, hogy külső

és belső tényezők széles köre okozhatja egy élőlény halálát [Speece, 1995]). A 35 vizsgálat eredményei azt jelzik, hogy a gyerekek valamikor az 5. és 7. életévük között értik meg teljes mélységében a halál fogalmát, vagyis ekkor épül be az elmúlásról alkotott képükbe mindhárom komponens. Speece és Brent álláspontja szerint nem véletlen az egybeesés a konkrét és a formális műveletek időszak közötti átmenettel. A különböző tanulmányok által levont következtetések között azonban jelentős eltérések figyelhetők meg: egyes szerzők 4 éves korra, míg mások 12 éves korra teszik a realiztikus halálfogalom elsajátításának idejét.

Érdeemes megvizsgálni ennek a figyelemreméltó szórásnak a lehetséges okait. Az elemzett vizsgálatok módszertani sokfélesége mindenképpen hozzájárulhat az eredmények ilyen mértékű különbségeihez. Úgy tűnik, hogy a halál egyes aspektusainak megértése nem azonos ütemben történik különböző élőlények mulandóságára vonatkozóan (Lazar, Torney-Purta, 1990; Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014a).

Nguyen és Gelman abból a feltételezésből indult ki, hogy a téma érzelmi telítettsége befolyásolja az interjúkérdésekre adott válaszok színvonalát (Nguyen, Gelman, 2002). Éppen ezért vizsgálatukban egy megterhelő érzelmi elemektől lehetőség szerint mentes témát, a növények halálát választották. Azt tapasztalták, hogy ebben a settingben a gyermekek már 3-4 éves korban érett, a halál valamennyi aspektusával kapcsolatos tájékozottságra utaló válaszokat adtak. A gyermekek válaszai azonban még a különböző típusú növények esetében sem volt konzisztens: hajlamosak voltak a fűvek halálát kevésbé véglegesnek tekinteni, mint egy fáét vagy virágét.

Poling és Evans izgalmas vizsgálatukban 4-9 éves gyermekek véleményét kérdezték állatok és emberek egyéni mulandóságával, illetve az egyes fajok kihalásának lehetőségével kapcsolatban (Poling, Evans, 2004). Azt tapasztalták, hogy bár a válaszadók már egészen korai életkorban tisztában voltak a személyes halál univerzalitásával, nagyon nehezen terjesztették ki ezt különféle állatfajokra, és még erősebb volt a kihalás elkerülhetetlenségének tagadása az emberi faj esetében.

Míndezek alapján Rosengren és munkatársai arra figyelmeztetnek, hogy az alkalmazott módszertan apró különbségei, az interjúkérdések kisebb eltérései is komoly

differenciákat eredményezhetnek, és kétségessé tehetik a kognitív fejlődés világosan elhatárolható szakaszokra bontható voltát (Rosengren, Gauthier, Schein, 2014a).

A halálfogalom leggyakrabban vizsgált, a különféle szerzők zöme által egyöntetűen leírt, elfogadott aspektusai tehát az univerzalitás, az irreverzibilitás, az életjelenségek megszűnése (biológiai és mentális működéseiké egyaránt), az okozatiság és a szeparáció. Az univerzalitás megértése előtt kisgyermek gyakran hajlanak arra a feltevésre, hogy a halál csak másokkal történik meg, saját magukat, szeretteiket egyáltalán nem, vagy csupán a távoli, elképzelhetetlen jövőben érintheti (Swain, 1978; Candy-Gibbs, Sharp, Petrun, 1984). Nagy Mária Ilona példájában az univerzalitás megértését megelőzően gondolhatja úgy egy gyermek, hogy elkerülheti a halált, amennyiben okos vagy szerencsés (Nagy, 1936). Elkind arra hoz példákat, hogy kisgyerekek gyakran csupán az időskorúakat érintő jelenségnek tartják az elmúlást, ami őket magukat semmiképpen sem érintheti: „*Én nem fogok meghalni, aki öreg, az hal meg. Én nem fogok megöregedni, ezért nem halok meg.*” (Elkind, 1977, 28. o.; saját fordítás). Azzal kapcsolatban megoszlanak a vélemények, hogy a gyermekek saját maguk halandóságát ismerik-e fel először (Jay et al., 1987; Speece, Brent, 1992), avagy eleinte mindenki másra vonatkoztatják az univerzalitás fogalmát, csupán önmagukra nem (Schilder, Wechsler, 1934). Mind ez ideig az előbbi álláspontot támasztja alá az empirikus adatok nagy része (Speece, 1995).

Az irreverzibilitás aspektusának felismerése előtt a gyermekek a halált átmenetinek, visszafordíthatónak vélik, alváshoz, időleges utazáshoz hasonlónak. Ezekben a fantáziákban általában megjelenik, hogy a halál milyen orvosi vagy varázslatos beavatkozások, rituálék, trükkök vagy cselekedetek révén szüntethető meg (Weininger, 1979; Speece, Brent, 1992; Speece, 1995) – vagy éppen magától szűnhet meg (Nagy, 1936). Egy négyéves lány megfogalmazásában: „*Meghalni azt jelenti, hogy meghalunk, aztán megcsókolja valaki és újra feléled.*” (Tóth, 2015, 43. o.) Szerepjáték helyzetben egy ötéves fiú ugyanezt az implicit vélekedést a következőképpen jelenítette meg: Az egyik figura beleesik a babaház előtt „hullámzó tengerbe”, s miután a másik figurának nem sikerül időben partra húznia, a gyermek kijelenti:

Gyermek: - *Megfulladt, meghalt.*

Pszichológus: - *Mit tegyünk most?*

Gyermek: - *Hozd a mentőautót. Vigyük be a kórházba meggyógyítani.*²

Az életjelenségek megszűnésének megértése viszonylag nagy szórást mutat: a gyermekek lényegesen előbb felismerik, hogy a halál a megfigyelhető cselekvések végét jelentik, mint azt, hogy ezzel párhuzamosan a mentális folyamatok is megszűnnek (Kane, 1979; Hoffmann, Strauss, 1985). Függetlenül attól, hogy megfigyelhető vagy rejtett életjelenségekről van szó, a gyerekek teljesítménye egy darabig az életkorral egyenes arányban javul ennek az aspektusnak a megértése terén, ugyanakkor idősebb gyermekeknél nem egyértelmű ez a tendencia (pl. Brent et al., 1996; Bering, Bjorklund, 2004; Bering et al., 2005; Bering, 2006; stb., l. *A halálfogalom kettős természete gyermek- és felnőttkorban* c. szakaszt).

Ami a halál lehetséges okait illeti, fiatalabb gyerekek inkább markáns külső tényezőkre koncentrálnak, kevésbé értik a közvetlen biológiai okokat, mint ahogy a szervi működések létfenntartó szerepét sem (Koocher, 1973; Kane, 1979; Candy-Gibbs, Sharp, Petrun, 1984). Előfordulnak olyan esetleges, irreális oktatások is, mint például az a fantázia, hogy a rossz viselkedés halálhoz vezethet (Speece, 1995).

A halottól való szeparáció megértése viszonylag korai fejlemény, melyet támogatnak az egyes kultúrák temetési rituáléi is. Ugyanakkor még felnőttek halálfantáziáiban is gyakran előfordulnak olyan elemek, melyek az elhunytal való újbóli találkozás lehetőségét implikálják (Tóth, 2014, 2015).

A gyermekek halálfogalmának fejlődése

A gyermeki halálfogalom kialakulásának, fejlődésének tárgyalásakor – mint a kognitív fejlődés oly sok más jelenségének esetében – megkerülhetetlen az a fogalmi keret, melyet Jean Piaget fejlődépszichológiai elmélete szolgáltat (Piaget, 1970, 1978). Piaget megközelítése konstruktivista, hiszen a gyermeki gondolkodás fejlődését alapvetően biológiailag determinált adottságok és a fejlődés során jelenlévő környezeti tényezők egymásra hatásának eredményeként értelmezi (Oláh, 2006). A gyermek a tanuláshoz, fejlődéshez nem passzív elszenvedője, hanem aktív résztvevője,

²Gyűjtés saját gyermekpszichológusi gyakorlatomból.

meghódítja, alakítja környezetét, és megszerzett tapasztalatai nyomán konstruálja a világról alkotott reprezentációit. A piaget-i elmélet ugyanakkor univerzalista is, amennyiben feltételezi, hogy a megismerő folyamatok konstruáló jellege, illetve a gyermek kognitív fejlődésmenetét leíró szakaszok egymásutániséga egyetemes, kultúrától, szocializációs közegtől függetlenül jellemzi a kognitív fejlődést.

Piaget elméletében a gyermekek fejlődésmenete egymásra épülő, de egymástól minőségileg elkülönülő szakaszokra, alszakaszokra bontható. A 0-2 éves korig tartó időszak a szenzomotoros szakasz ideje, a 2-7 éves korig terjedő időszak a műveletek előtti periódus, 7-11 éves korig tart a konkrét műveletek periódusa, míg a 11-16 éves korig húzódó időszak a formális műveletek szakasza.

A szenzomotoros periódus az érzékszervi megismerés időszaka, a megismerés nem más, mint maga a cselekvés. Piaget ezt a 0-2 éves korig tartó időszakot 6, szigorúan meghatározott sorrendben egymásra épülő, invariáns alszakaszra bontja. Az időszak végére kialakul a tárgyállandóság, vagyis a gyermekek képessé válnak belső szemléleti képek létrehozására és fenntartására egy tárgyról, akkor is, ha az adott tárgy nincs jelen. A reprezentációk, szimbólumok létrehozásának készsége megnyilvánul a szenzomotoros periódus vége felé megjelenő szimbolikus játékokban. Ez a szimbólumalkotási késég lesz a későbbiek folyamán kialakuló formai gondolkodás alapja is.

A műveletek előtti szakaszt Piaget a 2-től nagyjából 7 éves korig tartó időszakra teszi. Ebben a periódusban a gyermekek már képesek reprezentációk létrehozására, fenntartására, de gondolkodásuk alapvetően szemléletvezérelt. Nyelvi készségeik látványosan fejlődnek, a szimbolikus funkció megerősödésének köszönhetően. Gondolkodásukra jellemző a centrálás, még nem képesek egyidejűleg több szempontot figyelembe venni. A műveletek előtti periódusban a gyermekek vilásképe egocentrikus: ismereteiket, véleményalkotásukat messzemenően meghatározza, hogy nem tudnak kitekinteni saját nézőpontjukból.

A gyerekek tudás iránti igénye exponenciálisan nő, miközben nem áll még rendelkezésükre elegendő eszköz, ismeretanyag a tapasztalati tények kielégítő magyarázatához. Az őket körülvevő világ jelenségeiről alkotott elméleteik sajátos, mágikus jellege alapvetően jellemzi ezt az időszakot. Wallon ultrajelenségeknek nevezi

azokat a közvetlen tapasztaláson kívül eső tényeit a világnak, melyek a gyermekek számára nehezen hozzáférhetőek és értelmezhetőek – ilyen ultrajelenség a keletkezés, a növekedés, az okság, az élet és halál, illetve az idő (Mérei, Binét, 1970, Fodor-Szlovencsák, 2000). Piaget rendszerében az ultrajelenségek magyarázatára a gyerekek a műveletek előtti periódusban az elméletek négy típusát alkalmazzák: az animizmust, az artificializmust, a finalizmust, illetve a gyermeki realizmust. Az animista magyarázatokban a gyermekek az élettelen tárgyakat, jelenségeket megszemélyesítik, felruházzák az élőkre jellemző különféle tulajdonságokkal. Az animista magyarázatok 3 szintjét különíti el Piaget: a teljes animizmus idején a gyerek mindent élőnek tekint, érzésekkel, célokkal ruház fel, később csupán a mozgó tárgyakra tekint hasonlóképpen, majd a műveletek előtti időszak vége felé már csupán az akaratlagos mozgást végző entitásokat tekinti élőnek. Az artificialista értelmezések a természeti jelenségeket az ember által előállított, szándékosan létrehozott produktumoknak tekintik. A finalizmus jelentése célokság, arra utal, hogy a gyerekek a tapasztalati tényeknek, jelenségeknek nem az okát firtatják, hanem célt, célra irányultságot tételeznek fel róluk. A gyermeki realizmus azt jelenti, hogy a műveleti szakaszban a gyermekek a valóság objektív és szubjektív vonatkozásait nem különítik el, mindkettőt anyagi természetüként kezelik. A Piaget által elkülönített magyarázattípusok a halál gyermeki értelmezéseiben is fontos szerepet kapnak.

A konkrét műveletek 7-től 11-12 éves korig terjedő időszakában a megismerés már nem szemléletvezérlésű, a gyermekek képesek műveletek adekvát elvégzésére, megfordíthatóságuk megértésére, de csupán akkor, ha látható tárgyakkal dolgozhatnak. Absztraktabb szintű következtetésekre még nem képesek, a műveleteket nem tudják leválasztani a tárgyról – ez a készség csupán serdülőkorra, a 12 éves kor után jellemző formális műveleti szakaszra alakul ki.

Piaget univerzális konstruktivista elméletét rengeteg kritika érte az évek folyamán, a gyermeki gondolkodás sajátosságairól leírt megfigyelései, rendszerének fogalmai azonban jól használhatónak bizonyultak a halálfogalom fejlődésének vizsgálatakor is, így számos, a témával foglalkozó kutató nyúlt vissza a piaget-iánus keretekhez eredményei értelmezésekor.

A halállal való foglalkozás kezdetének időpontját tekintve nincsen egyetértés a terület kutatói között, abban azonban a legtöbben egyetértenek, hogy 2 éves kor előtt egészséges gyermekek nem tanúsítanak érdeklődést a téma iránt (Nielson, 2012; Lantos, 2015). Ez Piaget kognitív fejlődés-lélektani rendszerezése értelmében nem meglepő, hiszen a szimbolikus gondolkodás megjelenése elengedhetetlen feltétele a halálról való gondolkodásnak, így 3 éves kor előtt a gyermekek részéről semmiféle érdeklődés nem várható a téma iránt (Piaget, 1970, 1978).

A nagyobb mintákon végzett empirikus vizsgálatok azt mutatják, hogy hároméves korra megjelenik a téma iránti spontán érdeklődés, noha a halál fogalmának teljes megértése még kognitív akadályokba ütközik.

Anthony szerint hároméves korban a távollét, szeparáció és alvás fogalmai fedik le a gyerekek halálképét (Anthony, 1967, 1. Sternlicht, 1980). Kastenbaum úgy fogalmaz, hogy ekkor a gyerekek még nem képesek megragadni a halál visszafordíthatatlanságát, összemossák az átmeneti távolléttel, és az univerzalitását sem fogadják el, nem vonatkoztatják önmagukra (Kastenbaum, 1967). Kastenbaum szerint az univerzalitás és irreverzibilitás gondolatát 4-6 éves kor között fogadják el a gyerekek; ez fokozza a halál félelemkeltő voltát, ezért távolítani, messzi, valószínűtlen eseménnyé minősíteni igyekeznek. Ez a távolítás egészen 9 éves korig fennáll, ebben az időszakban jellemző a vég megszemélyesítése, míg a stabil, felnőttekével ekvivalens halálfogalom 10 éves korra alakul ki. Plank és Rochlin vizsgálatai szerint az irreverzibilitás megértése nagyjából 5 éves korra kialakuló fejlemény, ami azonban ekkor sem stabil, színezhetsé a gyermekek mágikus gondolkodása (Plank, 1968; Rochlin, 1967).

Barrett és Behne vizsgálatai szerint a gyerekek 4 éves korra tesznek világos különbséget – jól definiált kontextus esetén – az alvó és a halott élőlények között, megértve, hogy az előbbiek képesek lehetnek tevékenységek folytatására, életjelenségek produkálására, míg az utóbbiak nem (Barrett, Behne, 2005). A kutatók amellet érvelnek, hogy a halálfogalom legalább egy aspektusának – a testi működések megszűnésének – megértésében részt vesz a fejlődés során korán kialakuló *ágencia-rendszer* (Leslie, 1994, Johnson, 2000). Evolúciós pszichológiai értelmezésük szerint őseink túlélésében jelentős szerepet játszott, hogy mérlegelni tudták, bizonyos helyzetekben érdemes-e interakcióba lépniük a környezetükben található lényekkel.

Mind a pozitív, mind a negatív döntésnek komoly ára lehetett: első esetben könnyen zsákmányául eshettek valamely ragadozó állatnak, második esetben lemaradhattak táplálékszerzési lehetőségekről. Miután a lehetséges veszélyforrás megközelítése esetén ez az ár súlyosabb, evolúciós előnyt jelenthetett az az előfeltételezés, hogy a látszólag mozdulatlan – alvó vagy élettelen – állat is képes lehet cselekvésre, megfigyelhető tevékenységek folytatására. Ez erős nyomást jelent olyan specifikus mechanizmusok kialakulására, melyek az élő és élettelen dolgokat a célirányos cselekvésre való készségük mentén különítik el egymástól. Barrették ezzel magyarázzák, hogy 3 éves gyerekek - szocializációs közegetől, kultúrától függetlenül – hajlamosak mind az alvó, mind az elpusztult élőlényeknek életjelenségeket, mentális állapotokat tulajdonítani, míg 4 éves kor körül világosan elválnak ezek az állapottulajdonítások az alvó, illetve a halott állatok/emberek esetében.

Barbara Kane a piaget-i elmélettel összhangban azt állítja, hogy a halálfogalom egyes aspektusainak megértése szakaszosan zajlik, párhuzamosan a globális kognitív fejlődéssel: a fogalom egyes összetevőinek elsajátítása a teljes negációtól a részleges megértésen át az elfogadásig történik (Kane, 1979). Noha a felnőttekéhez hasonló, érett halálfogalom kialakulását nagyjából 8 éves korra, vagyis a formális műveletek időszakát megelőző időpontra teszi, a halálkonceptió fejlődésének három stádiumát különíti el, melyek a műveletek előtti szakaszra, a konkrét műveletek szakaszára, illetve a formális műveletek szakaszára jellemző gondolkodási sajátosságokat hordoznak.

White és munkatársai - piaget-iánus szemléleti keretben vizsgálva a halálfogalom komponenseinek megértését - arra jutottak, hogy az univerzalitás felismerése a műveleti szakasz hozadéka, ugyanakkor a másik két komponens beépülése a halál-reprezentációba független a kognitív fejlettségi foktól (White et al., 1978). Townley és Thornburg a biológiai és mentális funkciók megszűnésének megértése és a kognitív készségek között szintén nem talált összefüggést (Townley, Thornburg, 1980).

Helen L. Swain 2 és 16 év közötti gyerekekkel és serdülőkkel készített személyes interjúkat, amelyek tartalomelemzését független bírálók végezték. Swain azt találta, hogy az életkor, a nem, a szülők iskolázottsága és a család vallásossága közül csupán a legelső, az életkor befolyásolta szignifikáns módon a gyermekek halálfogalmát. Eredményei alapján arra a következtetésre jutott, hogy a vizsgált életkori

intervallumban két nagyobb, minőségi váltás következik be a halállal kapcsolatos koncepciókban: először az iskolakezdés táján, vagyis 5-7 éves kor között, amikor a mágikus gondolkodás helyét egyre inkább átveszi a tapasztalati valóságba vetett hit; majd tizenéves korban, amikor serdülők halálképe egyszerre válik mind elvontabbá, ugyanakkor személyessé is (Swain, 1978)

Koocher 75 gyermekkel készített interjút, a vizsgálati személyek életkora 5-től 16 évig terjedt (Koocher, 1973). A gyermekek kognitív fejlettségi szintjét piaget-iánus konzerváció-feladatokkal mérte fel. Ezt követően a halállal kapcsolatosan a következő kérdéseket tette fel a résztvevőknek: Mi okozhatja egy élőlény halálát? Hogyan lehet egy halottat ismét életre kelteni? Te mikor fogsz meghalni, és szerinted pontosan mi fog történni ekkor? – Az interjúválaszok alapján Koocher azt tapasztalta, hogy a piaget-i szakaszok egymásutánja figyelemreméltó minőségi változást eredményez a halálkonceptió kidolgozottságában, a halálkép egyre realiztikusabbá válik a művelet előtti szakaszból a konkrét műveletek szakaszába, illetve a konkrét műveletek szakaszából a formális műveletek szakaszába lépve.

Magyar nyelvterületen első, és a témában a mai napig egyedülálló vizsgálatról Nagy Mária Ilona 1936-os tanulmánya számol be (Nagy, 1936, utánnomás: 1997). Nagy 3-10 éves korú gyermekekkel végzett vizsgálataiban változatos módszertannal térképezte fel a különböző korosztályba tartozó gyermekek életvéggel kapcsolatos ismereteit, fantáziáit. A legidősebb gyermekektől (7-10 év) egy dolgozat elkészítését kérte írásban, mely a halál jelenségét járja körbe. Emellett arra is biztatta a résztvevőket, hogy rajzoljanak a halálról, jelenítsék meg vizuálisan is – az elkészült műveket ezután részletesen explorálta, illetve félig strukturált interjút vett fel a gyermekekkel. A fiatalabb, fogalmazást készíteni még nem tudó, de iskolás gyermekeket csak rajzoltatta az interjút megelőzően, a legkisebekkel (3-6 év) pedig csupán beszélgetett az elmúlásról. Az elkészített interjúk alapján Nagy a halálkonceptió fejlődésének három, jellemzőik alapján jól elkülöníthető (ám időben nem feltétlenül elkülönülő) szakaszát írta le: az animista, a perszonifikáló és a realista szakaszt. E rendszerezés szerint az animista szakasz a 3-6 év közötti gyerekek tipikus magyarázatait foglalja magába: a visszafordíthatatlanság nem része a halálfogalomnak; a gyermek a halálban is életet feltételez. A 3 évesek által adott magyarázatok 86%-a, míg a 6 évesek magyarázatainak csupán 7%-a volt e típusba sorolható. Ennél idősebb gyerekeknél Nagy nem tudta

kimutatni ezt a magyarázattípust. Az animista felfogás egyik altípusánál a gyermek a halottat élőként képzei el: észleli a szeparációt (a halottat eltemetik), de fantáziájában az elhunyt úgy él, mint aki a halálban folytatja, folytathatja a megszokott életét. Egyes természeti népek, vallások, kultúrák, ókori civilizációk szokáshagyományában erre utal az ételek, használati tárgyak elhelyezése a sírban (pl. ókori egyiptomi fáraók sírkamráiban felhalmozott kincsek, élelmiszerek; lovaikkal együtt eltemetett avar harcosok; stb.) Az animista magyarázattípusok másik nagy csoportja a meghalást egy fokozatos, illetve átmeneti, visszafordítható eseménynek tekinti – meg lehet halni kicsit és nagyon is, halál után újra lehet élni, halál és élet váltogathatja egymást időben. Lantos Katalin 2015-ös, a gyermekek halállal, gyásszal való viszonyát elemző, összefoglaló tanulmányában gyermekterápiás gyakorlatából merített példával ábrázolja, miként jelenhet meg az animista halálkép szerepjátékban: a 4 éves páciens lócsaláddal játszik, a család tagja sorra meghalnak, „*elmondja, hogy egy kicsit meghalnak, de majd mindjárt felélednek, egy varázslat segítségével*” (Lantos, 2015, 52. o.).

A perszifikáló magyarázattípusok 3-tól 10 éves korig minden korosztály interjúiban előfordulnak (bár 5-9 éves korig a leggyakoribbak, és az 5-6 évesek magyarázatainak zöme, több mint 80%-a e kategóriába sorolható): miközben az élet és a halál állapota már világosan különválnak egymástól, a gyermek az elmúlást megszemélyesíti, emberi tulajdonságokkal ruházza fel. Ez lehet egy különálló személynek való megfeleltetés (l. népmesék világában a szegény ember és a halál), vagy halálnak magával a halottal való azonosítása. A két altípus közül ez utóbbit Nagy csupán néhány gyermeknél fedezte fel, viszonylag ritka értelmezéstípusról van szó, bár az esetek egy részében nehezebben, alaposabb exploráció segítségével azonosítható. Jellemzője, hogy a gyermek összemosza a halálra és a halottra vonatkozó kérdéseket, a két kifejezést nem differenciálja, hanem felcserélhetőként, szinonimaként alkalmazza.

A realista magyarázatok a 6 évnél idősebb gyermekeknél jelennek meg: a halálkép közelít a felnőttekéhez, a halál mint az élet valóságos része reprezentálódik, a gyermek észleli az testi folyamatok megszűnésének véglegességét, elkerülhetetlenségét. Halálfogalma a felnőttekéhez közelít. 6 éves gyermekek körében Nagy a válaszok 11%-át találta e típusba sorolhatónak, míg 10 éves korra 80% körülire ugrott a realista értelmezések gyakorisága.

Nagy eredményei szerint a halálfogalom összetevői közül a gyermekek először az életjelenségek végleges megszűnését értik meg, majd az irreverzibilitást, végül pedig az univerzalitást. Az utóbbi komponens viszonylag kései fejlemény voltát az magyarázza, hogy a gyermekek ugyan hamar felfedezik, hogy az emberek mind meghalnak, ez alól azonban saját magukat, illetve a hozzájuk közel álló személyeket sokáig kivételnek tekintik. A szerző hangsúlyozza, hogy a halálfogalom kialakításában lényegi szerephez jut a szűkebb-tágabb családi, szociokulturális környezet – a felnőttekéhez hasonló, reális halálkonceptió kialakulása után is nagy változatosság figyelhető meg a gyerekek lélekkel kapcsolatos fantáziáiban, melyeket a szülői magyarázatok, vallási tanítások stb. messzemenően befolyásolnak.

A piaget-i szakaszok és a halálfogalom fejlődésének összefüggését vizsgáló korai, a résztvevő gyermekek alacsony száma miatt kevésbé reprezentatív munka Gwen Safieré (Safier, 1964). Kutatásában 30 San Franciscó-i iskolás gyermektől kért asszociációkat 10 kulcsszóra, így térképezve fel, miként csökkennek az életkorral az animisztikus vonások a gyermekek gondolkodásában. Ezután interjút fel a résztvevőkkel, amelynek segítségével a kapcsolatot keresett az életjelenségek megértésének a Piaget-féle kognitív fejlődésemélet alapján bejósolható menete, illetve a halálkonceptió kialakulásának Nagy Mária Ilona által körvonalazott szakaszai között. Safier a kapott válaszok alapján megfogalmazza, hogy a két fogalom fejlődése között szoros párhuzam figyelhető meg, amit a piaget-i szakaszváltásokkal, illetve az egyes szakaszokra jellemző gondolkodási sajátosságokkal magyaráz

Melear 41 gyermekkel készített interjút, melyben a halál irreverzibilitására, univerzalitására, embereket, állatokat érintő voltára, fokozataira, lehetséges okaira, a biológiai működések megszűnésével való összefüggéseire, illetve a halál utáni élet lehetőségeire kérdezett rá (Melear, 1973). 3-12 évesek halálkonceptióit vizsgálva arra a megállapításra jutott, hogy a halálfogalom fejlődésének 4 stádiumát lehet elkülöníteni. 3-4 éves korban gyakorlatilag nem beszélhetünk haláltudatról, ha ismerős is a kifejezés a gyermekek számára, az élet és halál fogalma nem válik külön a fejükben, a halál mint az élet része reprezentálódik. 4 és 7 éves kor között a halálfogalom meglehetősen éretlen: hiányzik belőle az irreverzibilitás aspektusa, a gyermekek szerint a halott képes lehet újra életre kelni, testi funkciói újra működhetnek. Melear azt tapasztalta, hogy ebben az életkorban a gyerekek gyakran tulajdonítanak érzéseket is az elhunytaknak.

Eredményei hasonlítanak a Nagy által leírtakhoz (Nagy, 1936): az animista szakasz halálmagyarázatai visszaköszönnek Melearnál, ugyanakkor a szerző cáfolja, hogy a halál megszemélyesítése tipikus értelmezés lenne gyermekkorban. A halálfogalom teljes megértése Melear szerint viszonylag kései fejlemény: még 7 évesek sem feltétlenül fogadják el a halál irreverzibilitását, és bár 6 éves kortól fokozatosan felismerik az életfunkciók megszűnésének jelentőségét, még a visszafordíthatatlanság megértése után is hajlamosak biológiai funkciókat tulajdonítani a halottnak, akár 10 éves korig is. A biológiai és/vagy mentális működések feltételezése miatt a halálkoncepció fejlődésének harmadik stádiumát 7-10 éves korra teszi, míg az érett, reális halálkoncepció elsajátítása lenne a negyedik stádium. Melear mintájában ugyanakkor nagy volt a negyedik szakaszba sorolható gyermekek életkorának szórása: 4-6 évesek ugyanúgy akadtak közöttük, mint 10 éven felüliek.

Vianello és Marin az elhullott élőlényekkel kapcsolatos tapasztalatokhoz köti az elmúlásról való tudás alapjait (Vianello, Marin, 1989). Bár a 348 gyermek részletes kikérdezését magába foglaló vizsgálatuk során piaget-iánus interjútechnikával dolgoztak, tapasztalataik alapján viszonylag korai fejleménynek tartják a differenciált, felnőttekéhez közelítő halálfogalom kialakulását. Az interjúzáson túl egy longitudinális vizsgálatban 30 óvodáskorú, 2 és 5 év közötti gyermek játékát, tevékenységét figyelték meg kortárs csoportban, több hónapon keresztül. Mindkét módszer alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a klasszikus piaget-i elmélet alapján megfogalmazható elképzelésekkel szemben már a 4-5 éves gyermekek is tisztában voltak a halál irreverzibilis és univerzális voltaival, beleértve azt is, hogy képesek voltak gondolkodni szüleik, illetve saját életük végességéről is. Válaszaik, játéktevékenységeik tanúsága szerint megértették azt is, hogy a halál együtt jár a biológiai folyamatok megszűnésével. Noha halálkoncepciójuk még nem volt ilyen árnyalt, már a háromévesek is tanúsítottak érdeklődést a téma iránt, hiszen voltak erre vonatkozó megfigyeléseik (állatok elpusztulása). A halált az élet ellentétéként definiálták, és hamar felismerték lehetséges okai, illetve következménye (az elhullott állat nem mozdul) alapján.

A gyermekek naiv biológiai elméletei a halálról

A piaget-iánus kognitív fejlődéseméletek fontos kritikájaként szolgáltak azok a vizsgálatok, melyek rámutattak, hogy a gyerekeknek már egészen kicsi korban vannak alapvető, naiv ismereteik az őket körülvevő világ számos aspektusáról. Ezek a naiv elméletek a tárgyi környezet, illetve a társas világ számos vonatkozásában segíthetik a gyermek tájékozódását – számos eredmény demonstrálja a naiv matematikai, naiv fizikai, naiv pszichológiai, naiv biológiai (Carey, 1985; Inagaki, 1997; Inagaki, Hatano, 2004, 2006a, 2006b; Wellman, Gelman, 1992; Keil, 2010) teóriák meglétét, működési mechanizmusait már korai életkorban is.

Susan Carey a felnőttekéhez hasonló halálfogalom kialakulását fogalmi váltással magyarázza. A fogalmi váltás elmélete szerint az ismeretek „magokból”, illetve ezekhez kapcsolódó konstruált tudásból épülnek fel. Carey a már kora gyermekkorban jelen lévő, az intuitív elméletek alapjául szolgáló, a fejlődés során lényegében változatlan tudáselemeket nevezi „magoknak”. A fogalmi fejlődés kétféle módját elemzi: történhet pusztán gazdagodással, amikor új hiedelmek jelennek meg egy meglévő, viszonylag állandó, változatlan fogalmi apparátus keretein belül. Ennél mélyrehatóbb változást, átalakulást jelent a fogalmi váltás: ekkor a személyes fogalomalkotás egy új szintre lép, mert a korábbi elméletek inkommensurábilisek az új hiedelmekkel. Carey szerint kora gyermekkorban az életfolyamatokkal kapcsolatos gondolkodás alapvetően pszichológiai nem pedig biológiai alapú, és a szűkebb értelemben vett biológiai elméletalkotás csak viszonylag későn, 9-10 éves kor körül jelenik meg. Későbbi írásaiban már némiképp korábbi, 6-7 éves korban megjelenő fejleménynek tartja mindezt (Carey, 1995). A fogalmi váltás lehet például differenciáció, amikor egy differenciálatlan ősz-fogalom már nem játszik szerepet az új elméletben, hanem megkülönböztetett, jelentésteli új koncepciókra bomlik. Carey szerint ilyen fogalmi differenciáció, amikor a gyerekek korábban differenciálatlan fogalma az *eleven* entitásokról elkülönül az *élő*, a *mozgó*, a *létező*, illetve a *valódi* entitások kategóriáira (Carey, 1985). A differenciációval ellentétes irányú folyamat az egybeolvadás, amikor egy korábbi elméletben függetlenül reprezentált fogalmak az új elméletben egy koncepcióban egyesülnek (pl. *állatok* és *növények* alkotják az *élőlények* csoportját). A halálfogalom a kognitív fejlődés során szintén fogalmi váltáson megy keresztül – ezt Carey és Susan Johnson normatív fejlődésű gyerekek, illetve Williams-szindrómás serdülők és felnőttek összehasonlító

vizsgálataival támasztotta alá (Johnson, Carey, 1998; Carey, Johnson, 2000). Többféle, alapvetően biológiai jellegű fogalom megértését vizsgálták a klinikai és két kontrollcsoport (verbális képességszint alapján illesztett kontrollcsoport, illetve fiatalabb, normatív fejlődésű gyerekek csoportja) tagjai körében. A Williams-szindrómások halálmagyarázatai a fiatalabb gyermekcsoport koncepcióihoz álltak közelebb: alapvetően viselkedéses jegyek mentén értelmezték az elmúlást (pl. elmegy, nem jön vissza, alszik stb.), míg az illesztett csoport tagjai a biológiai működések megszűnését emelték ki. A szerzők a tapasztaltakat azzal magyarázzák, hogy a Williams-szindrómás pácienseknél nem megy végbe az érett halálfogalom kialakulásához szükséges fogalmi váltás.

Slaughter és Lyons a biológiai jelenségek teleo-vitalisztikus felfogásának szerepét hangsúlyozzák a halálfogalom kialakulásának folyamatában. Hatvan, 3 és 6 év közötti gyermek eredményeit felölelő vizsgálatuk szerint azok a kisgyermekek, akik magyarázataikban spontán módon alkalmazták a teleo-vitalisztikus elképzelést, vagyis az életre magára mint célra tekintettek a különféle életjelenségek értelmezésekor, sokkal kifinomultabb halálfogalomról tettek tanúbizonyságot, mint a vizsgálatokban résztvevő hasonló korú társaik (Slaughter, Lyons, 2003). Halálkonceptiójuk magába foglalta annak megértését, hogy a halál csupán az élő entitásokat érintheti, illetve hogy a halál oka végső soron a testi működések megszűnése. A szerzők arról is beszámolnak, hogy amikor a biológiai működések teleo-vitalisztikus értelmezését célirányosan tanították a gyermekeknek, akkor az általuk nyújtott halál-értelmezések látványos fejlődését tapasztalták (40 fős tréningcsoport és 20 fős kontrollcsoport adatai alapján). A tapasztaltakat figyelembe véve arra a következtetésre jutottak, hogy a teleo-vitalisztikus hozzáállás elsajátítása átformálja a gyermekek életvéggel kapcsolatos vélekedését is, hozzájárul egy érettebb halálfogalom kialakulásához. Slaughter további vizsgálatokkal támasztotta alá, hogy a gyermekek nagyjából egyidejűleg, 5-6 éves kor között kezdenek biológiai modelleket alkotni a testi működésekről, illetve biológiai eseményként értelmezni a halál jelenségét is (Slaughter, 2005).

Jaakkola és munkatársai értelmezése szerint a gyermekek halálkonceptiója az élőlényekről alkotott úgynevezett *nem biológiai alapú* elméletekből fejlődik ki (Slaughter, Jaakkola, Carey, 1999). Jaakkola és Slaughter két csoportra osztotta az általuk vizsgált 4-5 éves gyermekeket: az élet-elmélettel rendelkezők, illetve az élet-

elmélettel nem rendelkezők csoportjára (Jaakkola, Slaughter, 2002). Az előbbibe azok a gyermekek kerültek, akik tisztában voltak a fontosabb belső szervek funkciójával, illetve az élet fenntartásában betöltött szerepükkel. A szerzők azt tapasztalták, hogy az élet-elmélettel rendelkezők többsége árnyaltabb, az univerzalitást, irreverzibilitást és a biológiai működések megszűnését is magába foglaló halálkonceptióról adtak tanúbizonyságot. Nem találtak azonban összefüggést a szervek pontos lokalizációjának ismerete és az érett halálfogalom megléte között.

Amint Rosengren és munkatársai arra rámutatnak, nem csupán az életfolyamatokkal kapcsolatos megfelelő ismeretek facilitálhatják a halálfogalom megértését, hanem visszafelé is igaz az összefüggés: azok a gyerekek, akiknek már van halállal kapcsolatos személyes tapasztalatuk, szignifikánsan jobban teljesítenek az életfolyamatok megértését mérő kérdőívben, mint ilyen szempontból tapasztalatlan kortársaik (Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014a). Érdekes módon a korábbi veszteségélmény kapcsolata az életkonceptió kidolgozottságával jóval erősebbnek bizonyult, mint a halálfogalom árnyaltságával. A szerzők azzal magyarázzák a jelenséget, hogy a szülők a veszteségélmények idején feltehetően a biológiai funkciók megszűnése köré szerveződő magyarázatokat adtak a gyermekeiknek, így végső soron az életfolyamatokkal, a testi működések funkcióival kapcsolatosan gazdagodtak a gyermekek ismeretei. Élet- és halálkonceptió összefonódásait vizsgálva hasonló eredményre jutott Vlok és De Witt is, akik azt tapasztalták, hogy azok a gyerekek, akik a halál lehetséges külső okai helyett (baleset, gyilkosság, mérgezés) inkább a belső, biológiai okokra koncentrálnak, társainknál sokkal inkább értették a belső szervek funkcióját az életfolyamatok fenntartásában (Vlok, De Witt, 2012).

A gyermekek naiv biológiai elméleteit veszi górcső alá Paul Harris is kutatásaiban, aki munkatársaival egyéb testi, élettani jelenségek mellett a halálról és a lélekről alkotott gyermeki teóriákat is igyekszik feltérképezni (Harris, Giménez, 2005; Astuti, Harris, 2008; Harris, 2011, 2012; illetve Richert, Harris, 2006). Vizsgálataik eredményeit következő fejezetünk foglalja össze.

A halálfogalom kettős természete gyermek- és felnőttkorban

Kane a biológiai folyamatok megszűnésének véglegességét vizsgálva különbséget tesz kognitív és nem kognitív (egyéb testi) funkciók között, kiemelve, hogy a kognitív működéshez nem köthető, pusztán fiziológiai jelenségek megszűnését könnyebben és hamarabb elfogadják a gyerekek, míg kognitív jellemzőket – gondolatokat, érzéseket – gyakran tulajdonítanak az elhunytaknak (Kane, 1979). Meg kell jegyezni, hogy ez a fajta különbség érthető folyamánya test és lélek szétválasztásának: az európai zsidó - keresztény kultúrkörben szocializálódott felnőttek jelentős része hisz valamiképpen a lélek továbbélésében a test halála után, és feltételezhetően kevés az a szülő, aki – legyen bár vallásos vagy ateista – a vallás tanításait, szimbólumait teljesen nélkülöző, pusztán materialista magyarázatot ad gyermeke halállal kapcsolatos kérdéseire (pl. *felment az angyalokhoz, a mennyországba, a felhők fölé költözött, az égben van helyett: meghalt, eltemették, és a testéből fű nő*). Még egyébként nem vallásos szülők is élnek ezekkel a magyarázatokkal, meghagyva a „fogódzót” gyermekeiknek, hogy feldolgozhatóbbá, barátságosabbá, kevésbé fenyegetővé alakíthassák saját halálképüket (Tóth, 2014). Ha pedig a felnőttek magyarázatai implikálják a lélek továbbélését, ésszerű, hogy a gyerekek pszichés működéseket tulajdonítanak az elhunytaknak a biológiai test halála után is.

Polcz Alaine szerint a reális halálkoncepció kialakulását követően is jellemzi a gyermeki fantáziákat a kettősség, az ingadozás (Polcz, 2007). Bár a gyermek már tisztában van a halál elkerülhetetlen voltával, gondolkodik saját mulandóságáról és felfogja a testi és mentális működések megszűnésének szükségességét, gondolkodásában fel-felmerül a kétely, a hitetlenség. Polcz szerint ennek köszönhető, hogy későbbi életkorokban is megfigyelhetők a halálfogalom fejlődésének korábbi szakaszaira jellemző maradványjelenségek. Freud ezzel kapcsolatban így fogalmaz: *“Úgy áll a dolog, hogy a saját halálunk ábrázolhatatlan (unvorstellbar), és valahányszor megpróbáljuk megjeleníteni, észre kell vennünk, hogy nézőként veszünk részt benne. Így a pszichoanalitikus iskola megkockáztatja azt az állítást: szíve mélyén senki sem hisz a saját halálában, vagy ami ugyanezt jelenti: a tudatalattinkban mindannyian meg vagyunk győződve a saját halhatatlanságunkról”* (Freud, 1995, 179-184. o.). Lantos Katalin ennek a jelenségnek a bemutatására tanulmányában egy 13

éves, veszteséget átélt leánygyermek példáját hozza, aki – bár életkoránál, kognitív fejlettségi szintjénél fogva már viszonylag érett halálkoncepcióval rendelkezik, és az édesapa betegségének, elvesztésének, temetésének aktív résztvevője volt – beszámol az elhunytal való találkozásról, illetve arról a törekvéséről, hogy a kapcsolat fenntartásának érdekében szeretne megtanulni szellemet idézni (Lantos, 2015).

A hagyományos kognitív pszichológiai megközelítés szerint ezeknek a hiedelmeknek a jelenléte arra utal, hogy a gyermek halálértelmezésébe még nem épült be megfelelően az irreverzibilitás aspektusa (Nguyen, Rosengren, 2004). A halálkoncepció kettőssége azonban nem csak gyermekeknél megfigyelhető jelenség. Felnőtteknél is igen gyakoriak – a biológiai tények messzemenő ismerete ellenére – a túlvilági étellel kapcsolatos fantáziák, a pusztán tényeken túlmutató hiedelmek, benyomások, gyakran vallásos tartalmak. E dolgozat írása, szűk körű vitája idején egy gyermekpszichiáter kolléga saját példájával világította meg ezt, a felnőttkorban sem ritka kettősséget: *„Évtizedekkel ezelőtt lakott az utcánkban egy kedves, idős bácsi, nagyon jóban voltunk vele. Aztán meghalt, és mi is elköltöztünk arról a környékről. Nem olyan régen aztán mentem az utcán, és szembejött velem egy férfi, aki egészen úgy nézett ki, mint ő. Hiába tudtam pontosan, hogy már réges-rég meghalt, abban a pillanatban teljesen elhittem, hogy ő az, majdnem odaköszöntem neki. Nagyon meghatározó volt számomra ez az élmény, rádöbbenem, hogy tényleg mennyire meg tudja csalni a képzelete az embert, a racionális tények dacára.”*

Paul Harris a halálról és a túlvilági életről alkotott fantáziákat vizsgálva felnőttekről teszi a következő megállapítást: *„Két párhuzamos fantáziát konstruálnak a halálról: egy világi koncepciót, amelyben a halálra mint az életfolyamatok megszűnését eredményező biológiai eseményre tekintenek, és egy spirituális koncepciót, melyben a halál nem végleges, és különösképpen az emberi lények számára nem az, akik egy módosult formában élnek tovább.”* (Harris, 2012, 152. o.; saját fordítás)

A felnőttek vélekedéseivel foglalkozó vizsgálatok többé-kevésbé egybehangzó eredménye szerint az ember szíve mélyén kételkedik saját halandóságában, és – ha csak tudattalanul is - hisz legalább a lélek túlélésének lehetőségében (Hodge, 2011). Ennek az univerzálisnak tűnő megállapításnak a magyarázatára többféle elmélet született. A Bering által megfogalmazott *szimulációs korlát hipotézis* (Bering, 2002, 2006, 2008)

szerint egyszerűen nem tudjuk, milyen halottnak lenni – míg sok testi működésünk átmeneti szüneteléséről van élményünk (éhesek vagyunk, ha nem eszünk, szomjasak, ha nem iszunk stb.), addig képtelenek vagyunk elképzelni a mentális állapotok teljes hiányát. Ebből adódik, hogy az elhunytakat is szükségszerűen felruházzuk a mentális működések képességével. A Nichols által megfogalmazott *képzelti gát elmélet* (Nichols, 2007) értelmében amit nem tudunk elképzelni, az saját – elsősorban pszichológiai - nemlétezésünk az aktuális jelenben (ellentétben Freuddal, aki szerint az egyén számára saját halála nem reprezentálható), ebből adódóan élünk a pszichológiai értelemben vett halhatatlanság feltételezésével. A *terror menedzsment elmélet* szerint az emberi faj öntudatra való készsége azzal jár együtt, hogy óhatatlanul szembesülünk saját elkerülhetetlen végzetünkkel, ami állandó, többnyire tudattalan halálfélelemmel tölt el bennünket (Vallacher, 1997; Solomon, Greenberg, Pyszczynski, 1997; Pyszczynski, Greenberg, Solomon, 1999; Pyszczynski, Solomon, Greenberg, 2002; Goldenberg, 2005; Landau et al., 2007). Ez a félelem készlet minket arra, hogy megkonstruáljuk a halhatatlan lélek és a túlvilág koncepcióit. Hodge véleménye szerint mindhárom elméletnek gyenge pontja, hogy az individuumból kiindulva pusztán a személyes halhatatlanságba vetett hit jelenségét magyarázza, miközben a túlvilág-fantáziák általában szociális jellegűek, magukba foglalják az elhunyt szeretteinkkel való találkozásnak, szeretetkapcsolataink folytatásának lehetőségét (Hodge, 2011). Az egyénre fókuszáló voltuk miatt valójában egyik hipotézis sem magyarázza kielégítően, miért hiszünk mások halhatatlanságában is. Hodge ehelyett az *offline szociális következtetés* jelenségét ajánlja magyarázatként: a másik félről való gondolkodásunkat meghatározza az az implicit feltevés, hogy az illető ezzel egyidejűleg valahol van a világban, valamit tesz, gondol, érez stb. Halálesetet követően az elhunyt észlelt hiánya is gondolkodásunknak ezt a formáját aktiválja, szükségképpen pszichológiai funkciókkal felruházva a személyt, akire gondolunk.

Óvodás korú gyermekek szüleivel készült interjúkból kiderül, hogy a szülők igen különböző személyes halálfantáziákkal rendelkeznek, melyek a teljes megsemmisülésbe vetett rendíthetetlen hittől az ambivalens, reménykedő attitűdön át a materiális jellegű túlvilágképig igen széles palettán mozognak (Tóth, 2014). A vallásukat gyakorló szülők általában a pusztán szellemi jellegű továbblétezés mellé teszik le a voksukat, míg a nem vallásos szülők fantáziái között egyaránt vannak kimondottan anyagi természetű

túlvilági fantáziák (pl. nagy kerek asztal a túlvilágon, melynél összegyűlnek a fontos halottak, vagy: felhő szélén üldögélés a mennyországban), és a megsemmisülésről szóló elképzelések is. (A nem vallásos szülők körében több az ingadozó, félelemteli-reménykedő vagy elhárító válasz erre a kérdésre.) Vallásgyakorlástól függetlenül azonban a szülők egy jelentős hányada olyan értelmezéseket adott vagy adna gyermekének a halálról, melyek magukba foglalják a kognitív funkciók túlélését is (lát, hall, szeret, figyel, vigyáz, jó neki stb.). Nem egyértelmű ugyanakkor az összefüggés a szülők által szolgáltatott, a lélek sértetlenségét implikáló magyarázatok és a gyermekek halálfogalmának kidolgozottsága között, gyanítható azonban, hogy a kognitív funkcióvesztés aspektusának megértése amiatt is lehet viszonylag kései fejlemény, mert alapvetően ellentmond a szülői magyarázat-paneleknek.

A Polcz Alaine által említett maradványjelenségek tehát felnőtt korban is árnyalhatják halálról való gondolkodásunkat, illetve nem elhanyagolható bizonyos esetekben klinikai vonatkozásuk sem. Orbach és Glaubman egy esettanulmányukban kettő, szuicid tentament, illetve egy harmadik, szuicid fenyegetőzést követően ellátásba vett lánygyermek esetét elemezve azt a hipotézist fogalmazzák meg, hogy a halál sajátos kognitív reprezentációja szerepet játszhat szuicid viselkedések megjelenésében (Orbach, Glaubman, 1979). A tanulmányban szereplő gyermekek ugyanis valamennyien olyan halálfantáziákról számoltak be, melyekben halálukat követően is képesek voltak a tapasztalatszerzésre, az élethez hasonló működések fenntartására. Halálfogalmuk kettős volt: a személytelen halál koncepcióját alkalmazták más emberekre, míg önmagukra a személyes halálét; az utóbbi visszafordíthatónak, az élethez hasonlóknak tűnt beszámolóik alapján.

Orbach és munkatársai egy további vizsgálataik során idősebb gyerekek körében szignifikáns összefüggést találtak a halál univerzális voltának megértése és a szorongásszint között: azok a gyerekek, akik a kérdőíves eljárás alapján magasabb szorongásszinttel voltak jellemezhetők, alacsonyabb összpontszámot értek el az univerzalitás aspektusára vonatkozó kérdésekben (Orbach et al., 1985, 1986). Ez esetben is felmerül a halálfogalom két, szétváló reprezentációjának lehetősége: mivel a halálfogalom négy aspektusa közül csupán az univerzalitás megértése esetén tudták kimutatni a szorongásszint szignifikáns hatását, azért a szerzők azzal érvelnek, hogy a szorongóbb gyermekek számára erőteljes szükségletként jelentkezhethet, hogy megvédjék

magukat saját mulandóságuk tudatával szemben. Ez csak akkor lehetséges, ha negálják az univerzalitás tényét, és önmagukra mint kivételekre tekintenek.

Az előzőekben áttekintettük, mennyire megoszlik a téma kutatóinak véleménye arról, milyen életkorban értik meg a gyermekek teljes mélységében a halál fogalmát. A különféle módszertani megközelítéseken, illetve az interjúkban kapott válaszok eltérő értelmezésén túl a kettős halálfogalom jelenségét is érdemes figyelembe venni a rendkívül nagy szórás magyarázatakor.

Bering és Bjorklund különböző korú gyermekekkel és felnőttekkel egyaránt végzett olyan vizsgálatokat, melyben az alanyokat egy halott szereplő mentális és pszichobiológiai állapotairól, működéseiről kérdezte (Bering, Bjorklund, 2004). A résztvevők válasza azt jelezték, hogy a legkisebb gyerekek kivételével valamennyi korcsoport hajlott arra, hogy megismerő és érzelmi funkciókat, illetve vágyakat tulajdonítsanak a halott szereplőnek. Állami és egyházi iskolában tanuló spanyol gyermekekkel végzett összehasonlító vizsgálata során Bering azt tapasztalta, hogy ez a mentálisállapot-tulajdonítás 7 és 11 éves kor között egyre hangsúlyosabbá válik, és tovább erősítheti a gyermekek által kapott vallási neveltetés (Bering et al., 2005).

Bering az empirikus adatokra támaszkodva azt állítja, hogy a túlvilági létbe vetett hit nyitva hagyja az elhunytal való folyamatos kapcsolattartás lehetőségét (Bering, 2006). Feltevése szerint a humán kognitív rendszer sajátosságaiból fakadóan hajlamos illuzórikus reprezentációk létrehozására a pszichológiai értelemben vett halhatatlanságról, illetve önmagának intelligens dizájnjáról (vagyis arról a teleológiai feltevésről, hogy létünk valamely célra irányul, valami nagyobb terv része). Hodge kritikája (Hodge, 2010) szerint azonban a Bering által kapott eredmények magyarázatát a kérdésfeltevés sajátosságaiban kell keresni: míg a mentális működésekre vonatkozó kérdések implikáltak az életben maradtak jelenlétét (képes lehet a halott egy bizonyos cselekvésre egy bizonyos másik emberrel kapcsolatban), addig a fizikális állapotokat érintő kérdéseknél ez nem mondható el (képes lehet-e a halott egy bizonyos cselekvésre). E módszertani jellegzetesség mellett Hodge Bering eredményeit az emberi gondolkodás Dennett által intencionális hozzáállásnak nevezett tulajdonságával (Dennett, 1990, 1996) magyarázza: embertársainkat eredendően hiedelmek, vágyak,

célok mentén racionálisan cselekvő ágensekként érzékeljük, emiatt a pusztán biológiai működéseiknél sokkal inkább figyelünk indítékaikra és célvezérelt cselekvéseikre.

Beringhez hasonlóan Bloom is a humán kognitív fejlődés sajátosságaira vezeti vissza az emberi test és lélek karteziánus felfogását, vagyis hogy testi létünkről, működéseinkről és mentális funkcióinkról – lelkünkről – mint két különálló entitásról vagyunk hajlamosak gondolkodni (Bloom, 2004). Bloom Descartes' Baby című könyvében - felsorakoztatva a legfrissebb csecsemővizsgálatok eredményeit – úgy érvel, hogy születésünk pillanatától fogva arra vagyunk hivatottak, hogy két független közegben, a fizikai és a társas világban párhuzamosan tanuljunk meg tájékozódni. Az emberi csecsemő emiatt megkülönböztetett figyelemmel fordul egyrészt a tárgyak világának egyes sajátosságai, másrészt az őt körülvevő szociális közeg ingerei felé. Míg a tárgyak mozgását a fizikai világ törvényei mentén tanulja meg értelmezni, addig az élőlények viselkedését azáltal érti meg, hogy szándékot, érzelmet, mentális állapotokat tulajdonít nekik. Bloom tehát azt állítja, hogy az emberi agy eleve úgy strukturált, hogy a világot dualista módon értelmezze, ráadásul a két párhuzamos interpretációs rendszer hatékony együttműködése reproductív előnyökkel is jár az egyed számára, ami a karteziánus beállítódás fennmaradását eredményezi a populációban.

Ennek a karteziánus hozzáállásnak az univerzalitása tükröződik a nagy világvallások lélekképzeteiben is (Bedürftig, 2007; Görföls, Máté-Tóth, 2009). A kereszténység tanításai szerint halála után a lélek – az életében elkövetett cselekedetek függvényében megmérettetik, majd a bűnös lelkekre örök kárhozat, az igazakra pedig üdvösség vár. Egyes irányzatok szerint azok, akinek a bűnei bocsánatosak, a tisztító tűzbe, avagy Purgatóriumba kerülnek, hogy bűneiktől megtisztulva végül elnyerhessék az üdvösséget. Az utolsó ítélet napján a holtak feltámadnak, a lélek ismét egyesül testével, és a földön eljön isten országa. A kereszténység istenképe szerint istenben három személy, az Atya, a Fiú és a Szentlélek egyesül (kivéve: antitrinitáriánus irányzatok), ezzel szemben a zsidó vallás lényegesen szigorúbb monoteizmusa egyetlen, öröktől való, oszthatatlan és személyes isten feltételez, egy anyag és forma nélküli lelket, melynek megtestesülését elutasítja. Noha a zsidóság különböző irányzatai nem egységesek a túlvilágra, feltámadásra, mennyre és pokolra vonatkozó kérdésekben, és mindenekelőtt a földi léte koncentrálnak, a hagyományos zsidó irányzatok magukba foglalják a feltámadásban, illetve a túlvilágban, az *olam hábában* való hitet. A Talmud

szerint a túlvilágon „*nincs evés, ivás, szaporodás, nincs üzletelés, irigység, gyűlölködés vagy viszály. Az igazak nem tesznek egyebek, mint ülnek koronájukkal a fejükön, és élvezik az isteni jelenlét ragyogását*” (Talmud Bávoli, 17a, l.: Jewish Virtual Library; saját fordítás). A harmadik nagy monoteista, ábrahámi vallás, az iszlám szerint a végső napon mindenki feltámad, és Allah ítélkezik az emberek felett, a rosszakat tűzbe, a jókat pedig a Kertekbe (Paradicsom) küldi. Az iszlám szerint az ember alapvetően jó, ezért nincsen szükség megváltásra, az üdvözülés alapja pedig a hit. A hitetlenekre kárhozat vár, őket az ördögök kínozzák a pokolban, de az igaz hitűek, ha különösen nagy bűneik is voltak, csak átmenetileg kerülhetnek a tűzbe, ahol megtisztulva beléphetnek a Paradicsomba. Itt az igazaknak nagy gazdagságban és boldogságban lesz részük. A hinduizmus nem kinyilatkoztatáson alapuló, igen sokszínű, manapság is dinamikusan fejlődő vallási rendszerének központi fogalma a *dharma*, vagyis egyetemes törvény, mely a világ minden élő és élettelen entitásának létezését, működését meghatározza. Ez az örök törvény teszi az emberi társadalmakat is hierarchikussá, és az egyéni létezés célja az ebben a rendben elfoglalt szerep beteljesítése révén az egyéni fejlődésben való továbblépés, sorozatos újjászületések révén. A *szanszárától*, vagyis az újjászületéseknek e ciklikusságától való megszabadulás a *móksha*, ami az anyagi lét illuzórikus voltának felismerésével lehetséges. Míg a hinduizmusban a halott testéből kiváló szellemi egység (vagy halhatatlan lélek, *átman*) újabb testbe történő költözésével történik a lélekvándorlás, addig a buddhizmusban ez a fogalom egy gyökeresen eltérő jelenséget takar. A hindu valláshoz képest itt kissé szűkebb értelmet nyerő dharmák (vagyis a világ tovább nem bontható, nem anyagi természetű egységei) egy szüntelenül áramló, egységes rendszerré fonódnak össze. Az élet nem más, mint egymással kölcsönhatásban lévő dharmák összessége, melyek nem szűnnek meg létezni és működni a test halálával sem, hanem lehetővé teszik egy új individuum világra jövetelét. Az újjászülető egyén ebben az értelemben nem azonos az elhunytal, csupán szellemi folytatódása, aki öröklíti az elhunyt életben elkövetett cselekedeteinek mindenféle vonzatait. A sorozatos újjászületések révén egyre magasabb rendű szellemi lét érhető el, lehetővé téve a világi szenvedélyektől és az élet akarásától való fokozatos megszabadulást, és végül a Nirvánába való belépést. A Nirvána sem jelent örök megsemmisülést, csupán földi tevékenységektől, vágyaktól, szenvedélyektől, kötődésektől való megszabadulást, más megfogalmazásban örök boldogságot, békét, az üdvösség transzcendentális gyönyörét. A kínai vallási-filozófiai rendszerek alapjául szolgáló unverzizmusban az emberi lélek

több részből álló entitásként jelenik meg: a *po* és a *hun* alkotja. A *po* mindig a testben marad, a halál után is, és a halottnak ajánlott áldozatot étetik, míg a *hun* már az egyén életében is képes a test elhagyására (álom jelensége), a halál pillanatában pedig végérvényesen különválnak a testtől és az égbe száll.

Látható, hogy bár a lélek fogalma a földrajzi szempontból és eredetüket tekintve is heterogén világvallásokban közel sem egységes, és az egyéni, halhatatlan lélek csupán a vallások egy részében jelenik meg, a nagy világvallások mindegyike valamiképpen test és lélek, anyag és szellem különálló, különválasztható voltáról beszél. Ezeknek a gondolatoknak a széles körben elterjedt, legkülönfélébb kulturális háttéren megjelenő, történelmileg beágyazott, több évszázados-évezredes múltra visszavezethető volta erős érv Bloom állításai mellett, és azt jelzi, hogy az emberi gondolkodás egy igen markáns sajátossága a testi és lelki jelenségekről mint független létezőkről való gondolkodás.

Brent és munkatársai amerikai és kínai gyermekekkel készített interjúik alapján nagyjából hatéves korra teszik a halál biológiai vetületének megértését, a realista halálfogalom kialakulását (Brent et al., 1996). Meglepő módon serdülők körében kisebb egyetértést tapasztaltak a halál irreverzibilitásának, illetve a biológiai folyamatok megszűnésének és a szeparációnak a kérdésében, az adolescens korú válaszadók értelmezéseiben többször fordultak elő valamiféle túlvilági életre vonatkozó fantáziák. Lane és munkatársai szintén egyesült államokbeli és kínai gyermekek és felnőttek vizsgálata során jutottak hasonló eredményekre (Lane et al., 2016). Vizsgálati személyeik két különböző kontextusban (orvosi, illetve vallási) hallottak egy halálesetről, majd meg kellett ítélniük, hogy az elhunyt képes-e bizonyos testi és mentális működésekre. A szerzők tapasztalata szerint 5-6 éves korra a gyerekek zöme e funkciók megszűnése mellett foglalt állást. Érdekes kulturális különbségeket fedeztek fel azonban: az amerikai gyerekek 7-8 éves kor tájékán hajlamosabbak voltak a mentális működések fennmaradására voksolni, mint akár fiatalabb amerikai, akár azonos korú kínai társaik, és ez a hatás még jelentősebb volt a vallási kontextus esetén. Az elhunyt sorsáról beszélgetve ugyanakkor mindkét mintában az életkor előrehaladtával egyre gyakoribbak lettek a rituálékra, vallási szertartásokra vonatkozó motívumok.

Rita Astuti és Paul Harris kultúráközi összehasonlító vizsgálataiban spanyol katolikus, illetve a madagaszkári népesség körében leggyakoribb törzsi vallású (vezo) gyermekek

és felnőttek párhuzamos (biológiai és vallási) halálfantáziáit vette górcső alá (Harris, Giménez, 2005; Astuti, 2007, 2011; Astuti, Harris, 2008). A vizsgálatokban résztvevőknek itt is kétféle forgatókönyvet mutattak be: az elsőben a főszereplő jellegzetesen orvosi/kórházi környezetben veszi életét (spanyol gyerekeknek: az orvos elmondja az unokának, hogy nem tudtak segíteni a nagyszülön; madagaszkári gyerekeknek: a kórházban súlyos maláriás rohamban elhunyt egy férfi). A másodikban a halál okainak, körülményeinek említése nélkül az adott vallási környezetben tipikus búcsúhelyzet jelenik meg (spanyol gyerekeknek: az unoka és egy pap beszélgetése az elhunyttról; madagaszkári gyerekeknek: a nagyszülő unokái körében hal meg, majd megmutatják a sírját, melyet az utódok méltón feldíszítettek). Ezután kérdéseket tettek fel a résztvevőknek azzal kapcsolatban, hogy az elhunyt mit érezhet, gondolhat, láthat, tapasztalhat, működhet-e további testi funkciói stb. Mind a két minta esetében azt tapasztalták, hogy a medikális kontextusban felnőttek és gyerekek is előnyben részesítették a realiztikus, pusztán biológiai magyarázatokat, míg a spirituális keret a túlvilági tapasztalások lehetőségességét implikáló magyarázatokat eredményezett inkább. Szignifikáns életkori különbségeket is találtak mindkét mintánál: a fiatalabb gyerekek hajlamosabbak voltak biológiai jellegű, a testi és mentális működések megszűnését feltételező válaszokat adni, míg az idősebbeknél egyre gyakoribbá váltak a vallás tanításait is hordozó, a biológiai értelmezéssel látszólag szembenő válaszok. Harris ezek alapján megkockáztatta a feltételezést, hogy a szülők által esetlegesen nyújtott vallási tartamú magyarázatok csak akkor válnak hangsúlyossá, jelentésselivé a gyermekek számára, amikor teljes egészében megértik a halál biológiai természetét, a totális veszteséget (Harris, 2011). Ilyenformán a biológiai aspektus megértése lehet a vallási aspektus megértésének, elsajátításának kognitív előfeltétele. A későbbiekben a két halálreprezentáció nem teljesen függetlenül, párhuzamosan létezik tovább – látszólag komoly ellentmondást generálva az idősebbek megismerési rendszerében -, hanem a spirituális értelmezés valamiképpen meghaladja, legyőzi a már ismert biológiai tényeket.

Misailidi és Kornilaki 5-10 éves gyerekek halálkonceptióit vizsgálta szüleik túlvilágban való hitének, illetve a halállal kapcsolatos családon belüli kommunikációnak a függvényében (Misailidi, Kornilaki, 2015). Tapasztalataik szerint bár a gyerekek halálfogalma egyre finomodik, árnyalódik az életkor előrehaladtával, a résztvevők egyre

inkább megértik a biológiai működések megszűnését, a gyermekek életkortól függetlenül vonakodtak állást foglalni az akarat, a megismerő funkciók, illetve az érzelmi állapotok hiánya mellett. Ez a tendencia függetlennek bizonyult a szülők meggyőződéseitől és gyermekeiknek adott magyarázataiktól is, ezért Misailidi és Kornilaki megkockáztatja a feltevést, hogy ez a fajta túlvilági hit része a kognitív működések fejlődésének, és kevésbé társas hatások függvénye.

Hogy a halál biológiai és vallásos koncepcióinak egymásmellettiége a mindennapokban nem okoz különösebb kognitív disszonanciát a felnőttek számára, arra Rosengren és munkatársai hoznak egy izgalmas példát számos fantáziadús kutatásuk egyikéből (Rosengren, Gautérréz, Schein, 2014b): Mélyen vallásos, illetve vallásukat nem gyakorló szülőknek feltették a kérdést, hogy van-e gyermeküknek valamiféle tévhite a halállal kapcsolatban. Erre a kérdésre elsősorban az erősen vallásos szülők feleltek igennel, és a leggyakoribb válasz az volt, hogy a gyermek nem érti a halál véglegességét – ami a szerzők szerint a keresztény vallás perspektívájából nem magától értetődően tévhit.

Harris és munkatársai annak az elképzelésnek tesztelésére, hogy a spirituális halálfogalom valójában a pusztán biológiai értelmezés meghaladását jelenti, egy olyan vizsgálati elrendezést terveztek, mely konfrontálja a két halálkonceptiót (Harris, Koepke, Jackson, Borisova, Giménez, 2010, I. Harris, 2012). 5-16 éves gyerekeknek mutattak be két személyt, akik közül az egyik a biológiai tényeket kiemelő értelmezést ad az elmúlásról (az elhunyt teste már nem funkcionál tovább, eltemetik- ez az élet vége), míg a másikuk egy vallási magyarázatot nyújt a halálról (az elhunyt teste, lelke tovább működik, találkozik a Teremtővel – ez egy új élet kezdete). A kutatók ezután megkérdezték a gyerekektől, hogy melyik személynek van igaza, kinek az álláspontját tudják elfogadni. Harris és munkatársai azt tapasztalták, hogy a gyermekek túlnyomó többsége (megközelítően 80%-uk) elvetette a pusztán biológiai értelmezést, és a vallási magyarázattal tudott inkább azonosulni. Csupán a résztvevők 20%-a állt ki a teljes megsemmisülés elve mellett. Harrisék magyarázata szerint amennyiben a kétféle halálkonceptió konfrontálódik egymással, a gyerekeknek állást kell foglalniuk valamelyik mellett, és azért választják a spirituális értelmezéseket, mert az kidolgozottabb, magasabb szintű, elaboráltabb, mint a pusztán biológiai megközelítés.

Ebben az értelemben a két koncepció nem egymást kizáró alternatívák, hanem egy fejlődési sor egymást követő lépcsőfokai.

Itt megosztanék egy példát saját gyűjtésemből, ami érdekesen összecseng ezzel az elmélettel. Az elmúlt évek során több interjút készítettem gyerekekkel a halálról, és akadtak olyan gyermekek is az interjúalanyok között, akik fél-egy év elteltével ismét bekerültek egy újabb kutatás résztvevői közé. Az egyik kisfiú mindkét alkalommal spontán módon rajzot készített, melynek a témája a *temető* volt. 4 év 11 hónapos korában készített rajza az elmúlás medikális aspektusát ragadja meg: a temető egy épület, mely előtt szirénázó mentőautó áll – akár kórház is lehetne, eltekintve az egyik ablakba biggyesztett keresztől (1. sz. ábra). Halálértelmezése ekkor tisztán biológiai tényeket sorakoztat: *„Aki meghal, annak megáll a szíve és nem mozg [sic!] az agya, és elássák a földbe. Ott lejön a bőre, és csak a csontja marad. [Kérdésre:] Nem tud enni, nem tud lélegzeni, nem tud aludni, nem tud beszélni, nem tud kakilni, pisilni is nem tud. Nem tud érezni.”* Ezzel szemben 6 év 4 hónapos korában készített temetőrajzán a szabad ég alatt sírok sorakoznak, fejfák és kőkeresztek sokasága, a kép közepét pedig egy hatalmas, szintén kereszt alakban növekvő, lombos fa uralja (2. sz. ábra). Ekkor hasonló, alapvetően biológiai megközelítését adja a halálfogalomnak, de modellalkotása már kissé más jellegű – Rosengren és munkatársai terminológiájával élve elmozdult egy egységes modelltől egy célfüggő modell irányába (Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b; 1. lejjebb) -, mert spontán teszi hozzá magyarázatához, hogy Jézus a mennybe került, ő feltámadt, babaként (!) újra él. Erről szintén képet készít (a kisdéd Jézus a felhők között látható, még a feltámadása – újjászületése? - előtti pillanatban; 3. sz. ábra). A szülői kérdőív tanúsága szerint a gyermeket mostanában foglalkoztató kérdések egyike, hogy Isten meghalhat-e.



1. sz. ábra – 4 év 11 hónapos fiúgyermek temetőrajza



2. sz. ábra – Ugyanennek a fiúgyermeknek a temetőrajza 6 év 4 hónapos korban



3. sz. ábra – 6 év 4 hónapos fiúgyermek rajza Jézus haláláról és feltámadásáról (újjászületéséről?)

A halállal kapcsolatos kommunikáció kisgyermekkel

A haláltudat és az ebből adódó halálszorongás legjobb tudásunk szerint specifikusan emberi sajátosság, hiszen feltételezi az öntudatot, az itt és mosttól elszakadó, időbeli gondolkodás képességét és végső soron létezésünk végességének felismerését. Jóllehet, az állatvilágban jól megfigyelhetők az élet közvetlen veszélyeztettségére adott félelmi reakciók – például a zsákmányállat menekülő viselkedésében a ragadozó megjelenésekor -, melyek az egyed, s hosszabb távon a faj fennmaradását szolgálhatják, valószínűleg egyedül az ember képes tudatos halálfélelem megélésére, még közvetlen veszély hiányában is. Ennek a meglévő egzisztenciális szorongásnak nincsenek nyilvánvaló előnyei az egyén túlélésének szempontjából, ezért a terror menedzsment elmélet megalkotói a halálfélelmet a magasabb rendű – önmagukban adaptív, az egyén túlélését szolgáló – kognitív készségek kialakulásával párhuzamosan létrejövő mellékterméknek tartják (Greenberg, Pyszczynski, Solomon, 1986; Pyszczynski, Greenberg, Solomon, 1997; Pyszczynski, Solomon, Greenberg, 2002). Feltevésük szerint e félelemmel szembeni védekezésnek köszönhető kulturális hiedelmek és értékrendek megjelenése, formálódása, illetve a vallásos gondolkodás kialakulása. Navarrete és Fessler, illetve Kirkpatrick és Navarrete ugyanakkor több ponton támadják a terror menedzsment elmélet megállapításait, úgy érvelve, hogy azok nem egyeztethetők össze a modern evolúciós pszichológia eredményeivel (Navarrete, Fessler, 2005; Kirkpatrick, Navarrete, 2006). Kritikájuk egyik sarkalatos pontja, hogy a terror menedzsment elmélet feltételezi az ember veleszületett túlélési ösztönének meglétét, holott az egyén túlélése evolúciós szempontból csak abban a mértékben fontos, amennyiben képes utódok létrehozásával továbbörökíteni a hordozott genetikai információt. Így egy mindenekelőtt az egyén túlélését szolgáló ösztön bizonyos helyzetekben kimondottan maladaptív is lehet, ráadásul egyéb, a cselekvést veszélyhelyzetben irányító késztetések mellett potenciálisan redundáns. Kirkpatrick és Navarrete szerint a halálról való gondolkodás képessége csak egyike a szerteágazó humán kognitív készségeknek, és könnyen lehet, hogy őseink a halálfélelmet ugyanúgy tanulták csupán, mint a modern ember a civilizáció vívmányaitól – elektromosság, fegyverek stb. - való ódzkodást. Ebben az értelemben a haláltudat és halálfélelem megjelenését szintén mellékterméknek tartják, de kiemelik, hogy akár adaptív jelenségről van szó, akár egyéb evolúciós folyamatok melléktermékéről, valószínűtlen,

hogy szelekciós nyomás irányuljon egy olyan erős halálszorongást eredményező pszichológiai rendszerre, mely bénítóan hat a viselkedésre, és újabb pszichológiai rendszer kialakulását igényli ennek leküzdésére. Másfelől egy eredendően adaptív jelenség, a halálfélelem leküzdésére létrejött pszichológiai működésmód csökkentheti az eredeti jelenség adaptív értékét, ami ismét ellentmond az evolúciós logikának. Kirkpatrick magát vallásos gondolkodást számos, a tárgyi világ értelmezésére, illetve a társas kapcsolatok kezelésére kialakult pszichológiai működésmódok (naiv fizika és biológia, naiv pszichológia, kötődés, rokoni kapcsolatok hálózata stb.) melléktermékeiből keletkezett, bonyolult rendszernek tartja (Kirkpatrick, 1999).

Akár valós fenyegetésekre adott, alapvetően a túlélést elősegítő, adaptív jelenségnek tekintjük a halálfélelmet, akár a humán kognitív készségekből adódó, kellemetlen következménynek, mellyel szemben kulturális eszközökkel vérteti fel magát az elme, az egzisztenciális pszichoterápia szerint „*annyira erős és átható érzés, hogy az egyén energiájának tetemes része a halál tagadására emésződik fel*” (Yalom, 2003, 38. o.). Az egzisztencialista megközelítés értelmében halálszorongásunk kulturális konstrukcióinkban, legbensőbb személyes élményeinkben, pszichopatológiás tünetképzéseinkben ugyanúgy tetten érhető, mint motivációinkban, jobbra való törekvéseinkben és abban a nagyon erős késztetésben, hogy életünket valamiféle értelemmel töltsük meg. Ahogyan arra az egzisztenciális pszichoterápia rámutat, a felnövekvő gyermek egyik legfontosabb fejlődési feladata halálszorongásának leküzdése, és ha ez valami okból nem sikerül, a halállal való viszonyunk rendezetlensége könnyen okozhat megtorpanásokat az egyéni fejlődéstörténet folyamatában, illetve pszichés problémákat, akár pszichiátriai betegségeket is (Yalom, 2003). Mindezek miatt kiemelt jelentősége lehet annak, hogyan adjuk tovább halállal kapcsolatos tudásunkat és attitűdjeinket a következő generációnak, milyen válaszokat tudunk nyújtani a halállal találkozó gyermek kérdéseire.

A 3-4 éves gyermeket már komolyan foglalkoztatja saját eredete, és ez pedig előbb-utóbb óhatatlanul felveti az elmúlás problémáját is. Míg az előbbi témában ma már jó eséllyel kaphat kielégítő és pontos válaszokat – akár kortársaktól is -, addig a halál sok családban tabunak tűnik. (Pedig a gyermekek figyelnek, tapasztalnak és fogalmat alkotnak róla – a kapcsolódó tanulmányok nagyjából egyetértenek abban, hogy 5-7 éves korú gyermekek már a felnőttekéhez hasonló, az irreverzibilitást, az univerzalitást és a

testi működések megszűnését is magába foglaló halálfogalommal rendelkeznek [Speece, Brent, 1984; Speece, 1985]).

Miközben az elmúlás közvetlen tapasztalata és az ehhez kapcsolódó rituálék mintha nem lennének jelen a gyerekek életében, közvetett csatornákon folyamatosan eljuthat hozzájuk olyan tartalom, mely a halállal konfrontál. Híradóból, esti filmből, felnőttek beszélgetéseiből újra és újra beszűrődik a halál tematikája, a gyermek azonban sokszor nem rendelkezik mintával a veszteséggel való megküzdéshez. A szülőket aggodalommal töltheti el, ha az elmúlással kapcsolatban kell beszélgetést folytatniuk a gyermekükkel: jogosan merülhet fel a kérdés, hogy a súlyos téma bevihető-e a gyerekekkel való párbeszédbe, nem ró-e rá nehezen viselhető terhet? Szülőként ugyanakkor nehéz, ha nem éppen megoldhatatlan probléma a saját egzisztenciális szorongásunk és a gyermekünkkel kapcsolatos aggodalom szétválasztása.

A 80-as évektől egyre több kutatás foglalkozott azzal, hogy szülők, illetve segítő foglalkozású szakemberek miként vélekednek a gyermekek halállal való kapcsolatáról. Vianello és Marin (Vianello, Marin, 1988) szülőket kérdezett arról, hogy gyermekeik hány éves kortól foglalkoznak az elmúlás kérdésével, illetve mikortól értik meg mélységében a halál fogalmát. Eredményeik szerint a szülők négyötöde véli úgy, hogy ötéves kor előtt gyermekeik nem gondolnak a halálra, és felük szerint 9 éves kor előtt alig értenek valamit a jelenségből. A szerzők azt tapasztalták, hogy minél alacsonyabb a válaszadó szocioökonómiai státusza, annál kevésbé feltételezi, hogy gyermekét foglalkoztatja az élet végének gondolata. Vianello és Lucamante (Vianello, Lucamante, 1988) a szülők mellett gyermekorvosokat is megkérdezett ugyanebben a témában, és hasonló eredményeket kaptak: a válaszadók zöme gondolta úgy, a gyermekeket nem érdekli a téma, és nem is kérdeznék a halálról, miközben – közel felük szerint – érzelmileg megérinti őket, félelmet kelthet bennük. A szülők közel harmada megfogalmazta, hogy külső szakember – orvos, szociális munkás, pszichológus – feladata lenne leginkább a halál kérdéseinek megvitatása a gyermekekkel.

Gaab és munkatársai 141 gyermekkel – 5 és 7 év közöttiekkel – készített a halálról alkotott elképzeléseiket körüljáró interjút, majd szüleiket kérdezték meg arról, szerintük mit gondolnak gyermekeik az elmúlás különböző aspektusairól (Gaab, Owens, MacLeod, 2013). A válaszok összevetése alapján azt tapasztalták, hogy a gondviselők

várakozásaihoz képest a gyermekek lényegesen érettebb elképzeléseket fogalmaztak meg a halál lehetséges okaival, irreverzibilitásával és az életfolyamatok megszűnését eredményező voltával kapcsolatosan. Észleltek egy érdekes nemi különbséget is: a lányok esetében hasonló diszkrepancia jelent meg a fogalom alkalmazhatóságának kérdésénél is (alkalmazhatóság: annak megértése, hogy csupán élőlények halhatnak meg).

Azt, hogy egy gyermek kognitív és emocionális síkon miként közelít a halál kérdéséhez, alapvetően befolyásolja az a társadalmi közeg, melyben szocializálódik. Látható, hogy miként az egyes történelmi korok halálképe eltérő megküzdési mintákat szolgáltatott, úgy egy adott időszakon és társadalmon belül a szülők iskolázottsága, státusza is meghatározza a témáról való kommunikációt, így feltehetően a gyermek reprezentációit is. Interkulturális összehasonlító vizsgálatok foglalkoznak azzal, hogy milyen különbségek tapasztalhatók az egyes kulturális csoportok halál-felfogásában, és egyáltalán: mennyire tekinthetők univerzálisnak az elmúlás témáját célzó kutatási kérdések, módszerek, eredmények. Miután a gyermekek egyedi halálképe a társadalmi értékrendszer és hagyományok, illetve a családi hatások, hiedelmek és rituálék sajátos, meg nem ismételtető kölcsönhatásában formálódik, így számos kutató amellet érvel, hogy az egyes halál-reprezentációk nem összevethetők, egyediek és kultúr-specifikusak (Florian, Kravetz, 1985; Anthony, Bhana, 1988; Hui, Chou, 1991; Mahon et al., 1999; Panagiotaki et al., 2015).

Minden gyermek halálhoz fűződő sajátos viszonyát formálja tehát az adott történelmi kor, társadalmi berendezkedés, a vallásos nevelés vagy éppen annak hiánya, az egészségről és betegségről alkotott fogalmak, az érzelmi biztonság, a kialakult kötődési mintázatok, az adott szubkultúra viszonyai, hiedelmei, nyelvezete, reprezentációi stb. Mindezeket elsősorban a család, s főként az elsődleges gondozó(k) közvetíti(k) a gyermek felé. Joggal feltételezhetjük tehát, hogy a szülők halálviszonya, szorongása meghatározza a halálról való kommunikációt a családon belül, s így messzemenően befolyásolja a gyermek érzelmi és kognitív viszonyulását az elmúláshoz. Ahogy Erik H. Erikson írja (Erikson, 1950, 269.o.): „*Egészséges gyermek nem fél az élettől, ha szülei nem rettegnek a haláltól.*” – Kulcsfontosságúnak tűnik tehát a gyerekek halál- (és élet-) szorongásának szempontjából, hogy szülei miként dolgozzák fel saját halál-félelmüket,

mennyire mernek szembenézni egzisztenciális szorongásaikkal, és – ezzel szoros összefüggésben – be tudják-e emelni ezt a témát a gyerekekkel folytatott beszélgetésbe.

Míg a tanatológiai szakirodalomban bőségesen található arra vonatkozó adatot – kutatást, esettanulmányt -, hogy a szülő (vagy testvér) halálát követően miként befolyásolja a gyermeki gyászreakciót az életben maradt szülővel való kommunikáció (Share, 1972; Weber, Fournier, 1985; Martinson, Campos, 1991; Gibbons, 1992; Hurd, 1999; Horsley, Patterson, 2006; Bugge et al., 2011; Shapiro et al., 2012), vagy akár hogy egy gyermek halálos betegsége milyen hatással van családjára, miként beszélget, illetve beszélget-e egyáltalán a betegségről és az elmúlásról gyermek és szülő (Krell, Rabkin, 1979; Graham-Pole et al., 1989; Goldman, Christie, 1993; Polcz, 2001a, b; Kreicbergs et al., 2004; Jalmsell et al., 2015), addig nagyon kevés tanulmány foglalkozik azzal, hogy egészséges, normál fejlődésű gyermekek és szüleik közötti beszélgetésekben miként jelenik meg a halál kérdése. A haldokló gyermekek és szüleik közti kommunikációval foglalkozó vizsgálatok azt sugallják, hogy az érintett betegek és családjuk számára is előremutató, ha nyíltan beszélhetnek a közelgő halálról, együtt készülve fel rá. Graham-Pole és munkatársai azt tapasztalták, hogy a gyermekeiket halálos kimenetelű betegségben elvesztő anyák lényegesen könnyebben, a gyászmunka elakadása nélkül dolgozták fel veszteségüket abban az esetben, ha nyíltan, tabuk nélkül beszélgethettek haldokló gyermekükkel a közelgő elmúlásról (Graham-Pole et al., 1989). Ugyanakkor a tapasztalatok azt mutatják, egyáltalán nem magától értetődő, hogy gyerekek és szüleik meg tudnak osztozni ezen a terhen: Goldman és Christie felmérésében a végstádiumú rákbeteg gyerekeknek csak egy töredéke tudott nyíltan beszélgetni családtagjaival közelgő haláláról, és másfélszer ennyien voltak mintájukban, akik, bár sejtették, hogy meg fognak halni, nem hozták ezt szóba szüleik előtt, vagy akiknek a családjában teljesen tabu volt ez a téma (Goldman, Christie, 1993).

Shapiro és munkatársai 2012-es tanulmánya szerint édesapjukat elvesztett gyermekek is könnyebben és gyorsabban jutnak túl a gyász időszakán, ha az életben maradt édesanya meleg, érzékeny és odaforduló módon képes kommunikálni a gyermekkel, a veszteség kérdésében is (Shapiro et al., 1992) A szerzők amellet foglalnak állást, hogy a hasonló veszteséget átélt családok terápiájában éppen ezért a szülő-gyermek kommunikáció lehet a hatékony intervenció egyik fókuszpontja.

McNeil 1982-es vizsgálatában fiatal anyáknak játszott be magnófelvételeket, amelyeken egy gyermek tett fel kérdéseket egy halálesetről, illetve érzelmet fejezett ki azzal kapcsolatban (félelem, kíváncsiság, harag, fantázia/tagadás). A kutató az anyákat arra kérte, hogy spontán módon reagáljanak az elhangzó szövegekre, úgy, mint ahogyan azt saját gyermekükkel tennék. Független megítélők az elhangzott válaszokat értékelték tartalom és stílus szempontjából, s ez alapján öt kategória valamelyikébe sorolták őket: nyitott/meleg, nyitott/hideg, zárt/meleg, zárt/hideg és egy vegyes csoport. A válaszok nagyon hasonlóak voltak a kíváncsiskodó gyermeki kérdésekre, McNeil ugyanakkor nagyobb egyéni különbségeket talált azokban a szituációkban, amikor a gyermek félelmet vagy haragot fejezett ki. Figyelembe véve a szülők személyiségét, kommunikációs stílusát, arra a következtetésre jutott, hogy ez egyes kategóriákba sorolt szülők szignifikánsan különböztek egymástól abban a tekintetben, hogy mennyire elkötelezettek a gyerekek tanítása, okítása iránt, illetve mennyire zárkóznak el általában az érzelmi hangsúlyú beszélgetésektől (McNeil, 1982). McNeil nem vizsgálta azonban, hogy a szülő személyiségvonásain túl milyen tényezők befolyásolják a választott kommunikációs stratégiát, illetve milyen összefüggés van a szülő halálattitűdje és magyarázatai között.

Hunter és Smith 2008-as vizsgálatában 4-8 éves korú gyermekeknek kellett a halállal kapcsolatos egyszerű, eldöntendő kérdésekre felelniük, míg szüleik 16 olyan kifejtendő kérdést kaptak, melyeket akár saját gyermekük is feltehetne a témával kapcsolatban (Hunter, Smith, 2008). A szerzők szignifikáns összefüggést találtak a gyermekek válaszainak színvonala, illetve életkoruk, soralkotási készségük és halállal kapcsolatos korábbi élményeik között, ugyanakkor nem sikerült kimutatniuk összefüggést a gyermekek halálképének kiforrottsága és a szülő kommunikációs kompetenciája között.

Talia Hatzor-Matalon disszertációjában (Hatzor-Matalon, 1998) azt vizsgálta, hogy a szülők halállal kapcsolatos kommunikációja miként hat a gyermek halálfogalmának fejlődésére. Kutatásában magasan kvalifikált, kedvező szocioökonómiai státuszú anyák és 6-9 éves korú gyermekeik vettek részt. Eredményei azt mutatták, hogy szignifikáns kapcsolat van a szülők kommunikációja és a gyermekek halálképe között (kivéve a véglegesség és az irreverzibilitás tekintetében), illetve negatív irányú összefüggés fedezhető fel a szülő halálszorongása és a halállal kapcsolatos kommunikációjának mértéke között; nem talált ugyanakkor kapcsolatot a szülői halálszorongás és a gyermek

halálkoncepciója között. A gyermek neme, életkora, és a korábban megélt veszteségélmény(ek) is befolyásolták a halálról való beszélgetés gyakoriságát a családban. A szülők kisebb halálszorongást éltek át, ha vallásukból fakadóan hittek a túlvilági életben. Némiképp hasonló eredményekre vezetett Renault és munkatársai közelmúltban végzett vizsgálata: azt tapasztalták, hogy lényegesen elégedettebbek voltak gyermekeknek adott válaszaikkal azok a szülők, akiknek a magyarázatai valamiképpen implikálták a túlvilági élet lehetőségét, függetlenül attól, hogy ennek valamiféle vallásos kontextust adtak, vagy csupán az elhunyttal való kommunikáció, kapcsolattartás valamely lehetséges formájára utaltak (Renault et al., 2015). Hatzor-Matalon felhívja rá a figyelmet, hogy a halállal kapcsolatos élmények, tapasztalatok és tudás hatékony megosztásának egyértelmű gátja lehet a szülő halálfélelme, és emiatt célszerű lenne, ha a halálhoz fűződő ismeretek tanításában szülők és pedagógusok közösen vennének részt. Állást foglal emellett is, hogy mind a kutatómódszertannak, mind az oktatásnak külön kellene választania az elmúláshoz fűződő vallásos tartalmakat és a pusztá tényadatokat (Hatzor-Matalon, 1998).

Saját vizsgálatomban óvodás gyermekek szüleivel készítettem félig strukturált interjúkat halállal kapcsolatos fantáziáikról, tapasztalataikról, illetve a témát érintő családon belüli beszélgetésekről: milyen kérdéseket tesz fel a gyermek, mit válaszolnak ezekre a szülők stb. (Tóth, 2014). A szülők halállal kapcsolatos attitűdjét Lester-skálával (Lester Halál Iránti Attitűd Skálája, I. Lester, 1991) mértem. Ezt követően a gyermekekkel Gyermek Appercepciók Tesztet (CAT), illetve négyfa-tesztet vettem fel (I. Bellak, Bellak, 1949, illetve Süle, 1988), halállal kapcsolatos ismereteiket a WISC IV. Gyermek-intelligenciateszt Szókincs szubtesztjébe (Wechsler, 2003, 2007) ágyazott kérdésekkel (Mi halál? Mindenki meghal-e egyszer? Tudunk-e találkozni azzal ismét, aki már meghalt? Mi a temetés? stb.) térképeztem fel.

A halállal kapcsolatos beszélgetést (szókincsteszt) követően a negatívabb halál iránti attitűddel jellemezhető szülők gyermekei hajlamosabbak voltak a CAT agresszív tartalmú felhívó képére elhárító vagy fenyegetettséget sugalló válaszokat adni. Úgy tűnik tehát, hogy a téma felszínre hozásával nagyobb szorongást élnek át, mint az alacsony Lester-pontszámú szülők gyermekei.

A vizsgálat adatai azt mutatták, hogy a Lester-skálán elért pontszámaik alapján feltehetően nagyobb halálszorongással küzdő szülők ritkábban beszélgetnek gyermekeikkel a halálról. A vizsgálati módszer természetéből adódóan nem egyértelmű, hogy a negatívabb halálattitűddel rendelkező szülők valóban kevesebb beszélgetést folytatnak gyermekeikkel a témáról, vagy csupán egy felidézési torzításról van szó; ugyanakkor mindkét lehetőség a tabuképzés irányába hat.

Miller és munkatársai egy közép-amerikai kisvárosban, változatos módszertani eszközökkel vizsgálták szakemberek, óvónők és szülők elképzeléseit a kisgyermek és az elmúlás viszonyáról (Miller et al., 2014). Azt tapasztalták, hogy bár a válaszadó szülők háromnegyed része állította, hogy nem okoz számára nehézséget a halálról beszélgetnie gyermekével, azokban a családokban, ahol közeli hozzátartozó vagy barát hunyt el, a szülők zöme került a témával kapcsolatos beszélgetéseket. A szerzők szerint ennek főképp az lehetett az oka, hogy a szülő maga is emocionálisan involválódott, és rendkívüli megterhelést jelentett számára egyidejűleg kezelni saját gyászát, és megnyugtató, nem megterhelő módon kommunikálnia az eseményekről gyermekével. Ezzel párhuzamosan ezek a szülők feltételezték, hogy gyermekeik érzelmi és szellemi erőforrásai még nem elegendőek, hogy megbirkózzanak a veszteség súlyával, így egyúttal kímélni is akarták őket. Hasonló attitűdöt, illetve sok kérdéssel kapcsolatban bizonytalanságot tapasztaltak a szerzők az óvopedagógusok körében is (és ugyanerről számol be tanulmányában Ruth Formanek, aki útmutatót is ad a gyermekekkel foglalkozó felnőtteknek a téma kezeléséhez [Formanek, 1974; Tallmer, Formanek, Tallmer, 1974]). A megkérdezett szülők kisebb töredéke, illetve az interjúban résztvevő szakemberek ezzel szemben amellet foglaltak állást, hogy veszteség esetén a lehető legjobb választása nyílt, őszinte kommunikáció a gyermekkel a történekről, mert így lehetőséget kap elképzelései megfogalmazására, ismeretei bővítésére. Azok a válaszadók, akik ezt a nézőpontot képviselték, egyúttal feltételezték a gyermekekről, hogy megfelelő kognitív és érzelmi kapacitással rendelkeznek, hogy feldolgozzák a hiteles információt, illetve hogy megküzdjenek a veszteséggel, mozgósítva saját fantáziáikat, kialakítva egyéni elképzelésüket a halálról.

A pedagógusok szerepére hívja fel a figyelmet Talwar a halállal kapcsolatos edukáció terén (Talwar, 2011). Érvéle szerint a kortárs csoport, az iskola nagyon jelentős közege a veszteségekkel való megküzdésnek, hiszen akár egy gyermek veszíti el egy

közeli hozzátartozóját, barátját, akár az egész közösséget érint(enek) haláleset(ek) – pl. egy tanár vagy egy híresség halála, természeti csapás, terrorcselekmény stb. -, a gyerekek sok esetben egymással osztják meg érzelmeiket, vélekedéseiket, egymásnak nyújtanak segítséget a megküzdésben. Az, hogy egy pedagógus miként tudja ezt a folyamatot mediálni, hogyan tudja megválaszolni az iskolai közösségben felmerülő kérdéseket, nagyban függ saját félelmeitől, vélekedéseitől, illetve attól a képtől, amit a gyermekek és halál viszonyáról konstruál.

Polcz Alaine írásaiban a biológiai jellegű, természeti analógiákon alapuló halálmagyarázatok mellett foglal állást: „*A földben a test átalakul. Ásvány lesz belőle, és az ásványt felszívják a növények gyökerei, a fű, a virág, és bennük él tovább.... Az átalakulás kezdetét nevezzük halálnak.*” (Polcz, 2001a, 7. o.) Született néhány empirikus kutatás azzal kapcsolatban, hogy a szülők, illetve gyermekeik közérzetét, haláltól való félelmét miképpen befolyásolják a gyermekeknek adott halálértelmezések. A gyermekek halálfogalmának vizsgálata önmagában sem könnyű téma: Lazar és Torney-Purta (Lazar, Torney-Purta, 1991) összefoglalója szerint a gyermekek halálképeinek tanulmányozását megnehezítő tényezők közül – a téma összetettsége és a módszertani problémák mellett – talán a szülők halállal kapcsolatos ódzkodása a legfontosabb: gyakran utasítják vissza, hogy hozzájáruljanak gyermekük részvételéhez ilyen és ehhez hasonló kutatásokban. Mindez fokozottan érvényes azokra a vizsgálatokra, melyek a gyermekek szorongásait érintik, hiszen bármely, a lehetséges félelmeket feltérképező eljárás magában rejti e félelmek további gerjesztésének veszélyét. Nem meglepő hát, hogy viszonylag alacsony azoknak a munkáknak a száma, melyek az egyes lehetséges magyarázatok ilyen jellegű hatásait veszik górcső alá. Ráadásul ezek eredményei sem egyértelműek: Slaughter és Griffiths gyermekek halálról alkotott koncepcióit, általános szorongásszintjét és haláltól való félelmét felmérve arra a megállapításra jut, hogy a halál tényeinek megértése az eseménytől való szorongás szignifikánsan alacsonyabb szintjével jár együtt (Slaughter, Griffiths, 2007). Emiatt a szerzők amellet foglalnak állást, hogy érdemes a gyerekeket az elmúlás biológiai aspektusairól részletesen edukálni. Ezzel szemben Renauldék a szülői elégedettség magasabb fokát a túlvilági élet lehetőségére fókuszáló magyarázatokkal hozzák összefüggésbe, és emiatt – szembe menve a szakirodalomban megfogalmazott javaslatok többségével – amellet érvelnek, hogy a szülők kínálják fel valamiféle

halálon túli létezés fantáziáját gyermekeik számára (Renauld et al., 2015). Bár a két gondolatmenet végkövetkeztetése ellentmond egymásnak, az alapul szolgáló empirikus adatok nem feltétlenül összeegyeztethetetlenek, viszont rávilágítanak egy potenciális érdekkülönbségre: elképzelhető, hogy míg a gyerekek számára könnyebben emészthetőek, és kevésbé félelemkeltőek a Polcz Alaine által is javasolt, a természet körforgása, a biológiai tények felől közelítő magyarázatok, addig a szülők számára – talán a halálról alkotott differenciáltabb fogalmaik, talán gyermekeik pszichés terhelhetőségéről, előzetes tudásáról alkotott (esetleg téves) elképzeléseik miatt – ezek a magyarázatok ijesztőbbek. Ez a látszólagos ellentét feloldható olyan szülői értelmezésekkel, melyek a biológiai alapvetéseken nyugszanak, de tartalmazzak lehetőségként utalásokat más, a lélek aspektusát is magába foglaló, esetleg vallási nézőpontokra (*vannak, akik azt gondolják, hogy... mások abban hisznek, hogy... én úgy képzelem, hogy... de senki nem tudja biztosan stb.*).

Harris és Koenig összefoglaló tanulmányukban felhívják rá a figyelmet, hogy a gyerekek alapvetően hajlamosak a szülői magyarázatok elfogadására, legyen szó akár a fizikai világ megfigyelhető, objektív tényeiről, akár az olyan elvont, nehezen megragadható témákról, mint az élet és a halál, illetve ezek vallási-spirituális értelmezései (Harris, Koenig, 2006). A jelentős mások által elmondottakat hasonlóképpen építik be világról alkotott elképzeléseikbe – akár empirikusan tesztelhető vélekedések, akár a tapasztalati világon túlmutató hiedelmek esetén (pl. Isten mindenhatósága vagy a túlvilági élet).

Rosengren, Gautiérrez és Schein a gyermekek és szüleik halálmagyarázatait elemezve kétféle kognitív modellt különíttek el (Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b). A modellek meghatározásakor Evans, illetve Legare korábbi tanulmányaira támaszkodtak (Evans et al., 2011, Legare et al., 2012). Az első nagy típusba azokat az elméleteket sorolták, melyek tartalmilag egységesek voltak, azaz vagy kizárólag biológiai tényeket, vagy csak vallási utalásokat tartalmaztak. Ezeket a magyarázatokat nevezték el egységes modelleknek. A modellek másik nagy típusát a párhuzamos elméletek alkotják: ezek a vallásos és természettudományos elképzelések egyidejű fenntartásáról tanúskodnak. A párhuzamos modelleken belül a szerzők három altípust különítettek el: az oksági láncokat, a célfüggő modelleket és a kevert modelleket.

Az *oksági láncok* esetében az egyén a magyarázatok egyik típusát alkalmazza a proximális, míg másik típusát a disztális okok leírására. Magyarózhatja például valaki egy haláleset közvetlen okát fizikai-biológiai szempontokkal (X-et elütötte egy autó, ennek következtében súlyosan megsérült, sok vért vesztett, és belehalt sérüléseibe), míg globálisan vallási tartalmú magyarázatot ad (ez volt isten akarata). Rosengrenék ezt a viszonylag ritka párhuzamos modellt kizárólag szülők magyarázataiban tudta kimutatni, gyermekeknél nem fordult elő.

A *célfüggő modellek* különböző kontextusokban, különböző entitásokra vonatkozóan alkalmazzák a magyarázatok egyik vagy másik típusát. Értelmezheti például valaki az emberi lények halálát tisztán vallásos fogalmak mentén, élve a túlvilági élet feltételezésével, miközben minden egyéb élőlény esetén fenntartja a teljes megsemmisülést leíró biológiai modellt.

A *kevert modellek* esetében nem ennyire egyértelműk a látszólag ellentétes magyarázattípusok értelmezési tartományai: az egyén ad hoc módon elegyíti a vallásos és természettudományos momentumokat magyarázataiban. Harris és Giménez példája: az elhunytak ugyan nem működik a szíve a mennyben, de a teste többi része – valamiféle varázslat folytán – tovább funkcionál (Harris, Giménez, 2005, idézi: Legare et al., 2012 - ők ezt a modellt *szintetikus gondolkodásnak* nevezik). Miller és munkatársai egy tanulmányukban egy édesanyját elvesztett gyermeket idéznek, akinek a megosztott fantáziái szintén a kevert modellek közé sorolhatók: „*az anyukám a mennyben van [de] szerintem anyukám kezd fáradni... ha a mennyben mindig állsz [a felhőkön], nem akarnál néha leülni? És ha leülnél arra a felhőre, a lábad lelógna a szélén. És akkor láthatnám őket... Mindennap nézem, és még sosem láttam anyukám lábát...*” (Miller et al., 2014, In: Rosengren et al., 2014, 27.o.; saját fordítás).

Az egyes magyarázattípusok Rosengrenék által megfigyelt gyakoriságát az 1. számú táblázat mutatja.

	Gyermekek (n=101)	Szülők (n=70)
Egységes modellek		

Biológiai/természettudományos	59,4%	22,9%
Vallásos	5,0%	37,1%
<i>Egységes modellek összesen</i>	64,4%	60,0%
Párhuzamos modellek		
Oksági lánc	0,0%	4,3%
Célfüggő modell	21,8%	35,7%
Kevert modell	13,9%	0,0%
<i>Párhuzamos modellek összesen</i>	35,7%	40,0%
Biológiai elemeket tartalmazó modellek összesen	95,0%	62,8%
Vallásos elemeket tartalmazó modellek összesen	40,6%	77,1%

1. számú táblázat: Gyermek és szülő halálmagyarázatainak megoszlása (Rosengren, Gautérréz, Schein, 2014b, 90. o.)

Mint látható, a gyerekek zöme egységes, biológiai modellt használt az elmúlás jelenségének leírására, s csupán 5%-uk magyarázataiban nem jelentek meg a természettudományos elemek.

Ezzel szemben a szülők által nyújtott magyarázatok döntő többsége egységes vallásos modell volt. Ezeknek a szülőknek a gyerekei közül mindazonáltal csupán egynél sikerült hasonlóan tiszta magyarázattípust azonosítaniuk a szerzőknek, a többiek egységes biológiai modellt, célfüggő modellt vagy kevert modellt alkottak a halálról. Rosengrenék ezt a diszkrepanciát a szülőknek és a gyermekeknek feltett kérdések különbözőségével magyarázzák. Kissé félrevezető módon szülői értelmezésekként kezelik a szülőknek a bemutatott hipotetikus kérdésekre adott válaszait (Gautérréz, Rosengren, Miller, Schein, 2014), holott saját autentikus meggyőződéseikről – melyeket nem feltétlenül osztanak meg gyermekeikkel – nem sok derül ki. (A szerzők arra kérték a szülőket, hogy 5 fokozatú Likert-skálákon értékeljék saját hiedelmeiket különböző szempontok szerint, de a különféle kognitív modellekbe a gyermekeknek adott értelmezéseket sorolták be.) Feltehetően még érdekesebb diszkrepanciákat tapasztalnék,

ha a gyermekek válaszait, a szülők gyermekeknek adott magyarázatait és a szülők saját meggyőződéseit párhuzamosan vizsgálánánk. Megfogalmazható a gyanú, hogy amennyiben a szülő halál iránti attitűdje negatív, halálszorongása erős, akkor vélekedése és a gyermek felé közvetített értelmezése között nagyobb eltérést találunk, hiszen a szülő érezheti úgy, hogy meg kell védenie gyermekét a számára is megterhelő, szorongáskeltő hiedelmektől.

Személyes tapasztalatok szerepe a halálkoncepció fejlődésében

Slaughter (Slaughter, 2005; Jaakkola, Slaughter, 2002) vizsgálataiban megjelenik a szerzett tudás, illetve a tanítható ismeretek szerepe a halálkoncepció fejlődésében. Hasonló kérdéseket feszeget tanulmányában Lee, Lee és Moon, akik nem biológiai ismeretek átadásával, implicit módon segítették a kidolgozottabb halálfantáziák megjelenését, hanem direkt módon a halállal kapcsolatban edukáltak negyven, 4 és 5 év közötti koreai óvodás gyermeket (Lee, Lee, Moon, 2009). A hasonló összetételű kontrollcsoporthoz viszonyítva a foglalkozásokon résztvevő gyermekek lényegesen árnyaltabb koncepciókról számoltak be az edukációt követően.

Bár vitathatatlan, hogy az elmúlásról alkotott fantáziák kialakulásának, formálódásának vannak kognitív előfeltételei, melyek az egyén fejlődése során fokozatosan, valamelyest kiszámítható, előre jelezhető módon jelennek meg, nem elhanyagolható a halállal kapcsolatos személyes tapasztalatok szerepe az árnyalt fogalomalkotásban. Tisztázatlan kérdés, hogy a halálfogalom alakulása életkorhoz – illetve a különböző életkorokra jellemző kognitív fejlettséghez – köthető elsődlegesen (Peck, 1966, I. Kane, 1979; Barrett, Behne, 2005), vagy pedig az életkor és a tapasztalatok együtteséhez (Bolduc, 1972, I. Kane, 1979; Strambrook, Palmer, 1982; Kenyon, 2001; Cotton, Range, 2010; Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b). Az utóbbi nézőpont feltételezi, hogy fiatalabb életkorban is viszonylag árnyalt fogalmat alkothat egy gyermek a halálról, amennyiben személyes tapasztalatai vannak ezzel kapcsolatban, vagy a téma valami miatt gyakran felmerül a gyermekkel való beszélgetésekben, finomítva a gyermek halál-reprezentációját. Mishara piaget-iánus keretek között vizsgálva 1-5. osztályos gyerekek halálról, öngyilkosságról alkotott nézeteit a kognitív fejlettségi szint jelentősége mellett érvel, s hangsúlyozza, hogy a személyes tapasztalatok vajmi kevés

hatással vannak a fogalomalkotás árnyaltságára (Mishara, 1999). Ezzel szemben Christine Zawistowski palliatív ellátással foglalkozó orvos egy írásában amellet foglalt állást, hogy a halálkép természete elsődlegesen az elért pszichológiai érettség függvénye, amelyet azonban érzelmi és tapasztalati faktorok tovább finomítanak. A szerző ezzel magyarázza súlyos betegségen átesett kisgyermek sokszor megdöbbentő éleslátását a halál kérdéseivel kapcsolatban (Zawistowski, 2008).

O'Halloran és Altmaier egészséges, krónikusan, illetve halálosan beteg gyerekek halálkonceptióit összevetve azt találta, hogy az utóbbi csoportba tartozók halálfogalma lényegesen fejlettebb, mint az egészséges vagy krónikus beteg gyerekéké; gyakorlatilag életkoruktól függetlenül, azt messze megelőzve értik meg az elmúlás véglegességét és visszafordíthatatlanságát, különösen betegségük terminális szakaszában (O'Halloran, Altmaier, 2011).

Bonoti és munkatárai 7-11 éves korú gyermekek rajzait vizsgálták, illetve az emberi és állati halállal kapcsolatos kérdőívet vettek fel a résztvevőkkel (Bonoti, Leondari, Mastora, 2013). 52 gyermek adatait alapján – 50%-uk élt már át személyes veszteséget – az életkor és a szerzett tapasztalatok együttes hatását emelik ki: azok a gyermekek, akik közelről találkoztak az elmúlás jelenségével, tapasztaltak már gyászt, sokkal realisztikusabb, árnyaltabb halálfogalomról adtak számot, mint e szempontból tapasztalatlanabb kortársaik. Hasonló hatásról számol be Reilly, Hasazi és Bond, akik szerint közeli hozzátartozó elvesztését átélő 5-10 éves gyerekek sokkal inkább érteni látszanak személyes haladóságukat, mint társaik (Reilly, Hasazi, Bond, 1983). Némileg ellentmond Bonotiék és Reillyék eredményeinek Barbara Kane vizsgálata, aki 122 gyermek – 3 és 12 év közötti, középosztálybeli fiúk és lányok – interjúja alapján elemezte a személyes élmények hatását (Kane, 1979). Kane úgy találta, hogy a halállal kapcsolatos korábbi tapasztalatok csupán hatéves korig gyorsítják meg a halálkonceptió érését, idősebb gyerekek között nincs szignifikáns különbség a személyes élmények függvényében.

Cotton és Range egy speciális, szülői Biblia-körön keresztül toborzott gyermekmintán a szakirodalomban általánosságban elfogadott összefüggéssel éppen ellenkező irányú kapcsolatot talált a halálkonceptió érettsége és a korábbi veszteségélmények között (Cotton, Range, 2010). Az általuk vizsgált mintában a valamely hozzátartozójukat

elvesztett gyermekek szignifikánsan gyengébben teljesítettek a halálfogalom megértését felmérő tesztben (Questionnaire for Examination of Human and Animal Death, Smilansky, 1987). A szerzők eredményeiket azzal magyarázzák, hogy az erősen vallásos közegben a gyerekek a veszteséget követően a lélek továbbélésének lehetőségét, illetve a mennyország képét magukba foglaló magyarázatokat kaphattak szüleiktől, ami csökkentette halál irreverzibilitására, funkcióvesztéssel és szeparációval járó voltára vonatkozó kérdésekben nyújtott teljesítményüket. Ezzel az értelmezéssel Cotton és Range a szülői magyarázatpanelek meghatározó szerepét valószínűsítik a gyermeki halálfogalom fejlődésében.

A vizsgálat célja

A következőkben bemutatott kutatásom során arra kerestem a választ, hogy a formális iskolai oktatás kezdete előtt miként alakulnak, árnyalódnak a gyermekek halálról, elmúlásról alkotott fogalmai, fantáziái, milyen feltételezésekkel élnek az elhunyttról, és hogy mindezek milyen kapcsolatban állnak a környezet olyan feltételeivel, mint a személyes veszteség megélése, a szülők halál iránti attitűdje, illetve a téma családon belüli előfordulása. A vizsgálat megtervezésekor megfogalmazott hipotéziseim a következők voltak.

1. Hároméves korban a gyerekek többsége még nem rendelkezik valódi halálfogalommal; ha vannak is ismereteik ezzel kapcsolatban, halálkonceptióik a legritkább esetben tartalmazzák az irreverzibilitás, a szeparáció, illetve a testi funkcióvesztés fogalmait. A téma iránti érdeklődés kezdete azonban – személyes tapasztalatoktól függetlenül – 3-4 éves kor körülre tehető.
2. 5-6 éves korra a gyermekek többsége megérti a halál univerzalitását, irreverzibilitását, az elhunyttól való szeparációt, illetve a testi működések megszűnését, ugyanakkor mentális működéseket továbbra is tulajdonít az elhunytoknak. Erre az életkorra megjelennek a vallási és biológiai fogalmakat párhuzamosan tartalmazó kettős halálfantáziák, melyek a testi működések megszűnése mellett magukba foglalják a lélek mint különálló, halhatatlan entitás fogalmát. Ezek az elképzelések időnként ellentmondanak a halál irreverzibilis és

végleges szeparációval járó voltának, ami magyarázhatja a szakirodalomban tapasztalható nagy eltéréseket a tekintetben, hogy a gyerekek mikor értik meg teljes egészében a halál jelenségét. Ezek a kettős fantáziák ráadásul gyakran előfordulnak a szülők esetében is.

3. A halálfogalom kialakulása egy relatíve független kognitív fejlődési folyamat eredménye; a halálkoncepció egyes aspektusainak megértése nem függ a gyerekek verbális megértésétől és kifejezési, illetve vizuális következtetési készségétől.
4. A gyerekek hajlamosak az elhunytak inkább negatív érzelmi állapotokat – szomorúság, félelem, fájdalom – tulajdonítani, mint pozitív (öröm). Az, hogy milyen érzelmekre tartják képesnek a halottat, függ a szülő halál iránti attitűdjétől (pozitív halálattitűd esetén gyakrabban jelenik meg az öröm, negatív esetén a félelem).
5. A gyerekek által adott válaszok függenek a szülői magyarázatok tartalmától: amennyiben a szülő által lefestett halálkép implikálja az újbóli élet vagy az újbóli találkozás lehetőségét, illetve a mentális működések fennmaradását, akkor a gyerekek magyarázataiban is gyakrabban fordulnak elő ezek az elemek.
6. A szülők halál iránti attitűdje befolyásolja a családon belüli kommunikációt a témáról: amennyiben a szülő halálszorongása magas, a téma távolítása jellemző, szülő és gyermek beszélgetéseiben kevésbé valószínű az univerzalitás, illetve a személyes halandóság kérdésének megjelenése.
7. A gyerekek halálszorongásának fokára – főleg ebben az életkorban – igen nehéz következtetni. Kialakult halálfogalom hiányában esetleges félelmeik kifejezésére, megfogalmazására sincs megfelelő verbális eszköztárunk, közvetlenül a lehetséges aggodalmakra irányuló kérdések feltétele pedig etikai szempontból vethet fel aggályokat. Létezik ugyan olyan átfogó félelem-kérdőív, amelynek egyik faktora kimondottan a halállal kapcsolatos gyermeki félelmekkel foglalkozik (Fear Survey Schedule for Children – *félelem attól, hogy elüt egy autó; félelem attól, hogy nem tudsz lélegezni*; stb.), de kevés tételt tartalmaz, és ez is csupán 7 éves kor felett használható (Ollendick, 2006). Egy másik ismert módszer, mely fiatalabb gyermekek halálfélelemének felmérésére irányul, a Schell és Seefeldt által

kifejlesztett Death Anxiety Scale for Children (DASC), mely eredeti formájában 3 szót – 3 halállal kapcsolatos, 10 neutrális – tartalmaz (Schell, Seefeldt, 1991). A gyerekeknek 3 fokú Likert-skálán kell értékelniük, hogy az adott szó milyen mértékű félelmet vált ki belőlük (egyáltalán nem vált ki félelmet, enyhe vagy erős félelmet vált ki). Slaughter és Griffiths kibővítették a listát 18 tételre: az eredeti verzióból elhagytak 2 neutrális szót, illetve hozzátettek 1 halállal és 4 étellel kapcsolatos kifejezést; a módosított teszt pszichometriai mutatói közel azonosak az eredetiével (Slaughter, Griffiths, 2007). Az eszköznek magyar nyelvű változata egyelőre nem létezik.

Mindazonáltal korábbi szülői interjúk rávilágítottak két olyan figyelmeztető jelre, amik szorongásról árulkodhatnak, és a halál témája iránt fokozottan érdeklődő gyerekeknél gyakran előfordultak (Tóth, 2014). Ezek közül az egyik volt a félelem a felnőtté válástól: azoknak a gyerekeknek egy része, akik személyes élményeiknél vagy természetes érdeklődésükkel fogva fokozatosan szembesültek a halál tényeivel, gyakran kifejezték az aggodalmukat, hogy ha felnőttek, idősek lesznek, akkor maguk is meghalnak – éppen ezért kicsit szeretnének maradni. A másik ilyen jel a veszteségtől való félelem volt: a halál iránt érdeklődő gyerekek szülei gyakran említették, hogy gyerekeik hosszabb-rövidebb ideig feltűnően ragaszkodnak egyébként értéket nem képviselő apróságokhoz – gyakran szeméthez -, és szokatlan intenzitású érzelmi reakciót produkálnak a legkisebb veszteségre, vagy anticipációs félelmek vannak ezzel kapcsolatban. Ezek alapján fogalmaztam meg azt a feltevést, hogy azoknál a gyerekeknél, ahol ezek a félelmek jelentkeznek, a szülő is negatívabb halálattitűddel, erősebb halálszorongással jellemezhető.

Módszerek

Az elmúlás témájának vizsgálata érzelmileg potenciálisan megterhelő volta és módszertanilag is viszonylag nehezen kezelhető természete miatt fokozott körültekintést igényel. A vizsgálat megtervezésekor az volt az elsődleges szempontom, vezérfonalam, hogy a részvétel se a szülőknek, se a gyerekeknek ne okozzon iatrogén ártalmat. Másfelől a részvételi hajlandóság optimalizálása érdekében arra törekedtem, hogy a

halál témáját egy tágabb, a vizsgálati személyek szempontjából vonzóbb, érzelmileg semleges vagy pozitív kérdéseket is érintő kontextusba helyeztem.

Emiatt született az a döntés, hogy a meghirdetett kutatás a *Gyermekek naiv biológiai elméletei az élet alapvető tényeivel kapcsolatban* munkacímet kapja, és ennek megfelelően ne csupán a meghalás fogalmát járja körül, hanem olyan egyéb biológiai jelenségeket is, mint a születés, az egészség és a betegség, illetve az alvás és az ébrenlét.

Korábbi vizsgálataim során (Tóth, 2014, 2015) a bevont gyermekek szüleivel egy igen részletes, félig strukturált interjút vettem fel, mely a halál és a születés témáját egyaránt érintette. Az interjú kérdéseinek, kérdésköreinek összeállításánál minden nagyobb kérdéscsoportnál igyekeztem mind a halálra, mind a születésre, életre fókuszáló kérdéseket feltenni, illetve az interjú végére érzelmileg kevésbé megterhelő, erőforrásokat aktivizáló kérdéseket összegyűjteni, ezáltal pozitív kicsengést, lezárást adni a beszélgetésnek. A tapasztalatok azt mutatták, hogy az interjú lebonyolítása a szülő számára is komoly idő- és energiabefektetéssel járt, a kisgyermekes családoknak nem egyszer jelentett szervezési nehézséget, és alkalmanként – korábbi élmények, felmerülő témák, szülő nyitottsága stb. függvényében – 1,5-2,5 órát vett igénybe.

Kétségtelen, hogy a módszer rendkívül gazdag információtömeget eredményezett, és nem utolsósorban a résztvevő szülők zöme arról számolt be, hogy igen pozitív élmény volt számukra a beszélgetés – ugyanakkor az interjútechnikának voltak komoly hátulütői is. Ezek közül a legfontosabb talán az, hogy ezek mellett e feltételek mellett módfelett alacsony volt a szülők részvételi hajlandósága a vizsgálatban. Ennek csupán egyik oka lehetett a téma visszatartó ereje (a korábbi vizsgálatok munkacíme *Születés, élet, elmúlás – Életünk fordulópontjai*, illetve *Gyermeki fantáziák az élet alapkérdéseiről* volt), a másik, nem kevésbé elriasztó tényező feltehetően a szülői interjú idő- és energiaigényes természete volt.

Mindennek következtében az óvodai toborzás többszöri megszólítás, személyes tájékoztatás nyomán is csupán 2-3 szülő hozzájárulását eredményezte, és hasonlóan zárult az online szülőcsoportokon, kisgyermekes oldalakon keresztül történt hirdetés is. Ami végül felgyorsította a folyamatot, az az volt, hogy az interjún már túlesett szülők ajánlották a lehetőséget ismerőseiknek. Ez azonban a minta igen alacsony

reprezentativitását eredményezte, és bizonyos szakmák rendkívüli felülreprezentáltságát a résztvevő szülők körében (pl. pedagógus, hittanár, segítő szakember).

A korábbi vizsgálat megtervezésekor azt a logikát követtem, hogy először a szülővel készítem el az interjút, aki azután - élményei függvényében - szabadon dönthet, hogy továbblép-e a második fázisba, írásos beleegyezését adja-e gyermeke vizsgálatához is. Ennek a megoldásnak a háttérében az a gondolat állt, hogy a szülők ózdkodnának ismeretlenül beleegyezésüket adni ahhoz, hogy gyermeküket a halálról, elmúlásról, az élet végéről kérdezzem, és nagyobb valószínűséggel szavaznak bizalmat, ha ők maguk túlvannak egy hasonló beszélgetésen.

A jelen dolgozat fókuszában álló kutatás esetében megfordítottam ezt a sorrendet, és csupán a gyerekekkel történt vizsgálatot követően tettem fel kérdéseimet a szülőknek, ezúttal egy kérdőív formájában, mely logikájában, tartalmában nagyrészt megegyezett a korábbi vizsgálatban használt félig strukturált interjú kérdéseivel (5. sz. melléklet). A kérdőíves forma sokkal nagyobb szülői együttműködést eredményezett, bár – ahogy a későbbiekben látni fogjuk – a gyermekük vizsgálatába beleegyező szülők egy jelentős része később visszautasította a kérdőív kitöltését (vagy csupán nem juttatta azt vissza). Érdekes kontraszt ez a korábbiakban feltételezettekhez képest: úgy tűnik, a szülők nagyobb hajlandóságot mutattak arra, hogy hozzájáruljanak gyermekük vizsgálatához, mint hogy saját maguk is behelyezkedjenek ebbe a pozícióba, és megválaszolják a hasonló témákat körüljáró kérdéseket. (Miután a visszautasítás, illetve „elfelejtés” okairól, motivációs bázisáról nincs információink, és mert ezúttal is fontos szempont, hogy a gyermek vizsgálata az óvodai tartózkodás idején történik és kérdőív kitöltésével ellentétben egyáltalán nem igényel idő- és energiaráfordítást szülői oldalról, ezért nem könnyű interpretálni a jelenséget. Mindenesetre úgy tűnik, a szülők kevésbé zárkóznak el attól, hogy gyermekük ilyen témájú vizsgálatban részt vegyen, mint ez a korábban tapasztaltak alapján sejthető volt.)

A már bemutatott szülői kérdőív mellé Lester Halál Iránti Attitűd Skáláját (Lester, 1991; magyarul: Zana et al., 2006) választottam a szülők halálattitűdjének mérésére mint viszonylag rövid, standardizált és emiatt jól összevethető eredményeket szolgáltató mérőeszközt (6. sz. melléklet).

A 21 tételes teszt itemei állításokat fogalmaznak meg a halálról, és a kitöltőnek mérlegelnie kell, hogy inkább igaznak, vagy inkább hamisnak érzi magára nézve az adott állítást. A skála a halálfélelmet mérő tesztek közül egyedülálló abból a szempontból, hogy itemei súlyozottak, és egy rangskálát alkotnak: mindegyik különböző mértékben pozitív, avagy negatív halál iránti attitűdöt jelez. A teszt a tételeket a bennünk megfogalmazott attitűdnek megfelelően rendezi sorba, a legpozitívabbtól a legnegatívabbig. (Az 1. item: *„Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése; míg a 21. item: „A halál a legrosszabb dolog, ami történhet velem.”*) Minden itemnek meghatározott pontértéke van, ez alapján a kitöltő pontszáma azoknak a tételeknek a pontátlagja lesz, melyekkel egyetértett. Minél több attitűdterületbe eső (pozitív-negatív-semleges) állítást fogad el a teszt kitöltője, annál következetlenebb halál iránti attitűdöt képvisel – pl. ha egyidejűleg érzi igaznak az 1. és a 21. itemet. A teszt elsősorban a saját halállal kapcsolatos attitűdöket méri (Zana, 2006).

A Lester-skálát a szülői kérdőív kérdései közé illesztettem, oly módon, hogy megelőzze a kérdőívet záró, az örömforrásokkal foglalkozó kérdéseket (közvetlenül a születéssel kapcsolatos kérdésblokk után – Milyen érzésekkel beszélget gyermekével ezekről a kérdésekről? – következtek a skála itemei). Ennek szintén az volt a célja, hogy ne a potenciálisan szorongáskeltő, halálfélelemmel foglalkozó kérdésekkel érjen véget a kérdőív, hanem lehetőség szerint az erőforrások számbavételével.

A gyerekekkel végzett munka megtervezésekor fontos szempont volt, hogy:

1. alkalmazkodni tudjunk a gyerekek terhelhetőségéhez, életkoruknál fogva rövidebb terjedelmű figyelmi kapacitásukhoz;
2. ezzel egyidejűleg információt kapjunk a gyermek kognitív fejlettségéről, verbális készségéről és halálképének differenciáltságáról is.

A gyermekek képesszintjének felmérése érdekében kétféle mérőeszközt alkalmaztam: a Snijders-Oomen Nonverbális Intelligenciateszt (SON-R 2,5-7, továbbiakban SON [Tellegen et al., 1998]) Kombináció, illetve a Wechsler Óvodás és Kisiskolás Intelligenciateszt (WPPSI-IV, továbbiakban WPPSI [Wechsler, 2015a, 2015b]) Szókincs szubtesztjét.

A SON-teszt Kombináció feladatának képösszerakási részben a gyermeknek három, három darabra vágott képet (gyerek, autó, kutya) kell helyesen összeállítani. Az A és B képrendezés egyre nehezedő részfeladatokból áll, melyek során 4 (majd 5-8) képet kell megfelelő sorrendbe állítaniuk, úgy, hogy egy történet álljon össze belőlük. A képrendezési feladatokat csak a képösszerakásnál elért megfelelő pontszám esetén vesszük fel a gyermekkel, a képrendezési feladatoknál pedig 4 egymást követő hibáig haladunk. A feladatban nyújtott teljesítmény informál a gyermek vizuális megértéséről, időbeli gondolkodásáról, soralkotási készségéről.

A WPPSI Szókincs szubtesztjében először 3 lépést kell megneveznie a gyermeknek (autó, banán, olló). Ezt követően egyszerű, majd egyre nehezedő kifejezéseket hall, melyeknek az értelmét kell megmondania (pl. *Mi az a zokni?*; *Mi az az orvos?*; utolsó kérdés: *Mit jelent az, hogy rokonszenves?*; l. 4. sz. melléklet). A teszt a gyermekek verbális megértésének és kifejezőképességének szintjéről, szókincsterjedelméről nyújt információt.

A gyermekek halállal kapcsolatos ismereteiről informáló módszer megválasztásakor több lehetőség is szóba jött. Ahogyan azt Speece és Brent összefoglalja (Speece, Brent, 1984), a témában alkalmazott vizsgálati eszközök meglehetősen szerteágazóak. Ismert megoldás az interjúkészítés, az esszé-, illetve történetíratás (Bolduc, 1972, illetve Pitcher, Prelinger, 1963; mindkettőt l. Speece, Brent, 1984), a *halál* kifejezés definiáltatása a gyerekekkel (Anthony, 1972, l. Speece, Brent, 1984), kérdőív alkalmazása (Zweig, 1976, l. Speece, Brent, 1984), a halállal kapcsolatos ismeretek felmérése irányított (Hansen, 1972, l. Speece, Brent, 1984; Weininger, 1979; Wass et al., 1983) vagy spontán játék keretében (Rochlin, 1967), rajzok, képek alkalmazása (Schilder, Wechsler, 1934; Steiner, 1965, l. Speece, Brent, 1984; Nagy, 1936; Childers, Wimmer, 1971; Lonetto, 1980), egyéb nonverbális megoldások (Hornblum, 1978, l. Speece, Brent, 1984). Noha a leggyakoribb módszernek az interjúkészítés tekinthető, egyes vélemények szerint kevésbé hatékony, mint a játéktechnikák: Weininger 4 és 9 év közötti gyerekek halálkonceptióit irányított játék segítségével feltérképezve ezt a megoldást lényegesen effektívebbnek, több információt hordozónak találta az interjúnál (Weininger, 1979). Wass és munkatársai ezzel szemben megismételve Weininger eljárását apróbb eltéréseken kívül nem találtak érdemi, az információszerzés hatékonyságát érintő különbséget a két eljárás között (Wass et al., 1983).

Jelen esetben a vizsgálni kívánt korosztályra jellemző a kompetenciakorlátok jelentősen behatárolják a választható eszközöket: a kérdőívezés és a történetíratás nem jöhet szóba (legfeljebb a történetmondás kép vagy hívószavak alapján), a rajzvizsgálathoz pedig a fiatalabbak rajzi nívója még túlságosan alacsony lehet. A fentiek alapján a játéktechnika az interjúhoz viszonyítva nem bír egyértelmű előnyökkel, ugyanakkor mind kivitelezésében, mind értékelésében lényegesen nehezebb, időigényesebb. A történetmondás ismét a kisebb, gyengébb verbális készségekkel rendelkező és/vagy feladathelyzethez kevésbé szokott, zárkózottabb gyerekek esetében megterhelő, így szorongásfokozó lehet az irányított beszélgetéshez viszonyítva. Mindezek miatt választásom egy olyan megoldásra esett, ahol a magas fokon strukturált interjú kérdéseit az alkalmazott szókinccsetest emocionálisan semleges(ebb) itemei közé illeszttem be.

(Az eredeti szókinccsetest ilyen módon történő felszabdalása gyengítheti annak validitását, már csak azért is, mert így lényegesen hosszabbá válik, így az azonos típusú feladatok egymásutánisága jobban elfáraszthatja a gyerekeket. Ugyanakkor valamennyi gyermek ezt a feladatot kapja, és a cél nem a verbális teljesítményük egyedi meghatározása, hanem egymással történő összevetése – ennek az elvárásnak jelen esetben a szubtesztnek ez a módosított formája is megfelel.)

Az „kakukktójás” kifejezések 4 nagy blokkban kerültek be a WPPSI tételei közé: sorrendben a halál, a születés, az egészség-betegség, illetve az alvás-ébrenlét blokkjai ezek. A hívó-kérdések (*Mit jelent az, hogy meghalni? Mi az a születés? Mi az a betegség? Mit jelent az, hogy aludni?*) után–eltérően a WPPSI tesztfelvételi útmutatójától – további pontosító, rávezető, kifejtendő kérdések is feltehetőek. A cél itt a halállal kapcsolatos objektív tudásanyag feltérképezése: tisztában van-e a gyermek a halál biológiai folyamatokat érintő természetével (életfunkciók megszűnése), visszafordíthatatlanságával és elkerülhetetlen voltával, illetve a holtak és élők fizikai szeparációjával? Anthony és Bhana meghatározása szerint ugyanis ezek azok a kritériumok, melyek együttes fennállása szükséges ahhoz, hogy elmondhassuk: egy gyermek tökéletesen tisztában a halál jelentésével (Anthony, Bhana, 1988).

A „halál-blokk” a következő témákat járja körül:

- *Mit jelent az, hogy meghalni?*

- *Mitől halhat meg valaki? (kauzalitás kérdése)*
- *Mindenki meghal-e egyszer? Ha nem, ki az, aki nem? (univerzalitás kérdése)*
- *Állatok/növények/tárgyak meghalnak-e? (alkalmazhatóság)*
- *Aki meghalt, élhet-e újra? Ha igen, hogyan? (irreverzibilitás kérdése)*
- *Aki meghalt, azzal lehet-e újra találkozni? Ha igen, hogyan? (szeparáció kérdése)*
- *Aki meghalt, az tud-e levegőt venni/dobog-e a szíve? (testi funkciók)*
- *Aki meghalt, az tud-e enni-inni/mozogni? (testi funkciók)*
- *Aki meghalt, érezhet-e fájdalmat? Lehet-e boldog/szomorú/félhet-e? Mitől? Vágyhat-e valamire/akarhat-e valamit?(mentális állapotok)*
- *Aki meghalt, az láthat-e, hallhat-e minket?(percepció)*

A halálról és álomról alkotott elképzelések összehasonlíthatósága céljából az alvásról szóló kérdések ezzel ekvivalens szerkezetűek. A születésről, betegségről-egészségről szóló kérdések a mellékletben találhatóak.

A Szókincs-teszt leállási kritériumának (3 egymást követő 0 pontos válsz) elérése az utolsó, szintén külön beillesztett itemre ugunk (*Mi az az öröm?*), és ennek kapcsán kezdeményezünk beszélgetést a gyermekkel (*Te minek szoktál örülni, minek örülnél nagyon?*), hasonlóan a szülői kérdőív végén szereplő, örömforrásokat tárgyaló kérdésekhez.

A halál (és a többi biológiai jelenség) témájára vonatkozó, eldöntendő kérdéseknél a gyerek igen/nem válaszát jelöljük, illetve törekszünk arra, hogy indoklást is adjon. Minden esetben szó szerint rögzítjük a gyermek válaszát.

A gyerekekkel való vizsgálatra az aláírt szülői beleegyezés visszajuttatását követően, az óvodavezetővel előre egyeztetett – délelőtti - időpontban került sor. A beszélgetés helyszíne egy csendes helyiség volt, általában az óvoda fejlesztőszobája és/vagy az intézményvezető irodája volt (párhuzamosan zajló vizsgálatok esetén.). Minden gyermek a vizsgálat elkezdése előtt életkorának megfelelő tájékoztatást kapott, melynek végén szóbeli beleegyezésüket kértük. Ennek mintaszövegét a 3. számú melléklet

tartalmazza. (Egy-két gyermek esetében előfordult, hogy a kérdésre nemmel feleltek, de nem volt olyan közöttük, aki – látva, hogy a kortársak kooperálnak és pozitív élményekről számolnak be – végül ne kooperált volna önként. Más kérdés, hogy a formális beleegyezés ellenére több gyermek volt, aki bizonyos kérdéseknél, egyes esetekben pedig a vizsgálat zöme alatt opponált, vagy kilépett a helyzetből.) A vizsgálatot mindig ismerkedéssel, az oldott hangulat megteremtését célzó rövid beszélgetéssel kezdtük, a lezárás pedig a gyermek igényeihez illeszkedően lehetett rövid játék, rajzolás, vagy ismét beszélgetés. Minden résztvevő gyermek apró jutalomban részesült (matrica). A vizsgálatokat egy mentálhigiénés szakember, illetve egy pszichológus kolléga segítségével végeztem, általában két gyermekkel zajlott egyidejűleg a vizsgálat.

Miután a vizsgálat témája alkalmas mélyebb, fájdalmas érzések, emlékek, félelmek felszínre hozására, azért konzultációs lehetőséget biztosítottunk a szülők számára bármilyen, a kutatáshoz kapcsolódó kérdés, kétely esetén. A tájékoztatóban valamennyien megkapták azt az e-mail címet, melyen ilyen igény esetén felkereshetnek. A saját maga és/vagy gyermeke révén a kutatásba került 171 szülő közül 72-en kértek valamilyen formában visszajelzést a vizsgálatról. A dolgozat írása idején ezek a visszajelzések folyamatban vannak, néhány esetben személyes szülőkonzultáció formájában.

Résztvevők

A vizsgálati személyek toborzása alapvetően kétféle módszerrel történt. A mellékelt szülői kérdőívnek elkészült egy ekvivalens, online módon kitölthető formája is, melyet kisgyermekes szülők számára létrehozott, általuk használt internetes fórumokon, csoportokban osztottam meg. Ezen a csatornán számos kérdőív érkezett be; ugyanakkor a kitöltőknek csupán a 38,8%-a járult hozzá, hogy gyermeke szintén részt vegyen a vizsgálatban. Ráadásul az online kérdőívet az ország számos különböző pontján élő válaszadók töltötték ki, így a potenciális együttműködők közül is csak néhányal lett volna egyértelmű lehetőség folytatni a vizsgálatot. Emiatt az így beérkezett kérdőíveket

külön kezeltem, mint önmagában nagyon értékes, jól elemezhető adathalmazt, amely azonban nem vethető össze a kitöltők gyermekeitől nyert válaszokkal.

A toborzás másik színterét a közelben lévő óvodák jelentették. Ennek érdekében telefonon vettem fel a kapcsolatokat az intézmények vezetőivel, majd kézhez kapták az 1. számú mellékletben található tájékoztatót a vizsgálat témájáról, céljáról, tervezett menetéről, illetve a vonatkozó kutatásetikai és titoktartási alapelvekről. Amennyiben az intézményvezető nyitottnak mutatkozott az együttműködésre, személyes beszélgetésre került sor, amely során választ kaphatott minden felmerülő kérdésre, illetve megbeszéljük a szülők tájékoztatásának lehetőségeit, menetét. A szülők az 5. számú mellékletben látható tájékoztatót és beleegyező nyilatkozatot az óvodapedagógusoktól kapták kézhez. Amint a tájékoztatóban látható, megadtam egy elektronikus levélcímet, amelyen a megszólított szülőknek lehetőségük volt további kérdéseiket feltenni, akár a beleegyező nyilatkozat aláírása előtt. (Egyetlen szülő élt ezzel a lehetőséggel, ő is gyermekének vizsgálatát követően; vele egy másfél órás személyes konzultációra került sor a témával kapcsolatban.)

A felkeresett óvodák vezetőinek nyitottsága igen eltérő volt, ugyanakkor figyelemre méltó, hogy a részletes tájékoztatást követően egyikük sem zárkózott el attól, hogy az intézmény helyet adjon a kutatásnak. Ez különösen jó eredménynek tekinthető, figyelembe véve például Tóthné Zana Ágnes beszámolóját azzal kapcsolatban, hogy halállal kapcsolatos vizsgálatait során több fővárosi középiskolától (!) kapott visszautasító választ (Tóthné Zana, 2009). Kétségtelen, hogy abban az esetben egyértelmű volt, hogy kutatása elsősorban a halállal kapcsolatos attitűdökre, félelmekre koncentrált, a kapcsolódó kérdések nem voltak tágabb kontextusba helyezve. Esetünkben az óvodák együttműködése azt jelzi, hogy a téma megfelelő „csomagolása” egészen kicsi gyerekek esetében is nagyon elősegítheti a kooperációs hajlandóságot.

Összesen 6 intézményben tájékoztattuk a szülőket a vizsgálat lehetőségéről. A 6 óvoda közül 5 egy megyeszékhely különböző városrészeiben található, a hatodik közigazgatásilag szintén ehhez a városhoz tartozik, de a városközponttól nagy távolságra, falusias környezetben található. A 6 intézmény közül 5 állami fenntartású óvoda, egy pedig egyházi intézmény (római katolikus). Az állami fenntartású óvodákban történő vizsgálatra az általánosságban a városi önkormányzati óvodák

igazgatósága, a konkrét esetekben pedig az intézményvezető adott beleegyezést, a vizsgálatról kapott részletes tájékoztatást követően. Az egyházi fenntartású óvodában az intézményvezető engedélyezte a vizsgálatot.

A 6 óvodában összesen 437 gyermek szüleihez jutott el felhívásunk. Közülük 120-an írták alá a beleegyező nyilatkozatot, mellyel hozzájárultak gyermekük vizsgálatához, illetve tudomásul vették, hogy a kutatás részét képezi az ezt követően kiosztott szülői kérdőív is. Az egyes óvodákban a megszólított szülők együttműködési hajlandósága igen eltérő volt, 16,3% és 64% között változott (rendre 16,3%, 20%, 27%, 27,4%, 27,4% és 64% volt). A visszajuttatott beleegyező nyilatkozatok számát, arányát számos nehezen követhető és gyengén vagy egyáltalán nem kontrollálható tényező befolyásolhatta (pl. a szülő és az adott pedagógus közötti kapcsolat minősége, bizalomteli volta, vagy akár az egész vizsgálati időszakot beárnyékoló vírusos megbetegedések, amik gyakran fél csoportok távollétét eredményezték, megnehezítve a kapcsolattartást, a vizsgálatok kivitelezését, a dokumentáció célba juttatását). Ugyanakkor feltűnő, hogy az egyébként legkisebb létszámú, igen családias légkörű falusi óvodában volt a legalacsonyabb az együttműködők száma. Az intézményvezetővel történt beszélgetés rávilágított, hogy egy meglehetősen zárt, zömében vallásos, szorosan összetartó, ám kifelé nehezebben megnyíló közösségről van szó, ami összességében eredményezhette egyrészt a vizsgálat témájával, másrészt magával a kutatás tényével kapcsolatos fenntartást. Erre utal az is, hogy ebben az óvodában a kutatásba bevont gyerekek szülei közül végül senki nem juttatott vissza szülői kérdőívet. A legmagasabb beleegyezői hajlandóságot egy olyan óvodában tapasztaltuk, ahol – az egyéb intézményekben követett gyakorlattal szemben – az egyébként nagy létszámú óvodának csak egyetlen csoportjába engedtek be bennünket; az itt jellemző 64%-os részvételben a jó pedagógus-szülő kapcsolat és a közösségi szellem egyaránt tükröződik.

A fentiek fényében nem hagyható figyelmen kívül a tény, hogy a rendelkezésre álló minta reprezentativitása viszonylag alacsony. Ennek oka részben a felnőtt lakosság egyenlőtlen internet-penetrációja az online kérdőív, részben a bevont intézmények alacsony száma, egy városra korlátozódó volta a gyermekek vizsgálata esetén. Problematikus továbbá, hogy a téma sajátosságai miatt a kutatásba nem beleegyezők egy mindenképpen figyelemre méltó, a kutatás eredményei szempontjából nem

elhanyagolható csoportot képeznek. A bevont óvodák eltérő intézményi sajátosságai – egyházi és állami fenntartású, belvárosi és falusias jellegű, kis és nagy létszámú – ezzel együtt a lehetőségekhez mérten biztosítják a vizsgált gyermekpopuláció változatosságát. Szokolszky Ágnes *Kutatómunka a pszichológiában* című könyvében így ír a minta reprezentativitásának kérdéséről: „*Pragmatikusabban nézve, az alapvető útmutató az, hogy a vizsgált kérdésre vonatkozóan mi a kutatási területen kialakult gyakorlat. Mind a mintanagysággal, mind pedig a mintavétellel kapcsolatos döntéseknél az elfogadott gyakorlat a mérvadó.*” (Szokolszky, 2004, 167. o.). Speece és Brent 35, gyermekek halálfogalmával foglalkozó kutatást felölelő, összefoglaló tanulmányában a hasonló kutatások átlagos elemszáma $N=138$, de a mintanagyság meglehetősen tág határok – 21 és 648 fő – között változik (a harmadik legnagyobb elemszámú kutatás az idézettek közül Nagy Mária Ilona 1936-os, 378 gyermek bevonásával készült vizsgálata [Speece, Brent, 1985]). Jelen vizsgálatban az elérni kívánt mintanagyság meghatározásakor a tapasztalt kutatói gyakorlat mellett a kitűzött korcsoportok statisztikai próbákkal való összehasonlíthatósága volt a vezető szempont.

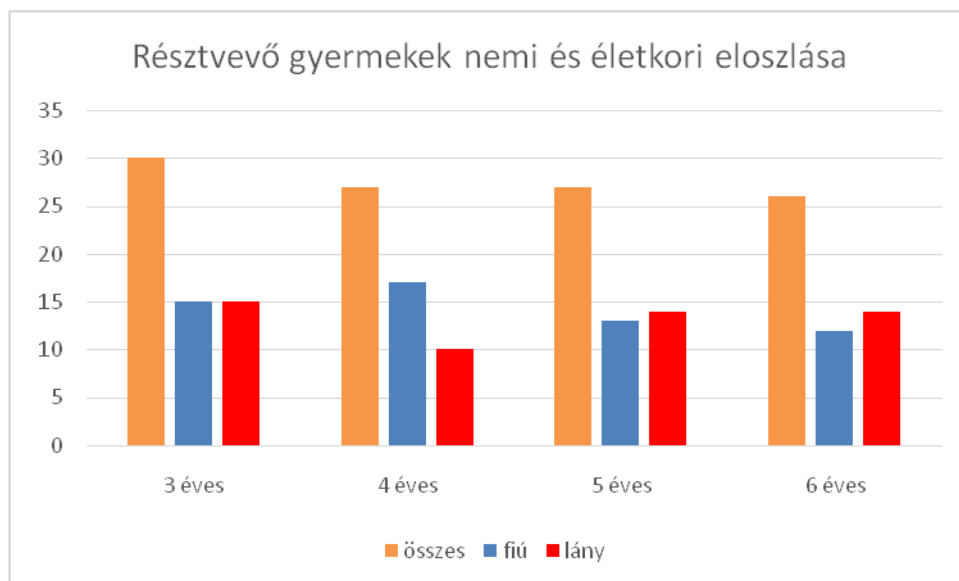
A közül a 120 gyermek közül, akiknek szülei aláírták a beleegyező nyilatkozatot, 110 fővel végeztük el a vizsgálatot, 10 gyermekkel tartós hiányzás miatt erre nem volt mód. A gyerekekkel történő munkát követően minden szülőnek elküldtük a kérdőívet, melynek egy megbeszélte határidőn belüli visszajuttatását kértük. (Azoknak a szülőknek is eljuttattuk, akiknek a gyermeke nem tudott végül részt venni a vizsgálatban.) A 120 kiküldött kérdőív közül végül 63 darab érkezett vissza, vagyis a vizsgálatba beleegyezők 51,7%-a kooperált végig. A 63 kérdőívből kettőt töltött ki olyan szülő, akinek a gyermeke nem vett részt a vizsgálat korábbi szakaszában; így összesen 61 szülő-gyermek párosról – a beleegyezők feléről - kaptam teljes körű információt. Az online kérdőíveket is számításba véve további 67 szülői kérdőív érkezett vissza, illetve 49 esetben csupán a gyermekkel végzett vizsgálat eredményei állnak rendelkezésre.

A részvételi hajlandóság áttekintése kapcsán szükséges megjegyezni, hogy bár a halál kérdéskörét igyekeztem egy sokrétű, gazdag kontextusba ágyazni, a vizsgálati tájékoztatóanyagból egyértelműen kiderül az olvasó számára, hogy mind a gyerekekkel felvett interjú, mind a szülői kérdőív foglalkozik az elmúlás kérdésével. Miután egy emocionálisan igen terhelte, potenciálisan szorongáskeltő fogalomkörrel van szó, így a téma önmagában visszatartó erővel bírhat sok szülő számára. (Mint az adatok

feldolgozása során kiderült, egyes esetekben a születés témaköre hasonlóan fájdalmas és megterhelő volt a kitöltő számára – jellemzően akkor, ha gyermeke nagyon nehezen, sok megpróbáltatás árán, esetleg több veszteséget követően született meg.)

Mindezek figyelembe vételével nem mehetünk el szó nélkül a mellett a – megoldatlan – módszertani probléma mellett, hogy a hasonló jellegű vizsgálatok esetén a pusztá beleegyezés is egy komoly szűrőfeltétel lehet, ami a pozitívabb halálattitúddal rendelkező szülőknek „kedvez”, várhatóan ők lesznek felülreprezentáltak egy ilyen mintában.

A vizsgálatban résztvevő 110 gyermek közül 57 volt fiú, 53 pedig lány. Életkoruk 3 év 2 hónap és 6 év 11 hónap között mozgott (hónapokban kifejezett életkoruk átlaga 58,3 hó, szórása $SD=12,6$ hó). A gyermekek életkori csoportok szerinti eloszlását a 4. sz. ábra mutatja:



4. sz. ábra

A gyermekekkel végzett vizsgálatok eredményei, tapasztalatai

A gyerekek együttműködő készsége, feladattartása, ezáltal a tartalmasan megválaszolt kérdések aránya az életkorral természetesen növekedett. A legkisebbek körében

gyakrabban fordult elő egy-egy kérdés figyelmen kívül hagyása (nincs válasz) vagy hátrítása („Nem tudom.”), illetve a feladathelyzetből történő hosszabb-rövidebb időtartamú kilépés. Emiatt előfordul, hogy egyes interjúkban néhány kérdés megválaszolatlanul marad.

Fontos kiemelni, hogy a gyermekek túlnyomó többsége szívesen vett részt a feladatokban, mind ők, mind szüleik, mind az óvónők jó visszajelzéseket adtak ezzel kapcsolatban. Az elmúlásra vonatkozó, potenciálisan megterhelő kérdésekkel is ügyesen megbirkóztak, a témafelvetés negatív hatását az esetek többségében nem észleltük. Mindössze két gyermek esetében tapasztaltunk a halál témájával (is) összefüggésbe hozható stresszreakciót. Egyikőjük, egy hároméves kisfiú magától a vizsgálati helyzettől a distressz egyértelmű jeleit mutatta, amit csak korlátozottan sikerült oldani. Bár a vizsgálatba beleegyezett, és a nonverbális próbákban jól kooperált, a szókincsteszthez érkeve szorongása fokozódni látszott, majd az elmúlással kapcsolatos kérdéseknél elsírta magát, és kilépett a feladathelyzetből. A csoportba való visszakisérés után feszültsége gyorsan oldódott, közös játék után nyugodttá, jó hangulatúvá vált. A második esetben egyértelműbb volt a stresszreakció és a kérdések tartalmának kapcsolata, mert a vizsgálaton résztvevő 5 éves kislány nagyon ügyesen kommunikálta belső állapotát a vizsgálatvezető felé. A halállal kapcsolatos kérdések nagyjából felénél válaszlátenciája megnövekedett, majd ezt kérte: „*Ilyeneket ne kérdezz, mert megijedek.*”. A témakör váltásával az interjú folytatásába beleegyezett, és hamarosan kimondottan oldottá, közlékennyé vált.

A halál, meghalás definícióját igénylő kérdésre a gyermekek túlnyomó többsége kauzális választ adott, vagy saját élményeiből hozott példával felelt (pl. *meghal, mint a barátnőm papagája, mikor valami mérgezőt evett, vagy mint Sanyi papa, mikor beteg lett a szíve* stb.). Több gyermeknél – főleg a fiatalabbaknál - előfordult tartalmatlan válasz, mikor önmagával magyarázták a fogalmat (*az, amikor meghalunk*), néhányan pedig nem tudtak felelni erre a kérdésre. 3-4 évesek körében tapasztaltunk egy igen ritka, inadekvát választípust, ami a halálfogalom teljes hiányáról tanúskodott (pl. 3 éves fiú hangzási hasonlóságon alapuló felelete: „*Mit jelent ez, hogy meghalni? – Amikor halacska lesz valaki. – Mitől halhat meg valaki? – Hogy halacskává változik.*”); ilyen jellegű válasz az 5-6 éves korosztályban nem fordult elő. (A kérdésre adott válaszokból készült válogatás található a 7. számú mellékletben.)

Rosengren, Gautiérrez és Schein kategóriát felhasználva (Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b; Evans et al., 2011, Legare et al., 2012 alapján) a kapott tartalmas halálmagyarázatokat csoportosítottam aszerint, hogy tisztán biológiai vagy vallási/spirituális elemeket tartalmaznak, avagy a kétféle magyarázattípus elemeit ötvözik. A felhasznált kérdések jellege miatt a Rosengrenék által *célfüggő modellnek* nevezett magyarázattípust (vagyis amikor a biológiai és vallási/spirituális magyarázatok kontextusfüggőek, a kérdezt az emberek esetében feltételezi a testi-lelki működések egy részének fennmaradását, míg pl. állatok esetében nem) nem sikerült kimutatni. Az *okági lánc* típusú magyarázatokra – melyeket Rosengrenék csak felnőtteknél tapasztaltak – szintén nem volt példa a gyermekekkel felvett interjúkban. Így minden olyan definíciót és kauzális magyarázatot, mely biológiai tényeket és vallási-spirituális elemeket (*felmegy a mennybe, csillag lesz, Jézushoz megy, újraszületik babaként stb.*) egyaránt tartalmazott, a *kevert modellek* közé soroltam.

A vizsgálat során szó szerint rögzített válaszokat a megadott szempontok alapján két egyetemi hallgató mint független megítélő sorolta be az alábbi 4 kategória valamelyikébe:

- „0” – tartalmatlan válasz, akkor jelölendő, ha
 - o a gyermek egyáltalán nem ad választ, vagy
 - o „nem tudom”-mal válaszol, vagy
 - o válasza tautologikus, érdemi magyarázat nélkül (pl. meghalni azt jelenti, hogy meghalunk), vagy
 - o válasza sem biológiai, sem vallási referenciát nem tartalmaz – általában inadekvát, a halálfogalom hiányáról tanúskodó válaszok (későbbiekben: „egyéb válasz”)
- „1” – vallási jellegű magyarázat, akkor jelölendő, ha a gyermek válasza kizárólag vallási elemeket tartalmaz, biológiai vonatkozások említése nélkül;
- „2” – biológia jellegű magyarázat, akkor jelölendő, ha a gyermek válasza kizárólag biológiai elemeket tartalmaz, vallási motívumok nélkül;
- „3” - kevert magyarázat, akkor jelölendő, ha a gyermek magyarázatában biológiai és vallási vonatkozásokat egyaránt említ.

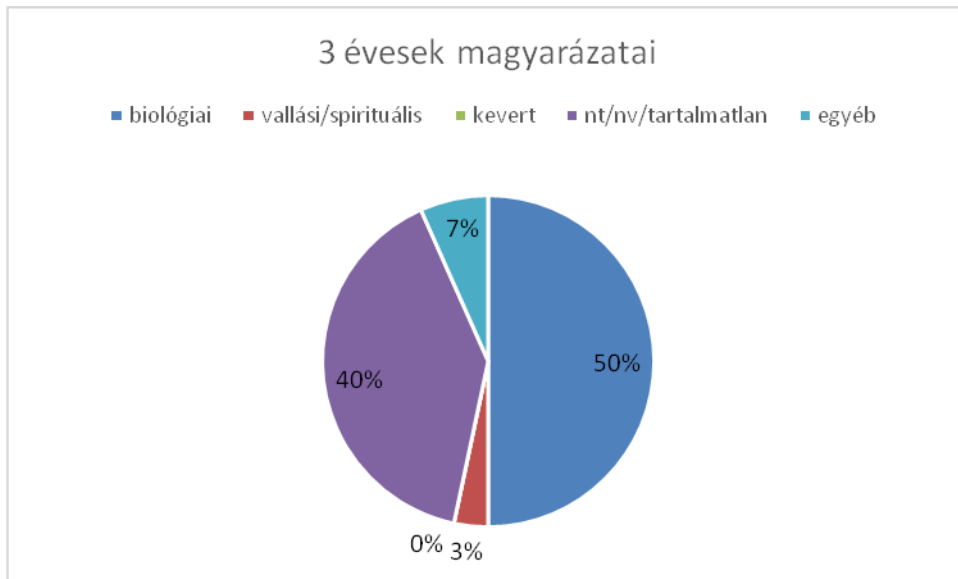
A gyermekek által adott válaszokat a megadott szempontok mentén kategorizálva az értékelők közötti egyetértés magas szintű volt, a Cohen-féle kappa értéke 0,924 (9.25.1.

sz. melléklet). Az eltérően besorolt válaszok végső értékelése megvitatást követően, konszenzus alapján történt.

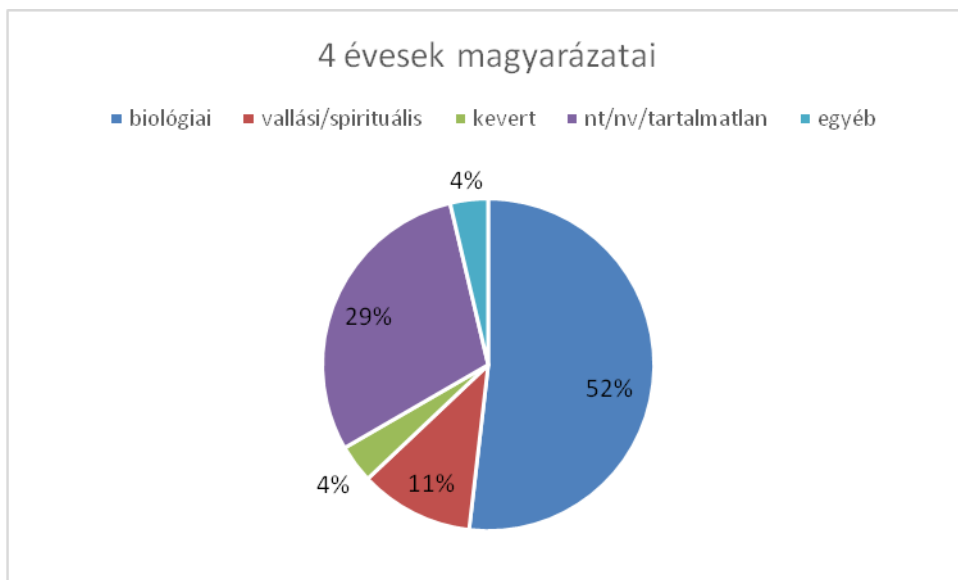
Az 5 - 8. sz. ábrák diagramjai mutatják, hogy az egyes korcsoportokban az egyes magyarázattípusok milyen gyakorisággal jelentek meg a gyerekek válaszaiban (egyéb: ritka, irreleváns válaszok). Látható, hogy mind a tartalmatlan, tautologikus, mind az irreleváns, a halálfogalom hiányról tanúskodó válaszok aránya jelentősen csökkent az életkor előrehaladtával. Minden korcsoportban a kizárólag biológiai tényeket tartalmazó válaszok aránya a legmagasabb, a magyarázatok felét-kétharmadát ez teszi ki. Nagyon érdekesen alakul a vallási-spirituális, illetve a kevert magyarázatok gyakorisága: a 3 éveseknél szórványosan megjelennek kizárólag vallási magyarázatok, majd ezek aránya a 4 éveseknél jelentősen megnő. 5 éves kortól ez a magyarázattípus ismét szórványossá válik, a 6 évesek körében pedig egyáltalán nem tapasztaltam ezt a választípust. Ezzel párhuzamosan a kevert modellek először a 4 éveseknél jelennek meg, majd 5 éves korban feltűnően gyakorivá válnak (válaszok 22%-a), a 6 éves válaszadóknak pedig több mint harmada ebbe a kategóriába sorolható feleleteket ad. Úgy tűnik, mintha a vallási-spirituális modellek fokozatosan beintegrálódnának ebbe a típusba, és ahogy a gyerekek biológiai ismeretanyaga növekszik, 5-6 éves korban alig akad már olyan tartalmas válasz, ami nélkülözné a halállal kapcsolatos biológiai tényeket.

A fiatalabb – 3-4 éves - és az idősebb – 5-6 éves – gyerekek választípusait összehasonlítva a chí-négyzet próba eltérést mutat a két csoport között a tiszta, illetve kevert magyarázattípusok gyakorisága között: az idősebbek magyarázataiban szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő mind biológiai, mind vallási referenciákat tartalmazó, kevert magyarázatok, mint a fiatalabbak válaszaiban ($\chi^2(1)=10,156$, $p=0,01$; l.: 9.1. sz. melléklet). Az elvégzett varianciaanalízis tanúsága szerint a kevert és a tiszta magyarázatot adó gyermekek csoportja között nincsen különbség sem a verbális, sem a nonverbális képességtesztben nyújtott teljesítmény mentén ($p=0,529$ a WPPSI, $p=0,414$ a SON esetében; 9.2. sz. melléklet).

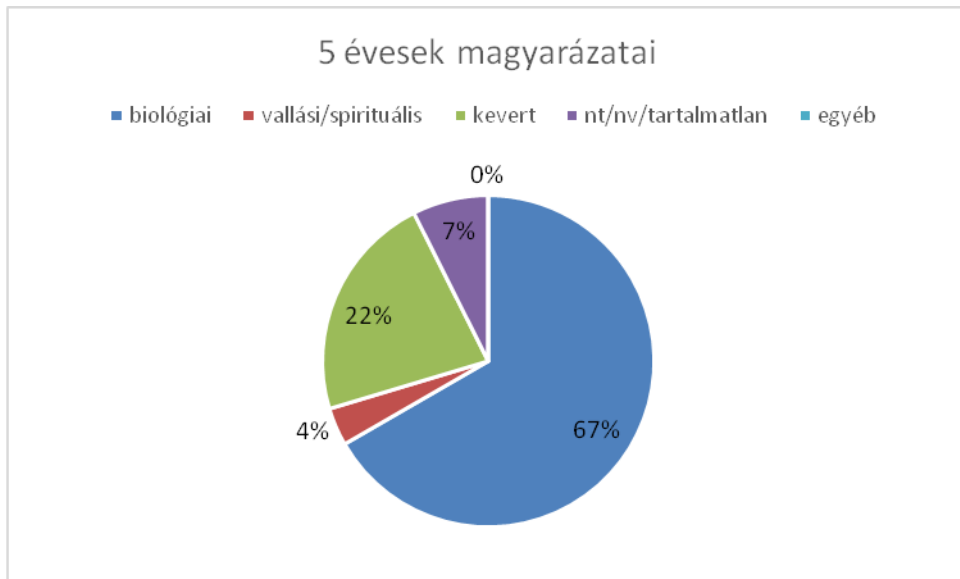
Az 5-6 éves korosztály válaszaiban – ahogy az 5-8. számú ábrákon is látható - egyre gyakoribbak a vallásos elemek, a 3-4 évesek csoportjával összehasonlítva azonban a különbség nem szignifikáns ($\chi^2(1)=3,625$, $p=0,057$; 9.3. sz. melléklet).



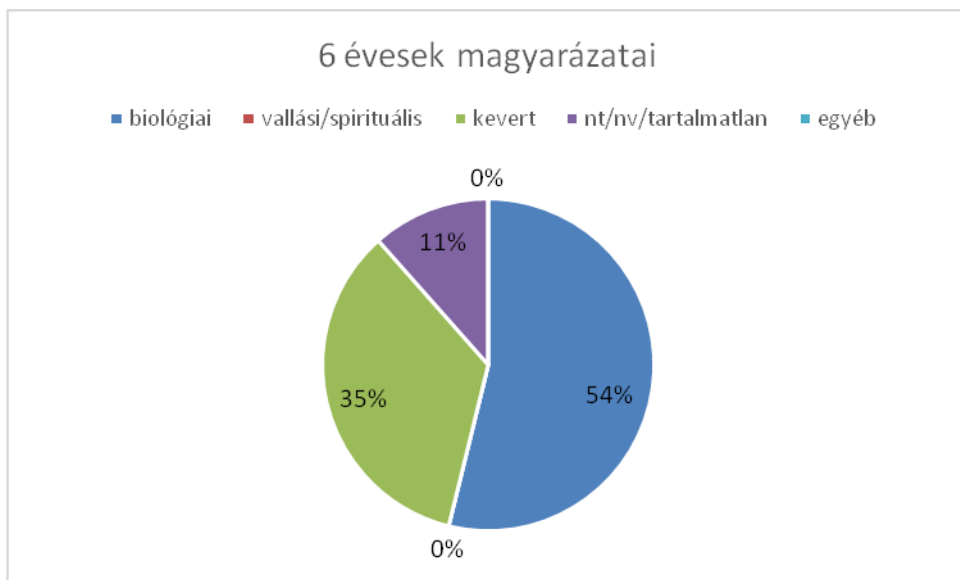
5. sz. ábra



6. sz. ábra



7. sz. ábra



8. sz. ábra

A 2. számú táblázat összefoglaló jelleggel mutatja az egyes magyarázó modellek gyakoriságának arányát Rosengren, Gautiérrez és Schein vizsgálatában (Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b), illetve a saját mintám esetében. (A mintanagyságot ez esetben N=82-nek tekintettem, csak azokat a válaszokat figyelembe véve, ahol a gyermek a halál definíciójára tartalmas, érdemi választ adott). Látható, hogy a pusztán vallási-spirituális hivatkozásokat tartalmazó válaszok mindkét mintában igen ritkák, és hasonló arányban is fordulnak elő (összes interjú 5-6%-ában). Mindkét esetben a

biológiai jellegű magyarázóelemek a leggyakoribbak: Rosengrenék a válaszok 95%-ában találtak ilyen elemeket, az én mintámban ez az arány jó közelítéssel azonos (93,9%). Ami a két esetben feltűnő különbségként jelentkezik, az a párhuzamos modellek aránya: saját vizsgálatomban a pusztán biológiai modellek erős túlsúlyát tapasztaltam a kevert feleletekkel szemben, míg Rosengrenék mintájában jóval kiegyenlítettebb az arány. A tapasztalt eltérések forrását két fő tényezőben látom:

1. A minták eltérései: Bár a két vizsgálat hasonló életkorú gyermekekkel zajlott (Rosengrenék mintájában az átlagéletkor 62,9 hó volt, SD=12 hó szórás mellett [Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b]), a korábbi vizsgálat csupán 3 korosztályt (4, 5 és 6 évesek) ölelt fel, szemben az általam vizsgált 4 életkori csoporttal. Miután a kevert modellek arányának ugrásszerű emelkedése az 5-6 éves korosztályban megfigyelhető, így a fiatalabb vizsgálati személyek bevonása a pusztán biológiai magyarázatok irányában tolhatja el az eredményeket. Másfelől nem szabad elfeledkezni a szociokulturális környezet hatásairól: Rosengrenék friss lakossági adatokra hivatkozva állítják, hogy a kutatásnak otthont adó település felnőtt lakosságának 92%-a vallja magát vallásosnak (Gallup, Newport, 2011; l. Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b). A saját kutatásom helyszínéül szolgáló megyeszékhelyre vonatkozó, szintén 2011-es népszámlálás adatai szerint a lakosság 21,8%-a egy egyházhoz vagy felekezethez tartozónak sem vallja magát (KSH, 2011). Bár a két tanulmány által vizsgált kategóriák – vallásosság, egyházhoz tartozás – nem fedik teljes mértékben egymást, a két minta közötti eltérés ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül. Az egyik, vizsgálatra váró hipotézisünk pedig éppen az, hogy a gyerekek halálfogalmát befolyásolják a szülő által közvetített vélekedések, melyek jelentősen eltérőek lehetnek egy vallásos és egy nem vallásos család esetében.
2. Módszertani eltérések: A minták különbözőségénél még fontosabb szempontnak tartom a két vizsgálatban alkalmazott kérdések közötti eltérést. Rosengrenék a gyerekeknek felteszik az alábbi kérdést: „*Gondolod, hogy a nagynéni/nagybácsi/kutya/növény egy különleges része itt maradt, miután ő meghalt?*” (Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b; 85. o.; saját fordítás) A kérdésfeltevés egyfelől magyarázza a célfüggő modellek magas arányát,

másfelől a testi és pszichés működések pusztá lekérdezéséhez képest megítélésem szerint kimondottan sugalmazó, facilitálhatja a lélek továbbélését implikáló, párhuzamos modellek megjelenését.

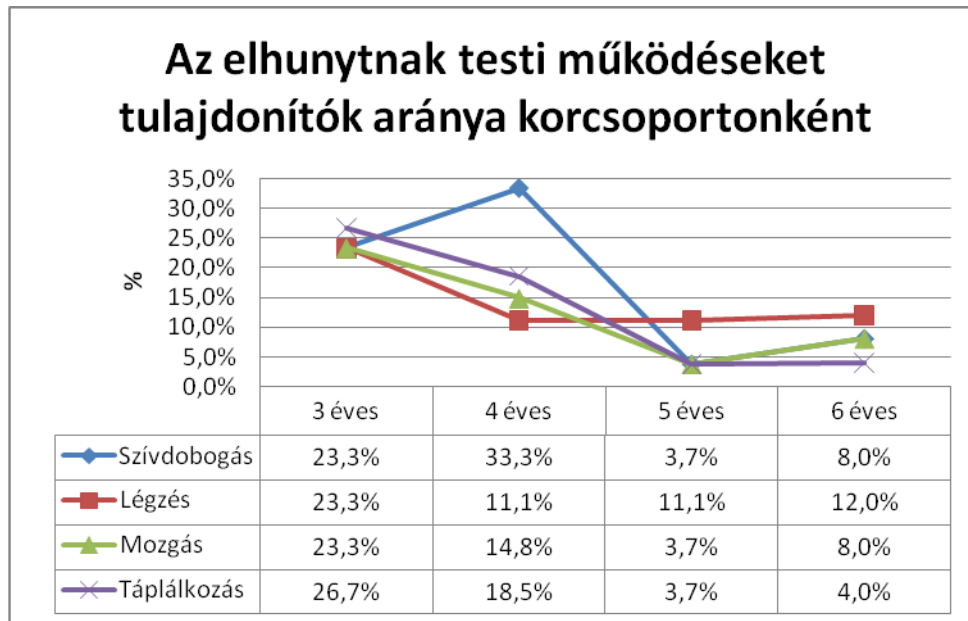
	Gyermekek (n=101) (Rosengren, Schein, Gautiérrez, 2014b)	Gyermekek (n=82 [tartalmaz válaszok]) JELEN VIZSGÁLAT
Biológiai/természettudományos	59,4%	74,4%
Vallásos	5,0%	6,1%
<i>Egységes modellek összesen</i>	64,4%	80,5%
<i>Párhuzamos modellek összesen</i>	35,7%	19,5%
Biológiai elemeket tartalmazó modellek összesen	95,0%	93,9%
Vallásos elemeket tartalmazó modellek összesen	40,6%	25,6%

2. sz. táblázat

A gyerekek által adott haláldefiníciók egy része explicit módon tartalmazta a visszafordíthatóság kritériumát (gyógyíthatóság, alvásszerű állapotból történő felébredés – [Azt jelenti,] „*hogy idehívják az orvost, és utána mindjárt meggyógyul...*” vagy: „*hogy valaki lepuskázza, és kórházba kerülhet...*” vagy: „*hogy nem kelni fel... majd felébred...*” stb.). Ez a magyarázattípus nem meglepő módon a 3-4 éves korosztályban volt gyakori: a 3 évesek magyarázatainak 20%-ában, a 4 évesekének 18%-ában fordult elő. Mind az 5, mind a 6 évesek közül csupán egy-egy gyermek adott hasonló tartalmú választ (megjegyzendő, hogy a gyógyíthatóság kritériumát is magába foglaló halálmagyarázatot megosztó 6 éves gyermek mind a szókincesztben, mind a

nonverbális próbában az korátlagtól elmaradó teljesítményt nyújtott, esetében az alacsonyabb mentális nívó lehetősége felmerül).

Ami a testi működéseket, illeti a 3 évesek nagyjából 1/4-e (23,3-26,7%) tulajdonította az elhunytak az interjúban szereplő életműködéseket (szívdobogás, légzés, mozgás, táplálkozás). A 4 és 5 éves korcsoportban a szívdobogást leszámítva minden testi funkció esetében az életkor növekedésével monoton csökkenő gyakoriságot tapasztalhatunk; érdekes eredmény, hogy a 4 évesek 1/3-a feltételezte, hogy a halottnak tovább dobog a szíve (miközben egyéb életjelenségeket nem feltétlenül tulajdonítottak neki). Lehetséges persze, hogy a 3 évesekhez képest kiugró eredmény annak köszönhető, hogy a kisebb gyerekeknek a légzés jelenségéről inkább van élményük, és emiatt hamarabb tulajdonítják a halottnak is, mint a szívdobogást, ami kevésbé megfigyelhető közvetlenül. A fiatalabb – 3-4 éves - és az idősebb – 5-6 éves – gyermekek csoportjait összehasonlítva a kő-négyzet próba 4-ből 3 testi funkció (szívdobogás, mozgás, táplálkozás) megítélése mentén szignifikáns teljesítményjavulást jelez az idősebb gyerekek esetében (szívdobogás: $\chi^2(1)=9,652$, $p=0,002$; mozgás: $\chi^2(1)=4,599$, $p=0,032$; táplálkozás: $\chi^2(1)=9,548$, $p=0,002$; de légzés: $\chi^2(1)=0,856$, $p=0,355$; l.: 9.4. sz. melléklet). A 6 évesek csoportjában mind a négy szempont mentén enyhe, csupán jelzés értékű – nem szignifikáns (9.5. sz. melléklet)– gyakoriságnövekedést láthatunk az 5 évesek csoportjához képest (9. sz. ábra), ami egybevághat korábbi hipotézisünkkel, hogy a kettős halálfantáziák megjelenésével egyidejűleg a gyerekek biológiai ismereteik dacára időnként testi-lelki működéseket tulajdonítanak az elhunytaknak.

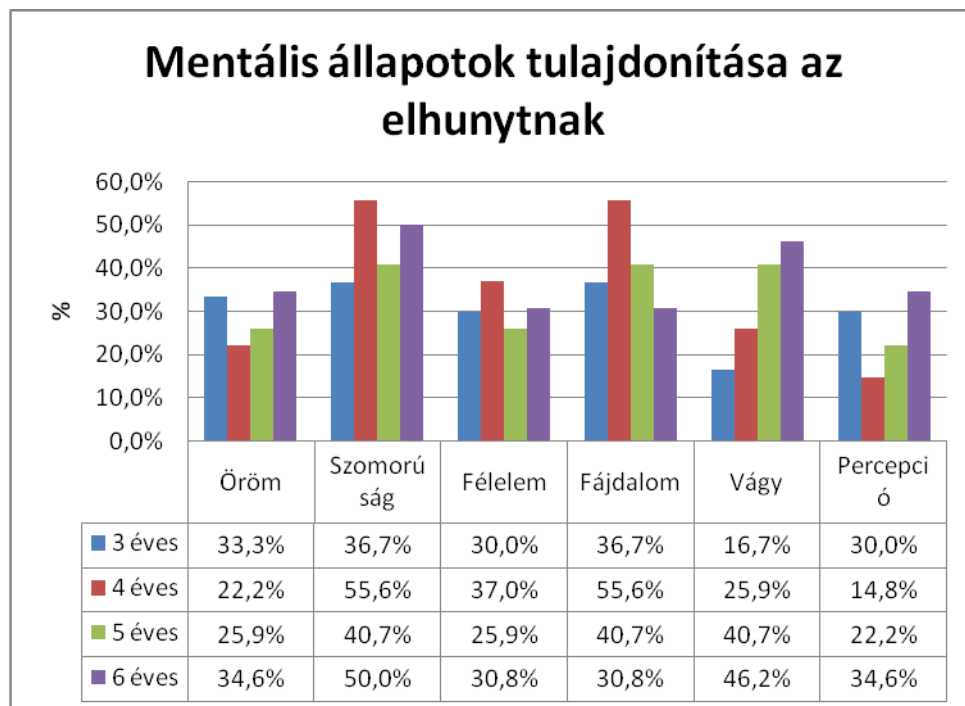


9. sz. ábra

Ez a fajta különbség az egyes mentális működések esetében még világosabban kirajzolódik. A 6 évesek mind érzelmeket, mind percepciót (látás, hallás), mind vágyakat gyakrabban tulajdonítanak a halott személynek, mint az 5 évesek. Az egyetlen eltérés ettől a tendenciától a fájdalom kérdésében tapasztalható: a 4 évesek feltételezik leggyakrabban – 55,6%! –, hogy az elhunyt érezhet fájdalmat, míg legritkábban a 6 évesek élnek hasonló feltételezéssel (30,8%). Valószínű, hogy a fájdalom összetett fogalmát a gyerekek elsősorban testi élményként (nem pedig lelki szenvedésként) értelmezték, így a testi funkciók végének megértésével párhuzamosan egyre ritkábban adtak pozitív választ erre kérdésre. A negatív érzelmek terén az életkorral növekvő, míg az egyetlen vizsgálat pozitív érzelmek (öröm) terén az életkorral csökkenő tendencia figyelhető meg a 3-4 éves korosztályban – e mögött a jelenség mögött az állhat, hogy a 3 évesek egy jelentős része még nem rendelkezik halálfogalommal, így az elmúlással a többi korosztály által jellemzően asszociált érzelmeket sem tulajdonítják a halottnak. Ezzel szemben a 4 évesek többsége már rendelkezik valamiféle kezdetleges halálfogalommal, kezdi érteni a jelenség érzelmi vonatkozásait, ezért inkább feltételezi, hogy az elhunyt negatív érzelmekkel rendelkezik, mint hogy pozitívakkal. Az 5-6 éves korosztály tagjai ezzel szemben egyre inkább értik a testi-lelki működések végességét, ugyanakkor ezzel kapcsolatos állásfoglalásukat egyre gyakrabban színezik vallási-spirituális fantáziák. – Erre a lehetséges fejlődésmentre utalnak a 10. sz. ábrán az

öröm, a szomorúság és a félelem adatsorai. A fájdalom ebből a szempontból kivétel, hiszen nem alapérzelem, és inkább a testi működésekkel asszociálódhat, nem pedig a lélek továbbélésével; ez magyarázhatja 5-6 éves korban a monoton csökkenő tendenciát. Úgy tűnik, 4-6 éves kor között az életkor növekedésével egyre gyakoribbak az elhunytak percepciót, illetve vágyakat tulajdonító elképzelések, ami szintén a kettős fantáziák fenntartására utalnak. Mindenképpen fontos lesz a továbbiakban megvizsgálnunk ezeknek a mentális állapot-tulajdonításoknak, illetve a szülői magyarázatoknak a kapcsolatát; várható, hogy a gyakori, a lélek továbbélését implikáló szülői értelmezések (a nagymama felment az égbe, de onnan lát, figyel téged stb.) hatása megjelenik a gyerekek vélekedéseiben.

Érdekes – bár a 10. számú ábra tükrében nem annyira meglepő eredmény - hogy a 3-4 éves és az 5-6 éves gyermekek csoportjait összehasonlítva az elemzett érzelmek, érzések mentén nem mutatkozik jelentős különbség a két csoport teljesítményében (öröm: $\chi^2(1)=0,60$, $p=0,807$; szomorúság: $\chi^2(1)=0,001$, $p=0,972$; félelem: $\chi^2(1)=0,326$, $p=0,568$; fájdalom: $\chi^2(1)=1,083$, $p=0,298$; l.: 9.6. sz. melléklet)



10. sz. ábra

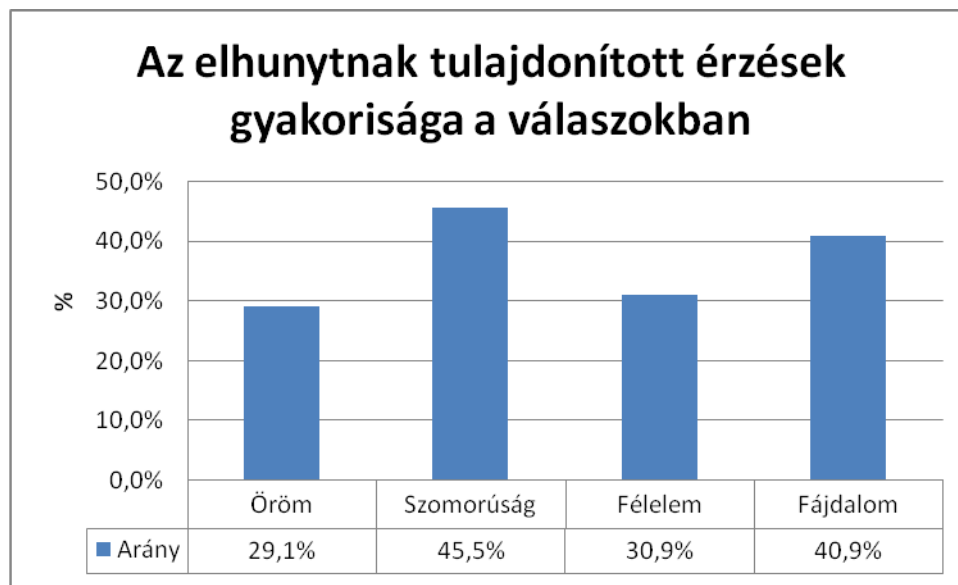
Az életkori felbontásnál látható, hogy minden korosztályban a(z egyik) leggyakrabban megjelenő, az elhunytak tulajdonított érzelem a szomorúság. Szintén igen gyakran – a

3-5 évesek körében a szomorúsággal azonos arányban – előforduló érzés a fájdalom. Míg a 3 évesek mind a negatív, mind a pozitív érzéseket hasonló arányban tulajdonítják a halottnak (30-36,7%), addig 4 éves korban – a halálfogalom kialakulásával, árnyalódásával párhuzamosan elindul egy differenciálódás, a gyerekek hajlamosabbak a negatív érzéseket feltételezni, mint az örömet. 6 éves korra egyre ritkábban gondolják azt, hogy a halott fájdalmat érezhet, és érdekes eredményként adódik, hogy a vizsgált mintában a legidősebbek hajlamosak leginkább azt feltételezni, hogy az elhunyt örülhet valaminek. Ez megint csak a kettős halálfantáziák kialakulására, illetve a vallási, spirituális jellegű szülői magyarázatok (pl. az elhunyt a mennybe jut, ahol örök boldogság vár rá) hatására utalhat.

A teljes mintán megjelenő gyakoriságokat a 11. sz. ábra mutatja. Látható, hogy az összes résztvevő gyermek 45,5%-a állította, hogy az elhunyt érezhet szomorúságot, és 40,9%-uk szerint érezhet fájdalmat. A negatív érzéseknek ez a fajta felülreprezentáltsága arra utal, hogy a gyerekek hajlamosak a saját, halállal, veszteséggel kapcsolatos érzelmeiket, asszociációikat alkalmazni, mintegy rávetíteni a halott személyre, s ennek megfelelően mentális állapotokat tulajdonítani neki. Érdekes kivételnek tűnik e téren a szintén negatív töltetű félelem. A teljes mintán az összes negatív és összes pozitív érzelmetulajdonítást elemezve a kétféle érzelmtípus közötti összefüggés tendencia szintű, nem szignifikáns; a képet nyilvánvalóan árnyalják életkori különbségek, illetve a különböző negatív érzelmek eltérő gyakorisága ($\chi^2(1)=3,556$, $p=0,059$; l. 9.7. sz. melléklet). Korcsoportonkénti lebontásban azonban szignifikáns különbség mutatkozik a 4 éveseknél a pozitív és negatív érzelmek gyakoriságában: ez a korosztály lényegesen ritkábban feltételezi, hogy a halott örömet érezhet, mint hogy negatív emocionális állapotai lehetnek ($\chi^2(1)=6,495$, $p=0,011$; l. 9.7. sz. melléklet). Úgy tűnik, mintha a halálfogalom kialakulásának kezdetével egyértelműen a halál jelenségének negatív aspektusai domborodnának ki, s csak a lélek továbbélését implikáló magyarázatok megjelenésével párhuzamosan állna vissza az egyensúly, válnának ismét gyakoribbakká a pozitív érzelmetulajdonítások.

Felmerül a kérdés, hogy lehet-e összefüggés a gyerekek saját, halállal kapcsolatos szorongása és ennek az egyes érzelmetulajdonítások megjelenése között. Miután a gyerekek halálszorongásának mérésére közvetlen eszközünk nincsen, csupán szülőtől nyerhető adatokra támaszkodva tesztelhetjük azt a korábbi hipotézisünket, hogy

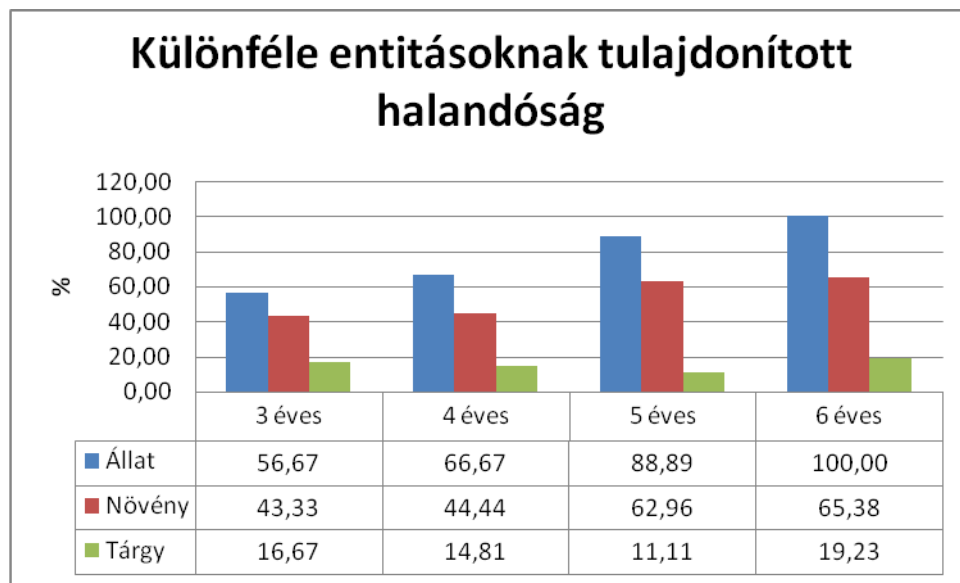
azokban a családokban, ahol a szülő magasabb halálszorongással küzd(így az elmúlás témája fenyegetőbb, erősebb szorongást keltő kontextusban jelenik meg a gyerek számára), ott a halottnak tulajdonított mentális állapotok között nagyobb valószínűséggel jelenik meg a félelem érzése. Feltételeztük továbbá, hogy pozitív szülői attitűd esetén gyakrabban állítják a gyermekek, hogy a halott örömet érezhet. Ennek vizsgálatára a szülői kérdőívek elemzésénél kerítettünk sort.



11. sz. ábra

Abban a kérdésben, hogy ki halhat meg – állatok, növények, tárgyak -, a gyerekek teljesítménye egyértelmű javulást mutat az életkor előrehaladtával (12. sz. ábra). Míg a 3 éveseknek csupán 56,7%-a foglalt egyértelműen állást amellet, hogy az állatok is meghalhatnak, addig a vizsgálatban résztvevő 6 évesek mindegyike helyesen válaszolt erre a kérdésre. A növények mint élőlények halandóságával kapcsolatban minden csoport lényegesen gyengébben teljesített: noha az idősebbek közül egyre többen tartották a növényeket is halandóknak, a 6 évesek körében is csupán 65,4% az ennek megfelelően válaszoló aránya. A 3-4 évesek és 5-6 évesek csoportjait kí-négyzet próbával összehasonlítva szignifikáns eltérést tapasztalunk az idősebbek és fiatalabbak teljesítményében, mind az állatok, mind a növények halandóságának kérdésében (állatok: $\chi^2(1)=16,964$, $p<0,001$; növények: $\chi^2(1)=15,915$, $p<0,001$, l.: 9.8. sz. melléklet). A tárgyak halandóságával kapcsolatban az életkor előrehaladtával egyre kevesebben adtak pozitív választ, de csupán 5 éves korig; érdekes tapasztalat, hogy a 6 évesek válaszolták legnagyobb arányban – 19,2% -, hogy bizonyos értelemben a

tárgyak is meg tudnak halni. Úgy tűnik, mintha a lélek fogalmának elsajátításával a gyerekek hajlamosak lennének azt túláltalánosítani, és nem csupán a halál jelenségével kapcsolatban alkalmazni, de kiterjeszteni a tárgyi világ olyan elemeire is, melyeknek fiatalabb korban nem tulajdonítanak életet/halandóságot. Mindazonáltal sem a 3-4, illetve 5-6 évesek, sem az 5 és 6 évesek teljesítménye közötti különbség nem szignifikáns, az alacsony elemszám miatt messzemenő következtetések nem vonhatók le adatainkból (3-4 és 5-6 évesek között: $\chi^2(1)=0,01$, $p=0,920$; 5 és 6 évesek között: Fisher-féle egzakt próba: $p=0,467$, 1. 9.9. sz. melléklet).

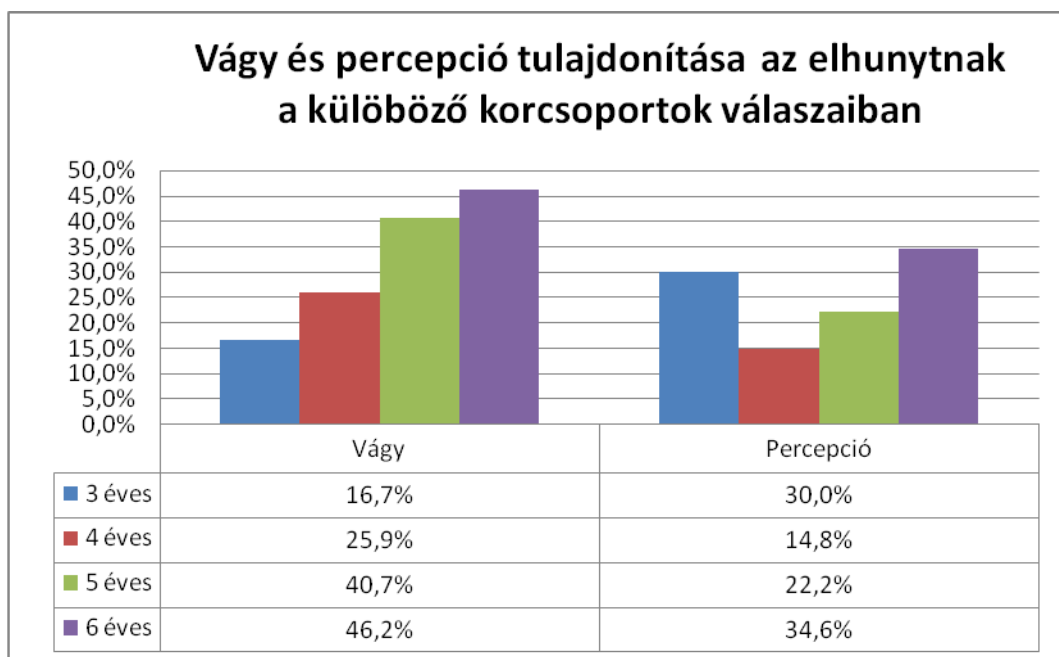


12. sz. ábra

Az életkor előrehaladtával a gyerekek egyre nagyobb hányada tulajdonított vágyat az elhunytaknak (13. sz. ábra). A 3 évesek csupán 16,75-a mondta, hogy aki meghalt, az akarhat valamit, míg a 6 évesek 46,7%-a válaszolt hasonlóan. Az életkori csoportokra elvégzett chí-négyzet próba a 3-4 éves és az 5-6 éves gyerekek teljesítménye között jelzett különbséget: az idősebb gyerekek, úgymond, szignifikánsan „gyengébben” teljesítenek fiatalabb társaiknál, abban az értelemben, hogy hajlamosabbak feltételezni, hogy az elhunytak vágyai, kívánságai lehetnek ($\chi^2(1)=6,320$, $p=0,012$; 9.6. sz. melléklet). Az indoklásnál általában a következő szempontokat hozták fel: aki elhunyt, az azt szeretné, hogy újra élhessen, hogy újra láthassa a családtagjait, hogy a szerettei sokáig éljenek és boldogak legyenek stb. A 3-4 évesek körében előfordult materiális igények említése, pl.: aki meghalt, vágyhat „*vízre, ennivalóra, szalvétára, tejre, kávéra*” stb.

Érdekes nemi különbség is felfedezhető a vágy kérdésre adott válaszok mintázatában: a lányok szignifikánsan gyakrabban feltételezték, hogy az elhunyt vágyhat valamire, mint a fiúk ($\chi^2(1)=5,060$, $p=0,024$, l.: 9.6. sz. melléklet). A jelenség magyarázata további vizsgálatokat igényelne, különös tekintettel arra, hogy semelyik másik testi vagy pszichés működés tekintetében nem volt különbség fiúk és lányok válaszaiban.

A percepció szempontjából tendencia szintű különbségek írhatók le az egyes életkori csoportok között: a 3 és 6 évesek hasonló arányban (30 és 34,6%) válaszolták, hogy az elhunyt láthat vagy hallhat minket, míg a 4 és 5 évesek körében az arány valamivel alacsonyabb (14,8, illetve 22,2%). Az elvégzett chí-négyzet próba ez esetben nem mutat szignifikáns eltérést a két életkori csoport között ($\chi^2(1)=0,437$, $p=0,509$; l.: 9.6. sz. melléklet). Az, hogy mind vágyakat, mind percepciót a 6 évesek tulajdonítottak leggyakrabban az elhunytak, szintén arra utal, hogy ebben a korban elkezdene egy, a biológiai tudással párhuzamos halálfantáziát kiépíteni a gyerekek.



13. sz. ábra

Az elmúlás egyes aspektusaira – univerzalitás, irreverzibilitás, szeparáció – vonatkozó kérdések esetén a pusztán igen-nem válaszon túl mindig indoklást is kértünk a gyermekektől, ami segít tisztázni, hogy a válaszadó érti-e a halálfantáziát adott vetületét. Néhány alkalommal előfordult, hogy az indoklás valamiképpen ellentmondott

az igen/nem válasznak; ezekben az esetekben a gyermekek választát ennek megfelelően értékeltük (pl. *Mindenki meghal egyszer? - Igen.* – De ha az indoklásnál a gyermek hozzátette, hogy: „*kivéve minket*”, akkor azt jelöltük, hogy a gyermek halálfogalma nem tartalmazza az univerzalitást.). Hasonlóképpen jártunk el, ha az indoklás egyébként korrekt volt, ugyanakkor a gyermek többi kérdésre – pl. *Mi jelent az, hogy meghalni?* - adott válaszában felmerült olyan elem, amely ellentmondott ennek. Amennyiben a gyermek nem tudott válaszolni az adott kérdésre, szintén azt jeleztük, hogy nem érti a fogalom szóban forgó aspektusát. A két független értékelő közötti egyetértés mértéke minden esetben megfelelőnek bizonyult, a Cohen-féle kappa értéke az univerzalitás esetében 0,81, az irreverzibilitás esetében 0,867, a szeparáció esetében pedig volt 0,866 (9.25.2.-9.25.4. sz. mellékletek). Az eltérően besorolt válaszok végső értékelése megvitátást követően, konszenzus alapján történt.

A halál különböző aspektusait megértők arányát a 14. számú ábra mutatja. Az univerzalitás, vagyis a halál elkerülhetetlen, minden emberi lényt érintő volta az, amit a legfiatalabb gyerekek is leginkább megérteni látszottak: a 3 évesek 43,4%-a nyilatkozta egyértelműen, hogy minden ember meghal egyszer. Az életkor előrehaladtával a kérdésre adott pozitív válaszok aránya monoton növekszik, az 5 évesek 77,8%-a, a 6 évesek 88,5%-a foglal állást a halál univerzalitása mellett. Az univerzalitás ugyanakkor az egyetlen a három vizsgált aspektus közül, ahol az 5 évesek helyes válaszainak aránya 80% alatt marad. A 4 életkori csoport teljesítményét khí-négyzet próbával összehasonlítva a 3 és 5, illetve a 3 és 6 évesek csoportja között tapasztalunk szignifikáns eltérést (rendre $\chi^2(1)=7,005, p=0,008$ és $\chi^2(1)=12,355, p<0,001$ szignifikanciaszint mellett; statisztikai táblák a 9.11. számú mellékletben).

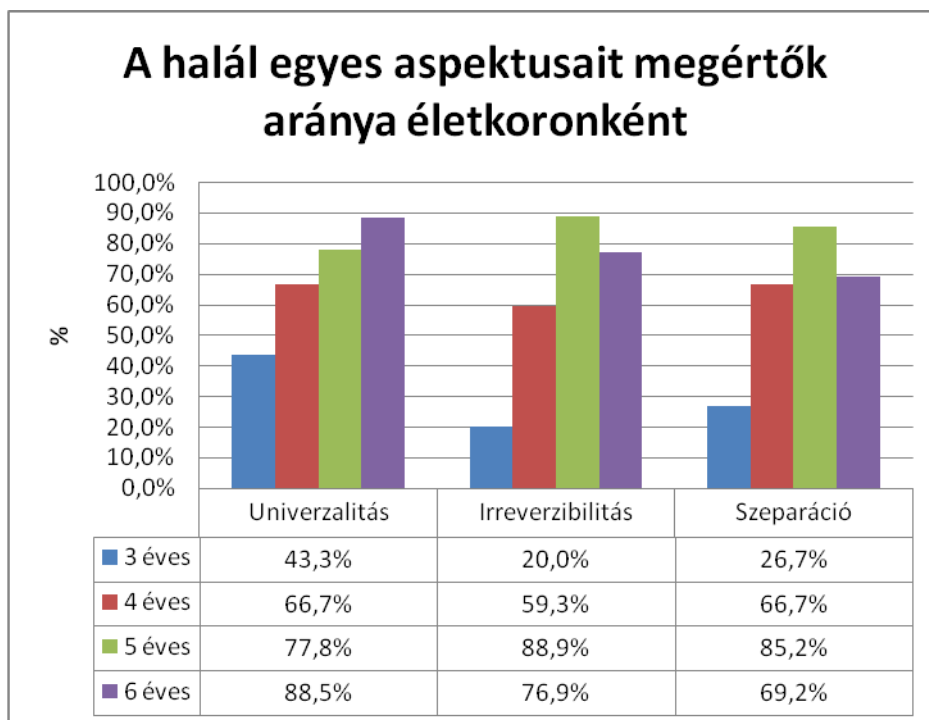
A szeparáció kérdésére nagyon sokféle típusú válasz érkezett. Főleg az idősebb gyerekek körében gyakoriak voltak az alábbi válaszok:

Aki meghalt, azzal lehet újra találkozni...

- *képzeletben / a szívünkben, úgy, hogy sokat gondolunk rá;*
- *álmunkban;*
- *ha a sírra odateszik a képét és megnézzük;*
- *ha látjuk a halott embert, mielőtt eltemetik; stb.*

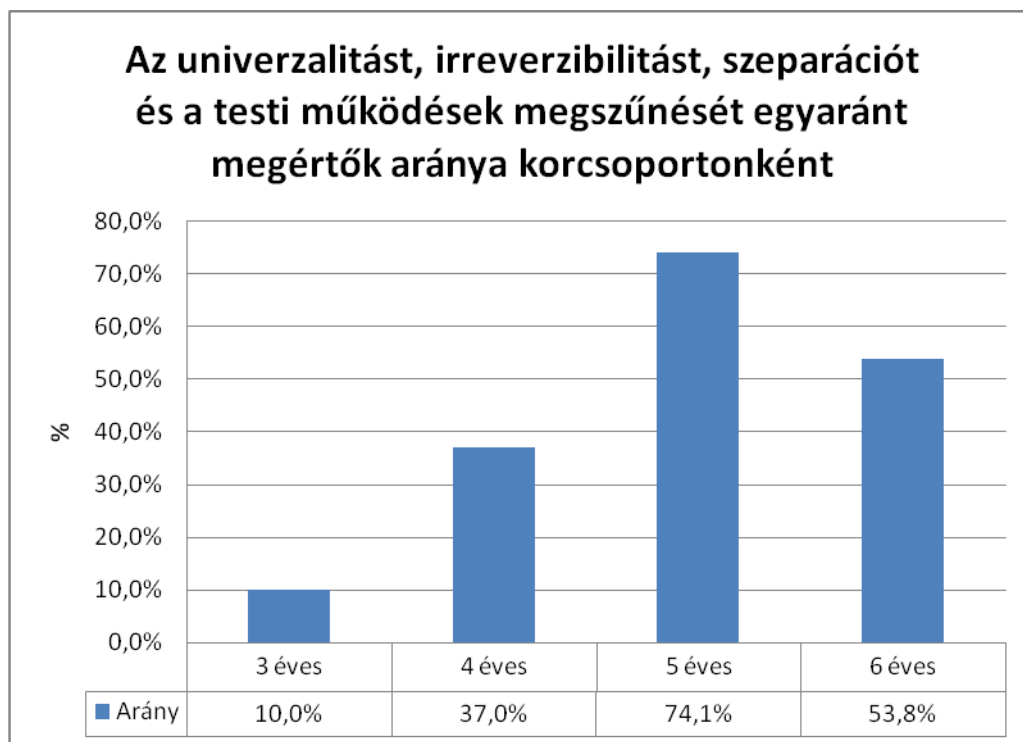
Abban az esetben egy gyermek a fentiekhez hasonló választ adott, de feleleteiből nyilvánvaló volt, hogy halálértelmezése magába foglalja a fizikai szeparációt (a halottat eltemetik), és a találkozásnak csak ilyen metaforikus vagy a halott látványára korlátozódó formáját látja lehetségesnek, akkor azt jelöltük, hogy érti a szeparáció aspektusát. – Látható, hogy 3-5 éves korban az életkorral egyenes arányban nő a szeparációt megértő gyerekek aránya, ugyanakkor a 6 éveseknél egy enyhe visszaesés tapasztalható, csupán a válaszadók 69,2%-a véli úgy, hogy az elhunytal semmilyen formában nem lehetséges már a találkozás. Az életkori csoportok keresztábrás elemzése és chí-négyszet próbája szignifikáns különbséget jelez a 3 évesek és a többi három csoport teljesítménye között (3 és 4 évesek: $\chi^2(1)=9,165$, $p=0,002$; 3 és 5 évesek: $\chi^2(1)=19,616$, $p<0,001$; 3 és 6 évesek: és $\chi^2(1)=10,146$; $p=0,001$; l.:9.12. sz. melléklet).

Az irreverzibilitás kérdésében korosztályonként hasonlóan oszlanak meg a válaszok: a 3 éveseknek csupán 20%-a állította, hogy aki meghalt, az már nem élhet újra (és sok válaszban explicit módon megjelent a gyógyítás lehetősége). Az életkori csoportok keresztábrás elemzése és chí-négyszet próbája szignifikáns különbséget jelez a 3 évesek és a többi három csoport teljesítménye között ($p<0,001$ szignifikanciaszint mellett a 3 és 5 évesek, illetve a 3 és 6 évesek esetén, rendre: $\chi^2(1)=27,05$, illetve $\chi^2(1)=18,145$; $p=0,002$ szignifikanciaszint mellett a 3 és 4 esetén, $\chi^2(1)=9,242$; l.:9.13. sz. melléklet). Lényegesen jobban teljesítettek e kérdésben is a 4 évesek, akinek 59,3%-a adott helyes választ, az 5 éveseknél pedig itt is 80% feletti teljesítmény tapasztalható (88,9%). Az 5 évesekhez képest a legidősebb korosztály esetében ismét enyhe – tendencia szintű, de nem szignifikáns – teljesítményromlás észlelhető: a 6 éveseknek csupán 76,9%-a foglalt állást a halál irreverzibilitása mellett, miközben több gyermek válaszaiban megjelent az újjászületés, feltámadás, illetve a mennyországban élhető másféle élet lehetősége.



14. sz. ábra

A 15. sz. ábra diagramja összesíti, hogy korcsoportonként a résztvevő gyermekek hány százaléka felelt helyesen az univerzalitás, az irreverzibilitás és a szeparáció kérdésre, miközben egyetlen testi funkciót sem tulajdonított az elhunynak. Látható, hogy ebben az értelemben teljes, reális halálfogalomról is csupán az 5 évesek közel háromnegyedének tanúskodtak a válaszaik, a többi 3 korcsoportban ez az arány lényegesen alacsonyabb. Jelentős – ám nem szignifikáns – különbség tapasztalható az 5 és 6 évesek teljesítményében: a 6 éveseknek mindössze 53,8%-a adott az univerzalitás, az irreverzibilitás, a szeparáció és a funkcióvesztés megértését is magába foglaló válaszokat. Szignifikáns különbséget tapasztalhatunk a 3 évesek és a többi korosztály, továbbá a 4 évesek és az 5 évesek teljesítménye között ($\chi^2(1)=5,9$, $p=0,015$ a 3 és 4 évesek esetén; $\chi^2(1)=7,5$, $p=0,006$ a 4 és 5 évesek esetén; $p<0,001$ a 3 és 5, illetve 3 és 6 évesek esetén, rendre $\chi^2(1)= 24,239$ és $\chi^2(1)=12,666$; l.: 9.10. sz. melléklet). A teljes mintára vonatkozó keresztábrás elemzés emellett szignifikáns különbséget jelez fiúk és lányok válaszaik között: a lányok lényegesen nagyobb arányban adtak mindhárom aspektus megértésére utaló magyarázatokat, mint a fiúk ($\chi^2(1)=8,109$, $p=0,004$; l.: 9.10. sz. melléklet).



15. sz. ábra

Varianciaanalízis segítségével hasonlítottam össze a halálfogalom egyes aspektusait megértő, illetve nem megértő gyerekeknek a WPPSI- és a Snijders – Oomen-teszt alkalmazott próbáiban elért standard pontszámait. A korábban megfogalmazott hipotéziseim egyike az volt, hogy az egyes kérdésekben jól teljesítő gyerekek sem a verbális, sem a nonverbális szubtesztben nem múlják fel jelentősen kevésbé érett halálfogalommal rendelkező társaikat, vagyis hogy a halálfogalom kialakulása lényegében független a verbális megértéstől és szóikcsterjedelemtől, illetve a vizuális analízis-szintézis, soralkotás készségétől. A varianciaanalízisek eredményeit (9.14. sz. melléklet) az alábbi táblázat foglalja össze:

	WPPSI	SON
Univerzalizitás	p=0,466	p=0,206
Irreverzibilitás	p=0,341	p=0,829
Szeparáció	p=0,08	P=0,229

Mindhárom komponens megértése	p=0,071	P=0,156
Reális halálfogalom (3 komponens + teljes funkcióvesztés)	p=0,394	p=0,178

3. sz. táblázat

Látható, a halálfogalom semelyik aspektusának megértése nem függ össze a gyermekek képességtesztekben nyújtott teljesítményével. Nyilvánvalóan megalapozottabb következtetéseket lehetne levonni, amennyiben a gyermekek teljes intelligenciaprofilja rendelkezésre állna, és részkészségek széles skálájának összefüggéseit vizsgálhatnánk a halálkonceptió árnyaltságával. Ugyanakkor az, hogy sem a verbális, sem a vizuális feladatban elért pontszám nem áll kapcsolatban az elmúlásra adott válaszok nivójával, azt jelzi, hogy a halálfogalom kialakulása, érése egy viszonylag független kognitív fejlődési folyamat következménye lehet. Fontos megjegyezni, hogy bár a vizsgálatba bevont gyerekek nagyjából átlagos intellektussal rendelkeztek (a Kombináció szubtesztben elért értékpontok átlaga 30,3, SD=3,87; a Szókincs szubtesztben elért értékpontok átlaga 8,6, SD=2,98), várható, hogy a halálfogalom megértése csupán egy bizonyos globális képességszint felett független a képességtesztekben nyújtott teljesítménytől, míg a mentális elmaradás jelentősebb szintje maga után vonhatja a halálfogalom fejlődésének késését vagy akár teljes hiányát. Ennek tisztázása további vizsgálatokat igényel.

Ami a mentális működések megszűnését illeti, az előzőekben láthattuk, hogy a mentális állapotok típusa jelentős mértékben befolyásolja, hogy a különböző korú gyerekek tulajdonítják-e az elhunytak az adott mentális állapotot. Az összes vizsgált érzelmet, a vágyat és a percepciót is figyelembe véve mindössze nyolc-nyolc 5, illetve 6 éves, és négy-négy 3, illetve 4 éves gyermek volt, aki egyáltalán nem feltételezett mentális működést az elhunytól; az egyes életkori csoportok teljesítménye között nincsen szignifikáns különbség.

A párhuzamos modelleket tartalmazó válaszok közül összegyűjtöttem azokat a gyermekekét, akik:

- a testi működések megszűnését és a halál univerzális voltát megértették;
- válaszaikban megjelent a lélek továbbélésének lehetősége, ugyanakkor jelezték, hogy ez az elhunynál megtapasztalható funkcióvesztést tényszerűen nem befolyásolja;
- és kifejezték valamilyen módon a vallási és biológiai modell párhuzamosságát, törekedve ezek összeegyeztetésére.

Ezeknél a gyermekeknél gyakori volt az az - egyébként a szülői kérdőívekben is megjelenő – magyarázat, hogy az elhunyt lelke a mennybe kerül Istenhez, vagy pedig valamilyen formában újjászületik. Éppen ezért ezeknek a válaszadóknak egy része amellet foglalt állást, hogy a halott valamilyen formában tovább- vagy újra élhet egyszer („*Igen, a mennyben tovább él.*”; „*Fölmegy a mennybe, ott már kisangyal, leküldi Isten, kisbaba lesz, testvér, felnőtt, és így megy, megy....*”; „*Eljön Jézus, és akkor feltámad a földön.*”; *stb.*), illetve néhányan közülük az újbóli találkozás lehetősége mellett foglaltak állást („*Ha te is meghalsz, a mennyben találkoztok.*”). Emiatt válaszaik az irreverzibilitás és a szeparáció kritériumának nem feltétlenül felelnek meg. Ugyanakkor ezek a gyerekek utaltak valamiképpen a biológiai és vallási modell párhuzamos voltára, pl.: Aki meghalt, azzal lehet-e újra találkozni? – „*Képzletben a mennyekben. A valóságban nem.*”; vagy: Aki meghalt, tud-e mozogni, érezhet-e örömet, szomorúságot stb.? – „*Csak angyalként.*”; vagy: Aki meghalt, az élhet-e újra, lehet-e vele találkozni? – „*Itt a földön? Itt már nem.*”; vagy: „*Eltemetnek, és te felmész az égbe.*”, majd kérdésekre: „*Nem, aki meghalt, nem csinál semmit!*”).

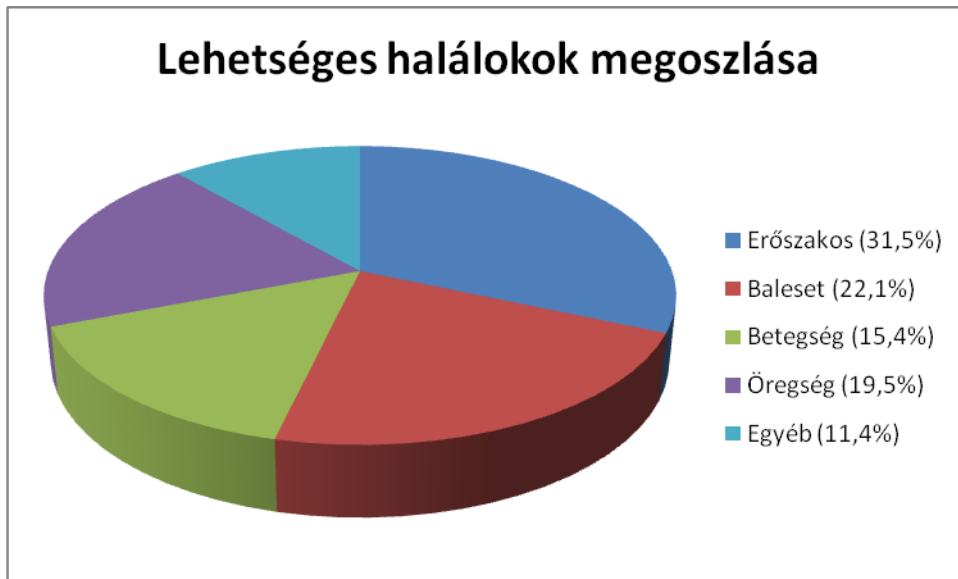
Ezeknek a kritériumoknak összesen 10 gyermek válasza felelt meg, közülök 9-en 6 évesek voltak (8 fiú, 1 lány), egy pedig 5 éves (fiú). Azért érdemes kiemelni ezeket a megoldásokat, mert – mint látni fogjuk – tartalmukban nagyon hasonlítanak a leggyakoribb szülői halálfantáziákra, és bár az úgynevezett reális, érett (felnőtt?) halálfogalomnak nem minden kritérium mentén felelnek meg, ugyanakkor az univerzalitást és a testi funkcióvesztést tartalmazzák, továbbá magukban hordozzák, hogy csak bizonyos, jól definiált körülmények között tartható fenn a reverzibilitás,

illetve az újbóli találkozás fantáziája. Mindezek miatt talán ezek a válaszok közelítik leginkább a Bering és Bjorklund által is vizsgált, felnőttkorban is gyakori kettős halálfantáziákat (Bering et al., 2005). Nem meglepő, hogy a kettős halálfogalomra utaló válaszokat adó gyerekek nagyobb része (10-ből 6-an) feltételezte a megismerő vagy érzelmi funkciók, vágyak fennmaradását halál után. (Egy gyermek, bár a megkérdezett valamennyi mentális működés lehetőségét negálta, a halálra vonatkozó kérdések végén megjegyezte: „*De akkor is fog szeretni. Ha már a csontunk elolvad az úrbe’, ha már semmink nem létezik, akkor is.*”) – A közös ezekben a halálkonceptiókban, hogy a halál utáni életjelenségek lehetősége világosan elválik a testi léttől, és felbukkan a testtől független, különálló – halhatatlan – lélek képe. A válaszok alapján úgy tűnik, hogy ez a test-lélek különbségtétel csak 6 éves kor tájékán jelenik meg a gyerekeknél, a fiatalabbaknál – ha vallási vagy párhuzamos modellnek megfelelő válaszokat is adnak – a túlvilági élet képe még nagyon materialisztikus, sok esetben magába foglal bizonyos testi funkciókat is (pl.: Aki meghalt, tud-e lélegezni/mozogni? – „*Igen.*” – Aki meghalt, annak dobog-e a szíve/az tud-e enni vagy inni? – „*Nem.*” – Aki meghalt, az félhet-e valamitől? – „*Igen. Picit felhők között van, és a vihar ráeshet.*”)

A tisztán biológiai fogalmak mentén gondolkodó gyerekekhez képest az ilyen kettős halálkonceptiót fenntartó gyerekek válaszai a klasszikus kritériumok mentén alacsonyabb nivójónak minősülhetnek, kevésbé közelítik a reális halálkonceptiót, ugyanakkor feltételezik a lélekről mint különálló entitásról való gondolkodás képességét. Feltételezhető, hogy az univerzalitás-irreverzibilitás-szeparáció-funkcionalitás kritériumai mentén végzett vizsgálatok között azért is tapasztalhatók ekkora különbségek a tekintetben, hogy a gyerekek hány éves korra értik meg teljességgel a halál jelenségét, mert a kettős fantáziák fokozatos megjelenése miatt a gyerekek teljesítménye nem feltétlenül nő életkorukkal egyenes arányban. Mint a szülői magyarázatok és egyéni fantáziák elemzésekor látni fogjuk, a felnőttek halálfogalma sem minden esetben meríti ki feltétlenül az úgynevezett reális halálfogalmat, és bár az univerzalitás, testi funkcióvesztés tekintetében egységesek ezek az elképzelések, a lélek halhatatlanságába vetett hit nagyon sok egyéb funkció fennmaradásának, illetve az új életre születésnek, újbóli találkozásnak a lehetőségét eredményezi (és materialisztikus túlvilágképek is előfordulnak).

Ami a kauzalitás kérdését illeti, tapasztalhatóak életkori különbségek a gyerekek válaszainak számában és minőségében: az idősebbek ugyan többször neveztek meg belső – biológiai természetű – okokat, viszont sokszor elfeledkeztek a fiatalabbak által gyakran említett lehetőségekről (pl. balesetek). A kauzális lehetőségek forszírozott soroltatásának potenciálisan szorongáskeltő volta miatt a gyerekekre bízunk, hogy hány alternatívát említenek, így azonban egy-egy életkori csoporton belül is igen különböző válaszsámokat kaptunk. Mindezek miatt fokozottan nehéz annak mérlegelése, hogy egy adott gyermek mélységében érti-e az elmúlás kauzális szempontjait: nem volna helytálló azt mondani, hogy egy magas színvonalú, de csupán belső okokra szorítókozó válasz kevésbé tanúskodik a kauzalitás megértéséről, mint egy lényegesen kevésbé részletes, ugyanakkor külső és belső okra is hivatkozó válasz. Így az elemzést elsősorban arra fókuszáltam, hogy az életkorral hogyan változik az egyes választípusok aránya, és a reális, érett halálfogalom kritériumai közül elhagytam a kauzalitás szempontját. Speece és Brent is csupán a halálfogalom három aspektusát – univerzalitás, szeparáció, irreverzibilitás – elemzik metaanalízisükben, mert az általuk összegyűjtött 35 kutatásnak is ezek voltak a közös pontjai, a további lehetséges komponensek tekintetében nem egységes a szakirodalom (Speece, Brent, 1985).

A megkérdezett 110 gyermekből 92-en adtak tartalmas választ arra a kérdésre, hogy minek következtében halhat meg valaki. A 92 válaszadó összesen 146 lehetséges halálokot nevezett meg. A leggyakrabban említett ok valamiféle erőszakos, más által előidézett halálnem volt, az összes válaszadó 31,5%, vagyis 47 gyermek nevezett meg ilyen típusú okot. Szintén gyakran említett megoldás volt még a baleset (22,1%), az öregség (19,5%), illetve a betegség (15,4%). A 16. számú ábrán látható a leggyakoribb lehetséges halálokok megoszlása. További 11,4% adott az előző kategóriákba nehezen sorolható, atipikus (pl. halálra rémülni), illetve nehezen értelmezhető vagy inadekvát választ („*mert elfáradt a játékban*”; meghalni a szomorúságtól; stb.).



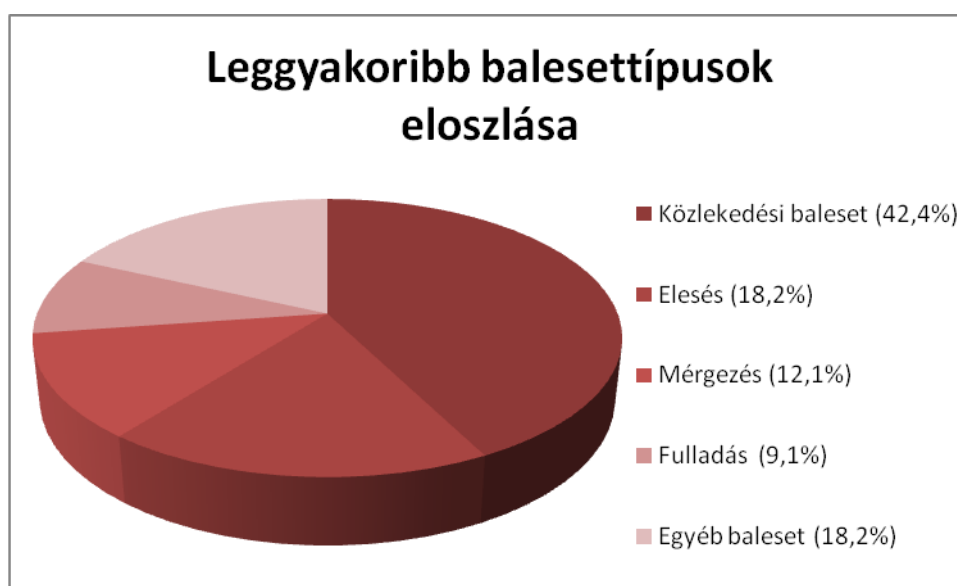
16. sz. ábra

Az erőszakos halálnemek közül leggyakrabban a különböző típusú lőfegyverek (puska, pisztoly, ágyú) általi halált említették a válaszadó gyerekek (53,2%). A második leggyakoribb típus a szúrófegyverek (kés, bicska, kard, lándzsa, szigony stb.) okozta halál volt (21,3%). Megjegyzendő, hogy egy gyermek, egy 5 éves lány említette ebben a kategóriában a szuicídiumot. A válaszadók 19,1%-a nevezett meg ritkább erőszakos halálokot (pl. lefejezés, robbanás), vagy általánosságban a háborút (8,5%). A 17. számú ábrán látható az erőszakos halálokokra hivatkozó válaszok eloszlása.



17. sz. ábra

A balesettípusok közül a legtöbben a közlekedési balesetek valamilyen formáját említették (általában autóbaleset), a balesetre hivatkozó válaszadók összesen 42,4%-a. Gyakran megnevezett balesettípus volt még az elesés / valahonnan leesés (18,2%), a nem szándékos mérgezés (pl. mérges gomba; 12,1%), illetve a fulladás (9,1%). A balesetet mint lehetséges halálokot említők 18,2%-a nevezett meg ritka, nem tipikus balesettípusokat (pl. üvegszilánk, tüske okozta halál; „ráborul a ház vagy a torony”; stb.). A 18. számú ábrán látható a balesetekre hivatkozó válaszok eloszlása.



18. sz. ábra

A felsorolt halálokok száma ez életkor előrehaladtával egyre növekedett: míg a 3 éveseknek csupán 60%-a nevezett meg lehetséges okot, addig az 5 és 6 éves korosztályból összesen egy gyermektől nem érkezett tartalmatlan válasz a kauzalitás kérdésére. A 3 évesek 0,62, a 4 évesek, 1,11, az 5 évesek 1,37, a 6 évesek pedig 1,73 okot neveztek meg átlagosan.

A gyermekek által adott válaszokat két független értékelő az alábbi szempontok szerint kategorizálta:

- tartalmaz-e a válasz az alábbi lehetséges halálokok valamelyikére vonatkozó utalást: idős kor / betegség; amennyiben igen, egyúttal belső oki attribúciót is jelöltünk;

- tartalmaz-e a válasz az alábbi lehetséges halálokok valamelyikére vonatkozó utalást: baleset / erőszakos halál; amennyiben igen, egyúttal külső oki attribúciót is jelöltünk.

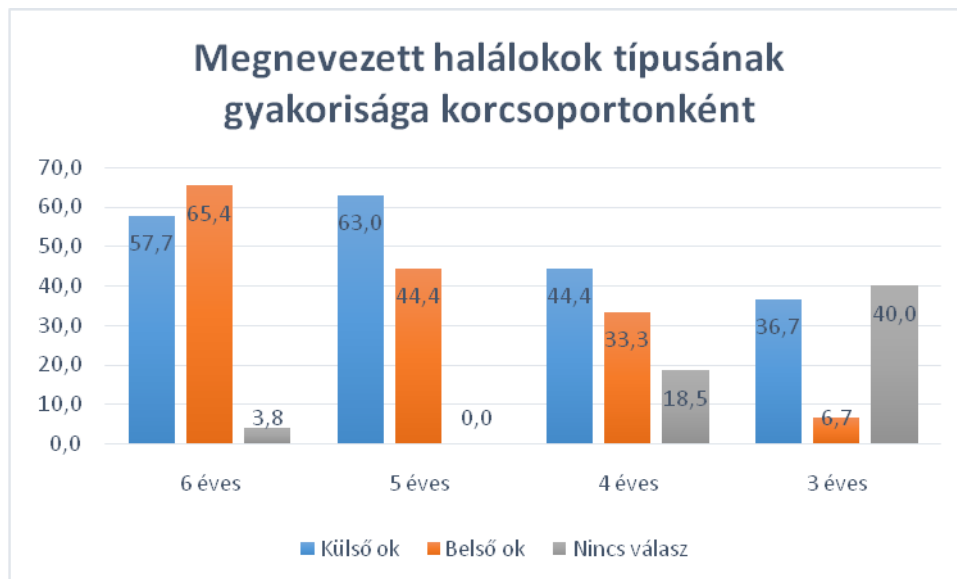
Az értékelők közötti egyetértés minden szempont mentén elfogadható volt a Cohen-féle kappa értékei rendre a következők voltak: öregség – 0,896; betegség – 0,921; baleset – 0,865; erőszakos halál – 0,823 (9.25.7. sz. melléklet). Az eltérően besorolt válaszok végső értékelése megvitatást követően, konszenzus alapján történt.

Nagy volt az életkori csoportok közötti különbség a halálokok típusának szempontjából is. A 19. számú ábrán látható, hogy 3-5 éves kor között mind külső, mind a belső okok megnevezésének gyakorisága emelkedő tendenciát mutat, de mindhárom korcsoport külső okokat említ gyakrabban. Ez a tendencia a 6 éveseknél fordul meg: itt már belső, biológiai jellegű okokat (öregség, különféle betegségek, akár nevesítve is, szervek működésének megszűnése) már a gyerekek 65,4%-a említ, míg a külső okok (erőszakos halálnemek, balesetek) valamivel ritkábban fordulnak elő (57,4%), mint az 5 évesek magyarázataiban (63%).

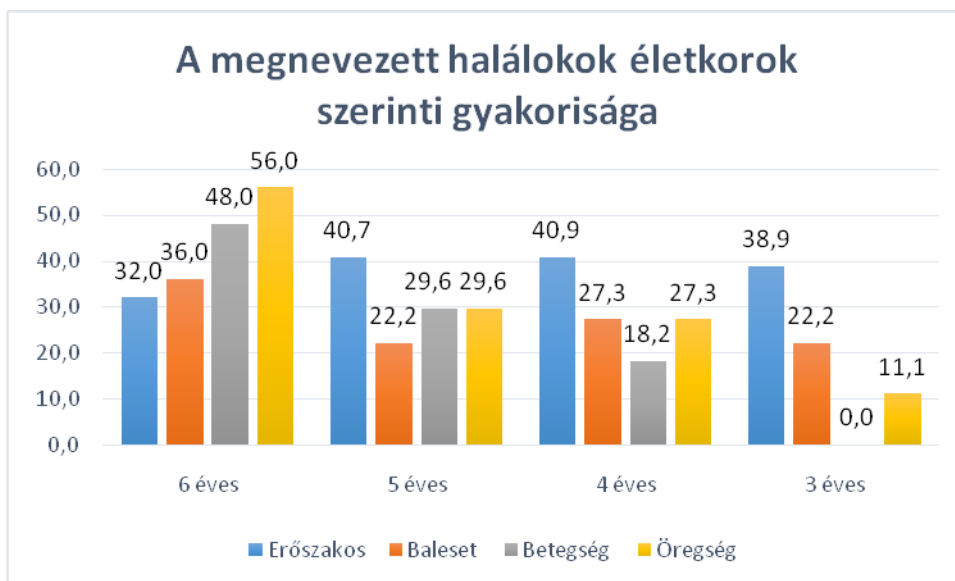
A kauzalitás kérdésére tartalmas választ adók válaszainak jellegét a 20. számú ábra mutatja, korcsoportonkénti lebontásban. Látható, hogy a 3, 4 és 5 évesek körében az erőszakos halálnemek említési gyakorisága a legmagasabb (38,9-47,7%), míg a 6 éveseknél valamivel ritkábban fordul elő (32%). A baleseteket a 3-5 éves korosztály 22,2-27,3%-a említi, míg a 6 éveseknél valamelyest gyakoribb ez a választípus (36%). A betegség mint indoklás előfordulása az életkorral monoton növekszik: míg a 3 évesek körében gyakorlatilag nem fordul elő ez a választípus, addig a 4 évesek 18,2%-a és az 5 évesek 29,6%-a említi, a 6 évesek körében pedig ez a második leggyakrabban megnevezett ok (válaszadók 48%-a). A másik gyakori belső ok, az idős kor említési gyakorisága is szigorúan monoton növekvő tendenciát mutat: a 3 évesek által adott válaszoknak csak 11,1%-ában jelenik meg, a 4 és 5 éveseknél ez az arány már 27,3%, illetve 29,6%, a 6 éveseknél pedig ez a leggyakrabban előforduló kauzális tényező (válaszok 56%-ában).

A különféle kauzális válaszok korcsoportonkénti keresztábrás elemzése (9.15. sz. melléklet) elsősorban a belső okok említése szempontjából mutatott eltéréseket az egyes életkori csoportok között. Az idős kort a 3 évesek szignifikánsan ritkábban nevezték

meg lehetséges okként, mint az 5 és 6 évesek (3 és 5 évesek: Fisher-féle próba - $\chi^2(1)=5,180$, $p=0,035$; 3 és 6 évesek: $\chi^2(1)=15,19$, $p<0,001$). Hasonló különbség jelentkezett a 4 és 6 éves gyermekek csoportja között is ($\chi^2(1)=5,638$, $p=0,01$). A betegség mint lehetséges halálok esetében szintén a 3 és 5, a 3 és 6, továbbá a 4 és 6 évesek teljesítményében tapasztalható szignifikáns különbség (3 és 5 évesek: Fisher-féle próba - $\chi^2(1)=7,390$, $p=0,01$; 3 és 6 évesek: $\chi^2(1)=14,328$, $p<0,001$; 4 és 6 évesek: $\chi^2(1)=6,173$, $p=0,013$). Az összes lehetséges belső ok említésében különbözött a 3 évesek és minden további korcsoport, illetve a 4 évesek és 6 évesek teljesítménye (3 és 4 évesek: $\chi^2(1)=6,489$, $p=0,011$; 3 és 5 évesek: $\chi^2(1)=10,946$, $p=0,002$; 3 és 6 évesek: $\chi^2(1)=21,422$, $p<0,001$; 4 és 6 évesek: $\chi^2(1)=5,445$, $p=0,020$). A külső okok említése szempontjából nem volt lényeges eltérés az egyes csoportok között, az összes lehetséges külső okot figyelembe véve egyedül a 3 és 5 évesek teljesítménye között jelentkezett enyhe, ám szignifikáns eltérés ($\chi^2(1)=3,932$, $p=0,047$). Ez utóbbi azonban elsősorban abból adódhat, hogy a 3 éves közül eleve kevesen adtak bármiféle kauzális választ (és az is többnyire külső ok volt), míg a megnevezett okok száma az életkorral egyre nőtt.



19. sz. ábra

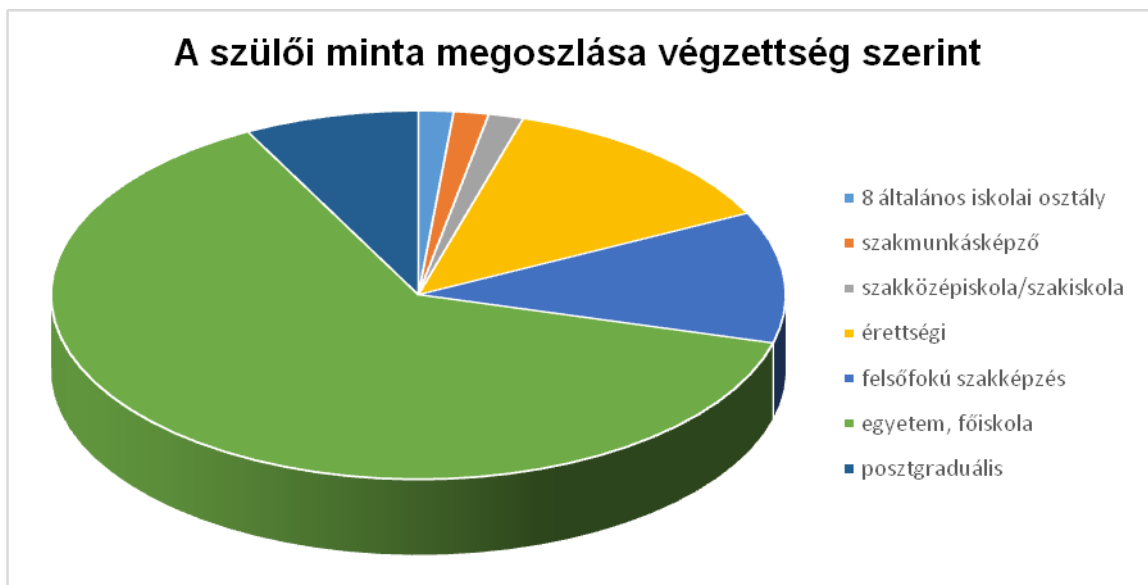


20. sz. ábra

A szülői kérdőívek eredményei, tapasztalatai

A szülői kérdőív online vagy papír alapú formáját kitöltő 130 szülő átlagéletkora 36,1 év volt, SD=4,8 év szórás mellett. A kitöltők nemi eloszlása meglehetősen egyenetlen: az online felületen válaszoló 67 szülő közül 17-en voltak férfiak, 50-en nők; míg az óvodákban kiosztott kérdőívek 63 kitöltője között csupán 5 férfi volt, és 58 nő. A kiegyenlített nemi arány háttérében többféle ok állhat: egyrészt a téma természetéből fakadóan elképzelhető, hogy az anyák érintettebbnek érezték magukat a kérdésben, valószínűsíthetően gyakrabban vesznek részt az élet és halál témáját érintő, gyermek kezdeményezte beszélgetésekben, nagyobb szerepet vállalnak az ehhez hasonló, érzelmileg megmozgató, bizalmas kérdések családon belüli kommunikációjában. Másfelől az óvodapedagógusok is sok esetben gyakrabban találkoznak a gyermek édesanyjával, mint édesapjával, rendszeresebben tartják a kapcsolatot, így a kérdőívek zöme az anyák kezébe került. Harmadrészt – amint az a kérdőívekből, illetve az azt követő szülői konzultációkból kiderült – a válaszadók jelentős hányadát képezték azok az édesanyák, akik nem gyermekük édesapjával élnek jelenleg, hanem új párkapcsolatban, vagy egyedülállóként nevelik gyermeküket, így nagyobb valószínűséggel vesznek részt ilyen jellegű beszélgetésekben, mint az édesapák. (Gyermekeit saját háztartásában egyedül vagy új párkapcsolatban nevelő apáról nincs információnk a mintában.)

A szülői minta végzettség és településtípus szempontjából sem reprezentatív. A válaszadók 70,8%-a legalább egy főiskolai vagy egyetemi diplomával (7,7%-uk posztgraduális végzettséggel is) rendelkezik. A papír alapú verziót kitöltő szülők zöme – nem meglepő módon – a vizsgálat helyszínéül szolgáló megyeszékhelyen él, az online válaszadók esetében lényegesen szórtaabb a minta. A teljes mintamegoszlását végzettség és lakhely szempontjából a 21. és 22. számú ábra mutatja.



21. sz. ábra – A szülői minta megoszlása településtípus szerint



22. sz. ábra – A szülői minta megoszlása településtípus szerint

A kérdőívet kitöltő 130 szülő 75-en válaszolták azt, hogy legalább közepesen fontos a vallás az életükben (5 fokú Likert-skálán legalább 3-asra értékelték). Közülük 45-en római katolikusok, 9-en reformátusok, 2-en evangélikusok, 1 fő a görög katolikus egyházhoz, 1 fő pedig a Hit Gyülekezetéhez tartozónak vallotta magát. (17-en egyéb, pontosan meg nem nevezett egyházhoz/felekezethez sorolták magukat.) A szülő vallásossága, egyházának tanításai nyilvánvalóan formálják mind a szülő saját halálfantáziáit, mind a gyermekeknek adott magyarázatokat. Ugyanakkor a vallásosság és a halálattitűd, halálszorongás kapcsolata is érdekes, sokat vitatott kérdés. Leming fordított U alakú összefüggést tapasztalt a vallásosság és a halálfélelem mértéke között, melyet azzal magyarázott, hogy a szorongás forrása elsősorban a bizonytalanság, ezért a meggyőzésében szilárd hívő és ateista is kisebb halálszorongást él át, mint a kétségekkel küszködők (Leming, 1980). Békés Vera Anna 2003-as vizsgálatában magyar mintán tesztelte ezt az elképzelést, de nem talált kapcsolatot a halálfélelem és a vallásos meggyőzés között, ugyanakkor kimutatta, hogy az erősen vallásos vizsgálati személyek halálattitűdjét jobban jellemzi az elfogadás, mint a kevésbé vallásosokét (Békés, 2003). Noha a vallásosság nagyon sokrétű kérdését kevésbé lehet megragadni egyetlen ötfokú skálán jelölt válasszal, érdemes megjegyezni, hogy jelen mintában az elvégzett varianciaanalízis szignifikáns különbséget jelzett a vallás legalább közepes mértékben fontosnak érző szülők, illetve a vallást kevésbé vagy egyáltalán nem fontosnak érző szülők Lester-pontszámai között ($p=0,019$; l.: 9.16. sz. melléklet). Anélkül, hogy ebből az eredményből túlságosan messzemenő következtetéseket vonnánk le, megkockáztatható a feltevés, hogy a vallás kínálta fogódzkodó, túlvilág-fantáziák pozitívan befolyásolják a magukat hívőnek tartó szülők attitűdjét a téma iránt.

A kérdőívek tanúsága szerint a 130, 3 és 6 év közötti gyermek közül 75-nek a családjában történt haláleset a gyermek születése óta (a 67 online kitöltő közül 44-en, a papír alapú kérdőív megválaszolóitól 31-en adtak „igen” választ erre a kérdésre). Közeli veszteségként értékeltem mindezek közül azokat a veszteségeket, melyek:

- a szóban forgó gyermek 3 éves korát követően történtek,
- és ahol ez elhunyt közepes vagy erős érzelmi kapcsolatban állt a gyermekkel (5 fokozatú Likert-skálán értékelve legalább 3).

Az összes veszteség nagyjából fele sorolható ezek alapján a közeli veszteség kategóriájába: a két szülői csoport esetén rendre 23 (online), illetve 14 (papír-ceruza); a teljes mintán 37 esetben. A 37, gyermeket közelről érintő személyi veszteségről beszámoló szülő közül 6-an nyilatkoztak úgy, hogy gyermekük részt vett az elhunyt temetésén.

A korábbi veszteségek esetén sokféle érvet soroltak fel a szülők mellett, hogy miért vitték, avagy nem vitték el gyermeküket a temetésre. A leggyakoribb magyarázatokat az alábbi táblázat foglalja össze:

	Közeli veszteség	Nem közeli veszteség
Részvétel mellett szól	<ul style="list-style-type: none"> - közös élményben, rituáléban való részvétel fontos, mert: <ul style="list-style-type: none"> * ez is az élet természetes része * fontos a búcsú lehetősége miatt, a gyászfeldolgozás megkönnyítése érdekében * példát lehet mutatni a gyerekek, hogyan élheti meg a szomorúságot 	<ul style="list-style-type: none"> - nem volt a gyermeket kire hagyni (illetve ugyanazok az érvek, mint közeli veszteség esetén)
Részvétel ellen szól	<ul style="list-style-type: none"> - túl fiatal a gyermek hozzá... <ul style="list-style-type: none"> * és érzelmileg nagyon megterhelné egy ilyen szomorú esemény, a síró rokonok látványa, nem értené meg a helyzetet * nem tudna megfelelően viselkedni a hosszú szertartás alatt, zavarná azt - a szülőnek magának rossz emlékek, félelmek társulnak a temetéshez, vagy a saját gyásza az adott helyzetben túl intenzív, hogy a gyermekét is kezelni 	<ul style="list-style-type: none"> - nincs érzelmi kötődés (illetve ugyanazok az érvek, mint közeli veszteség esetén)

	<p>tudja</p> <ul style="list-style-type: none"> - a szülő szerint felesleges, értelmetlen szertartásról van szó - egyéb külső körülmények: nagy földrajzi távolság (pl. külföld), szélsőséges időjárási körülmények, családi konfliktusok, betegség stb. 	
--	--	--

4. sz. táblázat - A gyermek temetésen való részvétele mellett és ellen szóló leggyakoribb érvek

Arra a kérdésre, hogy ha most történne a családban haláleset, elvinné-e gyermekét a temetésre, hasonló válaszok születtek (az incidentális külső körülmények felsorolását leszámítva); a 130 válaszadóból 54-en válaszolták, hogy közeli veszteség esetén támogatnák gyermekük részvételét a szertartáson (többen a gyermek döntésétől tennék függővé).

A korábbi veszteség idején sok esetben olyan, előre nem tervezhető, esetleges akadály miatt nem vett részt a gyermek a temetésen, mint egy betegség vagy a szélsőséges időjárás, így nem várható, hogy a korábban hozott döntésekben jelentős mértékben tükröződik a szülő halállal kapcsolatos attitűdje. Ezzel szemben a szülők jelenlegi vélekedése, gyermekük temetésen való részvételének szorgalmazása vagy elutasítása feltehetően összefügg halálszorongásuk mértékével. – Az elvégzett varianciaanalízisek eredményei ezt igazolják: a gyermekek korábbi részvétele nem áll szoros kapcsolatban a kérdőívet kitöltő szülőjük Lester-pontszámával, ugyanakkor szignifikáns a kapcsolat egy, a közeljövőben esetleg bekövetkező veszteség esetén elővételezett döntésük és halálattitűdjük között ($p=0,19$ és $p=0,048$; l.: 9.17. sz. melléklet).

A ténylegesen megfogalmazott, illetve hipotetikus gyermeki kérdésekre adott szülői válaszokat kategorizáltuk aszerint, hogy csak biológiai tényeket, csak vallási vagy spirituális motívumokat tartalmaznak-e (egységes modellek), avagy ezeknek valamiféle elegyét (kevert). Az értékelők közötti egyetértés magas szintű volt, a Cohen-féle kappa

értéke 0,871 (9.25.8. sz. melléklet). Az eltérően besorolt válaszok végső értékelése megvitatást követően, konszenzus alapján történt.

Hat olyan szülő volt, aki bár tisztán biológiai vagy kevert magyarázatot adott, de elmondta gyermekének, hogy saját vélekedésein túlmenően milyen elképzelések, fantáziák léteznek még a halállal kapcsolatban, mások miben szoktak hinni – nyitva hagyva gyermekének a választás lehetőségét.

A szülők által adott magyarázatok eloszlását – a Rosengrenék által tapasztaltakhoz viszonyítva – az 5. számú táblázat tartalmazza.

	Szülők (n=70) (Rosengren, Schein, Gautiérrez, 2014b)	Szülők (n=126 [tartalmaz válaszok]) JELEN VIZSGÁLAT
Biológiai/természettudományos	22,9%	15,1% (3,2% több választási lehetőséget is felvázol)
Vallásos	37,1%	42,9%
<i>Egységes modellek összesen</i>	60%	57,6%
<i>Párhuzamos modellek összesen</i>	40%	42,1% (1,59% több választási lehetőséget is felvázol)
Biológiai elemeket tartalmazó	62,8%	57,1%

modellek összesen		
Vallásos elemeket tartalmazó modellek összesen	77,1%	84,9%

5. sz. táblázat

Látható, hogy az egyes modellek gyakorisága hasonló a két mintában, bár jelen vizsgálatban megfigyelhető a vallásos elemeket is tartalmazó válaszok enyhe túlsúlya a Rosengrenék által tapasztaltakhoz képest, amit a két minta korábban elemzett különbségei nem feltétlenül indokolnak. Bár a gyakoriságkülönbség nem jelentős, különösen annak fényében érdekes, hogy a gyermekek válaszaiban pedig ritkábban fordultak elő vallásos motívumok az egyesült államokbeli mintával összehasonlítva; ez az ellen a feltevésünk ellen szól, hogy a szülői implikációk visszaköszönnék az adott korosztály halálmagyarázataiban.

Az összes kitöltő által adott magyarázatok 79,2%-a implikálta valamiképpen a lélek továbbélésének lehetőségét. Az elhunynak leggyakrabban a percepció készségét tulajdonították (lát téged, figyel, meghall), ez a magyarázatok 33,8%-ában jelent meg. A válaszok 15%-a implikálta valamely – elsősorban pozitív - emóció lehetőségét (együtt örül velünk, nagyon boldog ott, ahol most van, szeret téged stb.). Ennél valamivel többen, a válaszadók 20%-a fogalmazott meg olyan magyarázatot, amely szerint az elhunyt valamiképpen segíti az életben maradottakat, vigyáz rájuk. A materialisztikus, konkrét cselekvéseket, helyszíneket implikáló magyarázatok aránya igen alacsony volt, csupán a szülők 3,8%-a adott ilyen típusú választ („*Visszatérnek Mennyei Atyánkhoz és Jézus Krisztushoz. Ha jól viselkedtek, akkor boldogok lesznek (...), ha viszont nem jól viselkedtek, akkor Mennyei Atyánk és Jézus Krisztus nagyon csúnyán fog rájuk nézni, és talán még azt sem fogja megengedni, hogy tévét nézzenek.*”; „*Lógatják a lábukat a felhőkről.*”; stb.). A halott szerettünkkel való újbóli találkozás lehetőségét a szülői magyarázatok 12,3%-a foglalta magába.

A 130 kitöltő közül 13-an üresen hagyták a személyes halálfantáziára vonatkozó kérdést, további 20 válasz pedig nem adott egyértelmű útmutatást azzal kapcsolatban, hogy a szülő hisz-e a lélek továbbélésének valamely formájában. Ezek a tartalmilag nehezen besorolható válaszok elsősorban bizonytalanságáról, a kérdésfeltevés

hárításáról, tartózkodó vagy éppen humorizáló attitűdről árulkodnak (pl. „*Van bennem némi kíváncsiság, de egyelőre nem szeretném kielégíteni.*”; „:-) ...*remélem végre kialhatom magam! :-)*”; „*Nincs konkrét elképzelésem.*”; „*Semmi jó.*” stb. – A szülői válaszokból a teljesség igénye nélkül készült válogatás olvasható a 8. számú mellékletben.).

A tartalmilag jól értékelhető válaszok 76,3%-a utalt a válaszadónak a lélek továbbélésére vetett hitére, míg 23,7%-uk foglalt egyértelműen állást a teljes megsemmisülés mellett. A lélek továbbélését implikáló fantáziák tartalmilag nagyon különbözőek voltak, az alábbi válaszok voltak leggyakoribbak:

- a lélek a Biblia tanításának megfelelően halhatatlan, halálunk után (vagy az utolsó ítéletkor) Isten színe elé kerülünk, és - cselekedeteink függvényében - örök boldogság (vagy szenvedés) várhat ránk;
- a lélek a halál után új testbe költözik, hogy új feladatot tölthessen be, ezt megelőzően esetleg valamely köztes térben várakozik;
- az előző két elképzelés elegye: halálunk után egy ideig a mennyben várakozik a lelkünk, míg Isten úgy nem dönt, hogy egy új testben ismét le kell születnie a Földre;
- a lélek energiaként, „energiacsomóként” való továbblétezése; az elhunyt lelke egy közelebről meg nem határozott „új dimenzióba” lép.

A szülők saját halálfantáziája az esetek többségében nagy vonalakban egybeesett a gyermeknek adott magyarázatokkal. Diszkrétánsnak ítélem egy gyermeknek adott magyarázatot abban az esetben, ha

- a szülő nem hisz a lélek továbbélésének semmilyen formájában, de gyermekének adott válasza implikálja a léleknek, illetve a mentális funkcióknak a fennmaradását, esetleg az ismételt találkozásnak e lehetőségét; vagy ha
- a szülő ugyan hisz a lélek továbbélésének valamilyen formájában, de gyermekének adott magyarázata ettől tartalmilag lényegesen különbözik. Utóbbinak tipikus példája, amikor a szülő a reinkarnáció valamely formájában hisz (lélek a halált követően valamely köztes térben várakozik, hogy újra testet ölthessen), míg

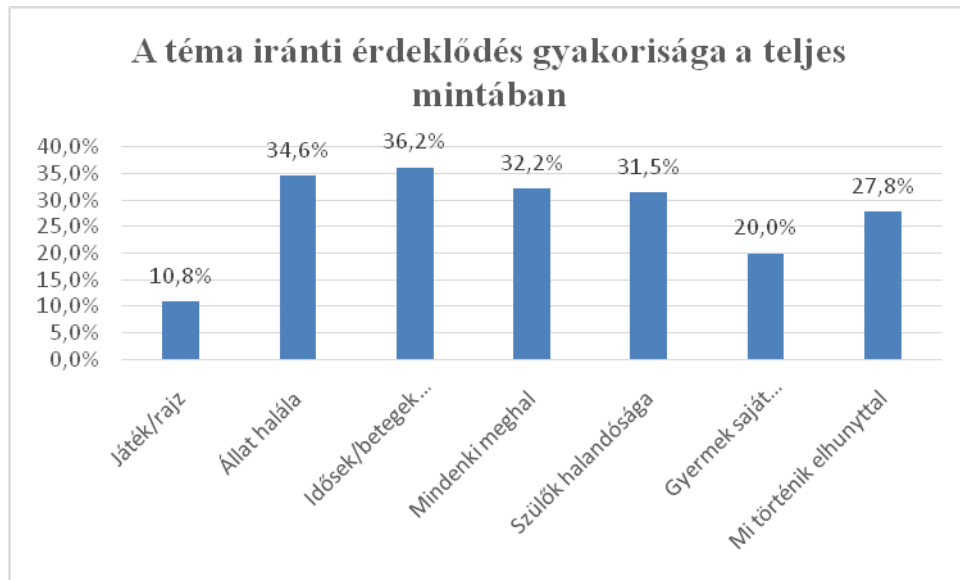
gyermekének adott magyarázata elsősorban bibliai motívumokat tartalmaz (az elhunyt a mennyországba jut, Jézuskához, ott él tovább, pl. angyalként stb.).

Két független megítélő értékelt a szülői válaszokat a leírt szempontok mentén. Az értékelők közötti egyetértés elfogadható mértékű volt, a Cohen-féle kappa értéke 0,846 (9.25.5. sz. melléklet). Az eltérően besorolt válaszok végső értékelése megvitatást követően, konszenzus alapján történt.

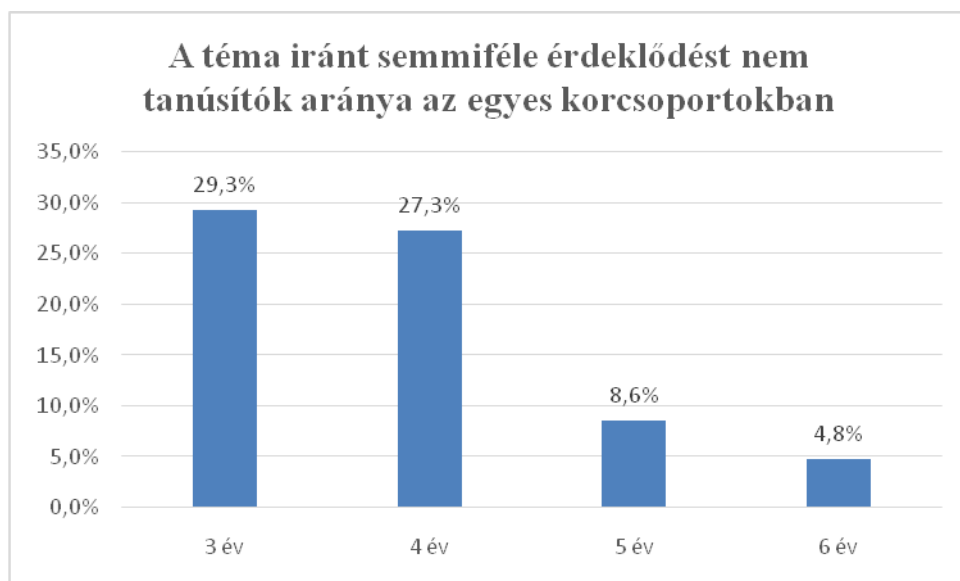
Feltételeztem, hogy abban az esetben fordulnak elő ezek a diszkrepáns magyarázatok, amennyiben a szülő saját személyes meggyőződését túlságosan fenyegetőnek, szorongáskeltőnek véli ahhoz, hogy gyermekével meg tudja osztani. Ez esetben viszont a szülő valószínűsíthetően negatívabb halálattitűddel, erősebb halálszorongással rendelkezik, mint azok a szülők, akik autentikus válaszokat adnak gyermekeik kérdéseire. – A feltételezés tesztelésére varianciaanalízis segítségével hasonlítottam össze a gyermeküknek diszkrepáns, illetve autentikus magyarázatot adó szülők Lester-pontszámait. A két minta átlagpontszámában szignifikáns különbséget jelzett az elvégzett statisztikai próba, $p=0,001$ szignifikanciaszint mellett (l. 9.18. sz. melléklet). A logisztikus regresszió tanúsága szerint ráadásul a Lester-skálán elért magasabb pontszám jó előrejelzője a gyermeknek adott őszintétlen, meggyőződés nélküli válasznak ($p=0,003$, $\text{Exp}(B)=2,076$). Ez a nagyon fontos eredmény azt jelzi, hogy a szülő szorongása megakadályozhatja, hogy a témáról hiteles beszélgetés alakuljon ki a gyermekkel, s végső soron a tabuképződés irányába hathat.

A szülői kérdőívben a kitöltőknek nyilatkozniuk kellett arról, hogy gyermekük tanúsított-e már érdeklődést a halál témája iránt, és ha igen, milyen formában. Várakozásainknak megfelelően az életkor előrehaladtával egyre csökkent azoknak a gyerekeknek az aránya, akik semmiféle érdeklődést nem mutattak az elmúlással kapcsolatban: míg a 3 évesek közt 29,3% volt ezeknek a gyerekeknek az aránya, addig a 6 évesek körében csupán 4,8% (egyetlen 6 éves gyermekkel rendelkező szülő írta azt a kérdőívben, hogy gyermekét sosem foglalkoztatta még a kérdés). Megjegyzendő azonban, hogy már a hároméveseknek 46,7% érdeklődött a halál univerzalitásáról (mindenki meghal-e egyszer), 40%-uk kérdezett a szülők, és 33,3%-uk a saját halandóságukról. A téma iránt megnyilvánuló érdeklődés különféle típusainak

gyakoriságát szemlélteti a 23. számú ábra. A 24. számú ábrán látható, hogy az egyes korcsoportokban milyen gyakran számoltak be a szülők a gyermek téma iránti közömbösségéről (mindenféle kérdés, ráutaló viselkedés hiánya).



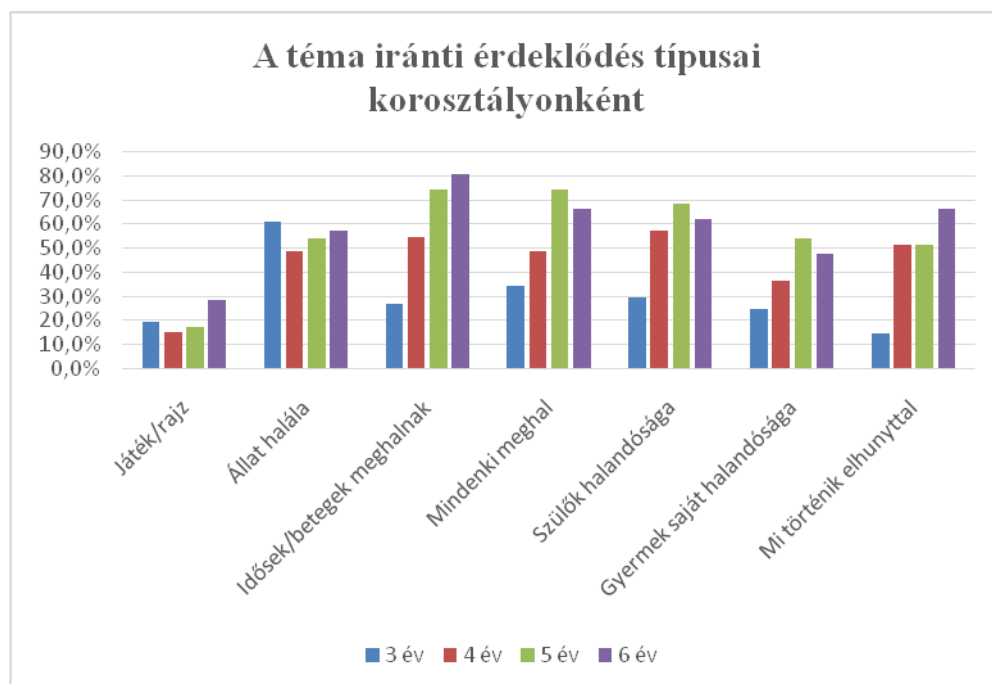
23. sz. ábra



24. sz. ábra

A vizsgálat módszertani gyengesége, hogy ezekben a kérdésekben csak a szülők visszaemlékezéseire hagyatkozhatunk, vagyis az adatok értelmezésekor mindenképpen

számolnunk kell lehetséges felidézési torzítással, aminek többféle oka is lehet. Joggal várhatnánk, hogy az érdeklődés mindenféle formája az egyre idősebb életkori csoportokban egyre nagyobb arányban fog előfordulni – és valóban ez a helyzet a legtöbb esetben, kivéve néhány kérdéstípusnál (mindenki meghal-e egyszer, szülők meghalnak-e egyszer, gyermek maga meghal-e egyszer), ahol a szülői válaszok tanúsága szerint a 6 éveseknek valamivel kisebb hányada tette fel ezeket a kérdéseket, mint az 5 éveseknek. A tapasztalt különbségek nem jelentősek, és adódhatnak a viszonylag alacsony mintaszámból (csupán 21 hatéves gyermek szülője töltötte ki a kérdőívet), de figyelembe kell venni azt a lehetőséget, hogy 5 éves kor körül a gyerekek talán feltűnően gyakran tesznek fel hasonló kérdéseket, így az ő szüleik számára jobban hozzáférhető az ezzel kapcsolatos emlék, mint a valamivel idősebb gyermeket nevelő szülők számára.



25. sz. ábra

Előzetes hipotéziseink értelmében a szülő halálattitűdje is befolyásolja ezeknek a témáknak az előfordulását a családon belül: várható, hogy azokban a családokban kerül sor inkább hasonló beszélgetésekre, ahol a szülő halálattitűdje pozitívabb, nem küzd erős halálszorongással. A hipotézis tesztelésére varianciaanalízis segítségével

összehasonlítottam minden kérdéstípus esetében a kérdést feltevők és nem feltevők szüleinek Lester-pontszámát. Az eredményeket az alábbi táblázat foglalja össze, a $p < 0,05$ alatti szignifikanciaértékek sötéttel jelölve (részletes statisztikai próbák a 9.19. sz. mellékletben):

Érdeklődés típusa	Szignifikanciaszint
<i>Rajzában, játékában megjelenik a halál témája</i>	p=0,095
<i>Találkozott elhullott állatokkal, kérdéseket tett fel</i>	p=0,974
<i>Kérdezte már, hogy az idősek meghalnak-e egyszer</i>	p=0,786
<i>Kérdezte már, hogy mindenki meghal-e egyszer</i>	p=0,022
<i>Kérdezte már, hogy a szülei meghalnak-e egyszer</i>	p=0,04
<i>Kérdezte már, hogy önmaga meg fog-e halni egyszer</i>	p=0,013
<i>Kérdezte már, hogy mi történik a halál után az elhunytal</i>	p=0,26
<i>Egyáltalán nem érdeklődött a téma iránt</i>	p=0,068

6. sz. táblázat

A kapott eredmények összecsengenek a korábbi, lényegesen kisebb mintán tapasztalt kommunikációs mintázatokkal (Tóth, 2014). Úgy tűnik, hogy a szülő halálatitűdjétől függetlenül megjelennek bizonyos témák a gyermekkel zajló beszélgetésekben, de inkább általánosságban, a téma egy távolított, személytelenebb formájában: állatok vagy idős, beteg emberek kapcsán. Szintén nem tapasztalható összefüggés a haláltéma rajzban, játékban való megjelenése és a szülő attitűdje között. Ugyanakkor a halál univerzalitásának, és különösképpen magának a gyermeknek, illetve szüleinek halandósága, úgy tűnik, csak azokban a családokban kommunikálható akadálytalanul, ahol a szülő halálszorongása nem jelentős.

Ismét szót kell ejteni a felidézési torzításból adódó hibalehetőségekre: elképzelhető, hogy a családon belüli kommunikáció mennyisége magas szülői szorongás esetén

objektíve nem sokkal kevesebb, mint alacsony szorongásszint esetén, viszont a szülő – negatív halálattitűdjéből adódóan – *nehezebben fér hozzá ezekhez az emlékekhez*. Amennyiben ezekben a családokban valóban kevésbé hajlamosak a gyerekek a halálról kérdezni szüleiket, az ismét a szülői attitűd tabuképző hatását jelzi. Amennyiben csupán felidézési torzításról van szó, ez a hatás kevésbé egyértelmű, de jelzés értékű, hogy a szülő nem fér hozzá a témával kapcsolatos emlékeihez; ez is nehezítheti a téma kommunikációját a családon belül.

A szülői kérdőív néhány iteme olyan gyermeki magatartásformára vonatkozott, melyeket jelzés értékűnek találtam a gyermeki/szülői halálszorongás szempontjából (7. számú hipotézis). Ilyen volt egyrészt a gyermek félelme a felnövéstől, másrészt a tárgyi veszteségektől. A tárgyi veszteségtől való szokatlan félelmet abban az esetben jelöltem, ha a szülői beszámoló szerint a gyermek:

1. erős, a szülő számára érthetetlenérzelmi kitöréssel vagy vigasztalhatatlan szomorúsággal reagált olyan tárgy(ak) elvesztésekor, mely(ek)
2. sem tárgyi, sem érzelmi szempontból nem képviseltek különösebb értéket (nem régi kedves játék, átmeneti tárgy, fontos személytől kapott apróság stb.), s így könnyen pótolhatók lehettek volna; ezek nagyon gyakran a szülő szemében szemétnek minősülő apróságok (csokipapír, faág, kavics, buszjegy, jégkrémpálca stb.) voltak.

Két független megítélő értékelt a szülői válaszokat a leírt szempontok mentén. Az értékelők közötti egyetértés elfogadható mértékű volt, a Cohen-féle kappá értéke 0,803 (9.25.6. sz. melléklet). Az eltérően besorolt válaszok végső értékelése megvitatást követően, konszenzus alapján történt.

A felnövéstől való félelmet a kérdőív eldöntendő kérdésére adott szülői válaszok alapján jelöltem.

Varianciaanalízis segítségével hasonlítottam össze a tárgyi veszteségtől és a felnövéstől féltő, illetve nem féltő gyermekek csoportját a szülők Lester-pontszáma mentén (9.20. sz. melléklet). A felnövéstől való félelem esetében nem tapasztaltam különbséget a két szülői csoport pontszámában ($p=0,479$), ugyanakkor a veszteségtől féltő gyermekek

szülei szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a Lester-skálán, vagyis halálattitűdjük negatívabb, mint a veszteségektől nem féltő gyermekek szüleié ($p=0,025$). Az elvégzett logisztikus regresszió tanúsága szerint ráadásul a szülők Lester-pontszáma meglehetősen jól diszkriminálja a tárgyi veszteségtől indokolatlan mértékben féltő gyermekek csoportját kortársaiktól ($p=0,028$, $\text{Exp}(B)=1,563$).

A szülő-gyermek párosoktól származó adatok elemzése

Az összetartozó szülő-gyermek párosokra vonatkozó adathalmaz a visszaküldött szülői kérdőívek alacsony száma miatt lényegesen kisebb volt, mint akár a gyermekektől, akár a szülőktől származó adathalmaz: összesen 61 páros adatai álltak rendelkezésre. A mintában a gyermekek átlagos életkora 4,72 év volt ($SD=1,01$ év), a szülőké pedig 35,8 év ($SD=4,69$ év). A 61 gyermek közül 17-en voltak 3 évesek, 15-en 4 évesek, 16-an 5 évesek és 13-an 6 évesek.

A szülők által jelzett korábbi, közeli veszteségek, vagyis a gyermekek által megtapasztalt halálesetek, illetve a témával kapcsolatos tudás és érdeklődés kapcsolatát keresztábrák elemzéssel vizsgáltam. Mind a halálfogalom kifarrottságát, mind a halál iránti érdeklődést befolyásolja a gyermekek életkora: minél idősebb, annál nagyobb valószínűséggel érti a halálkonceptió különféle aspektusait, illetve annál nagyobb valószínűséggel kezdeményez beszélgetéseket ebben a témában. Ugyanakkor a korábbi veszteségek megléte is összefügghet az életkorral, hiszen minél idősebb a gyermek, annál nagyobb az esélye, hogy születése óta bekövetkezett haláleset a családban. Ezért mindenekelőtt megvizsgáltam, hogy ez egyes életkori csoportokban a gyerekek megtapasztaltak-e már közeli veszteséget (betöltött 3 éves kor felett legalább közepes erősségű kapcsolat az elhunytal), és a 4 év alattiak között egyetlen ilyen gyermeket sem találtam (4 évesek 26,7%-a, 5 évesek 25%-a, 6 évesek 38,5%-a volt érintett). A 4-6 évesek adataira elvégzett chí-négyzet próbák azt jelezték, hogy a közeli veszteséget már átélt és még nem átélt gyermekek teljesítményében nincsen különbség a halálfogalom egyetlen aspektusa mentén sem (a Fisher-féle próbához tartozó szignifikanciaértékek rendre: univerzalitás – $p=1,000$; irreverzibilitás – $p=0,242$; szeparáció – $p=0,152$; 1. 9.21. sz. melléklet). Hasonlóan nem sikerült kimutatni szignifikáns összefüggést a megtapasztalt veszteség, illetve a gyermek univerzalitásra, illetve az önmaga és a szülő

halandóságára vonatkozó kérdései között (a Fisher-próbához tartozó szignifikanciaértékek rendre: szülők halandósága – $p=0,738$; gyermek saját halandósága – $p=1,000$; illetve az univerzalitás kérdésére $\chi^2(1)=0,278$, $p=0,509$). Noha a 3 évesek kizárásával a rendelkezésre álló mintanagyság elég szerény – mindössze 44 fő – érdekes eredmény, hogy a személyes veszteségélmény nem látszik befolyásolni sem a halálfogalom fejlődését, sem a témával kapcsolatos kérdezősködést.

Az elvégzett logisztikus regressziós próbák (9.22. sz. melléklet) eredményei rámutattak, hogy a relatíve érett, mindhárom aspektust tartalmazó halálfogalom meglétét elsősorban a gyermek életkora jelzi előre, a gyermek által tanúsított érdeklődés, illetve az univerzalitásra, a gyermek és a szülő halandóságára vonatkozó szülői beszélgetések megléte vagy hiánya nem befolyásolja szignifikáns módon.

A gyerekek válaszainak elemzésekor felmerült a lehetőség, hogy a gyermek által az elhunynak tulajdonított érzelmek különböző minősége mögött eltérő szülői halálattitűdők állhatnak, vagyis hogy azok a gyerekeknek, akik hajlamosabbak feltételezni a halotról, hogy örömet érez, a szülei halálszorongása alacsonyabb, mint azoké, akik a félelem érzését tulajdonítják az elhunynak. A feltevés ellenőrzésére varianciaanalízis segítségével hasonlítottam össze az örömet / félelmet feltételező, illetve nem feltételező gyermekek szüleinek Lester-pontszámát. Az elvégzett varianciaanalízisek egyik érzelem esetében sem jeleztek különbséget a szülők halál iránti attitűdjében ($p=0,751$, és $p=0,545$; 1. 9.24. sz. melléklet), vagyis az elhunynak tulajdonított érzelmek pozitív vagy negatív töltete nem függ össze a szülői szorongás mértékével.

A gyermeki és szülői halálmagyarázatok típusának megoszlását és együttjárásait a 7. számú táblázat szemlélteti. Az eredmények értelmezésének lehetőségeit sajnálatos módon tovább szűkíti, hogy a 61 gyermek-szülő párosból 4 esetben a szülő attitűdje nem volt egyértelműen azonosítható, 13 esetben pedig a gyermek nem adott tartalmas választ a halál jelentését firtató kérdésre.

	Szülők magyarázatai			
Gyerekek		Biológiai	Vallási	Kevert

magyarázatai	Biológiai	0	15	18
	Vallási	0	0	3
	Kevert	2	4	2

7. sz. táblázat

A táblázatból mindazonáltal leolvasható az a tendencia, hogy a szülők elenyésző hányada adott csupán a biológiai tényekre szorítkozó válaszokat a gyermekének – zömében vagy tisztán vallási értelmezéseik vagy kevert típusú válaszaik voltak. Ezzel szemben a gyerekeknél a pusztán biológiai aspektusokra koncentrázó feleletek domináltak, és elenyésző volt a csupán vallási megközelítések száma. Ez alapján sejthető, hogy korábban megfogalmazott feltevésünk nem teljesül, vagyis a gyermeki magyarázatokban megjelenő, az elhunytak mentális állapotot tulajdonító vélekedések nem függenek össze szorosan a szülők által kínált értelmezésekkel.

Ennek ellenőrzésére Fisher-féle egzakt próbával összehasonlítottam az egyes pszichológiai funkciók fennmaradásának gyakoriságát azoknál a gyerekeknél, akik szülei a lélek továbbélését implikáló magyarázatokat adnak (vallási vagy kevert magyarázatok), illetve akiknek a szülei pusztán biológiai értelmezést kínálnak, mentális állapotok tulajdonítása vagy az elhunytal való újbóli találkozás lehetősége nélkül (biológiai magyarázatok). Az egyes keresztábrás elemzések eredménye a 9.25. sz. mellékletben látható. A lélek továbbélését implikáló és nem implikáló szülői magyarázatok esetén nem található szignifikáns eltérés a gyermek által az elhunytak tulajdonított öröm ($p=1,000$), szomorúság ($p=0,420$), félelem ($p=1,000$), fájdalom ($p=0,073$), vágy ($p=0,661$) vagy percepció ($p=1,000$) gyakoriságában. Ez az előzetes felvetésünkkel, illetve a korábban, kis mintán tapasztalt tendencia szintű kapcsolattal ellentétben (Tóth, 2014) arra utal, hogy a vizsgált korosztályban a szülői magyarázatok tartalmának nincsen jelentős hatása arra, hogy a gyermek él-e feltételezésekkel a halott lehetséges pszichológiai működéseivel kapcsolatban.

Az eredmények összefoglalása, megvitatás

Az előzetesen megfogalmazott feltevéseinkkel kapcsolatban a következő megállapításokat tehetjük:

1. Megerősítést nyert, hogy hároméves korban a gyerekek többsége még nem rendelkezik valódi halálfogalommal. A halál jelenségére 40%-uk tartalmatlan vagy tautologikus magyarázatot adott, és 7%-uk „haláldefiníciója” tanúskodott a halálfogalom teljes hiányáról. A megkérdezett testi működések – szívdobogás, légzés, mozgás, táplálkozás – bármelyikéről nagyjából a gyermekek negyede állította, hogy a halott képes lehet rá, míg a mentális működéseket mindegyikét (kivéve: vágy) közel harmaduk tartotta lehetségesnek a halál beállta után. Legnagyobb arányban a halál univerzalitását látszottak megérteni (43,3%), de már más élőlényekre kiterjeszteni korlátozottan tudták, csupán a háromévesek valamivel több, mint fele (56,7%) állította, hogy az állatok is meghalhatnak, és csak 43,3%-uk terjesztette ki a jelenséget a növényekre is. Az irreverzibilitás kérdésére csupán minden ötödik hároméves adott helyes választ, és nagyon sokuknál explicit módon megjelent a visszafordíthatóság fantáziája (az elhunytat kórházba viszik, meggyógyítják stb.). A szeparációra vonatkozó kérdésre nagyjából minden negyedik gyermek felelt jól (26,7%), az okság kérdésére pedig kevesen adtak tartalmas választ, és ezeknek is döntő többsége valamiféle külső okra hivatkozott, belső okot mindössze két gyermek említett. A halálfogalom mindhárom aspektusát a hároméves korosztálynak mindössze 10%-a látszott érteni. A szülői beszámolók tanúsága szerint a korosztályba tartozók közel 30%-a egyáltalán nem tanúsított érdeklődést a halál témája iránt. A halál jelensége iránti érdeklődés azonban kétségkívül jelen van a korosztályban, a szülői válaszok tanúsága szerint már a 3 éveseknek is 46,7%-a kérdezett a halál univerzalitásáról, 40%-uk a szülei, illetve 33,3%-uk a saját halandóságáról. A háromévesek körében a szülői kérdőívek nem jeleztek egyetlen olyan halálesetet sem, amely a korosztály tagjait közletről érintették volna, így a tapasztalatok lehetséges hatása a témával kapcsolatos tudásra, illetve érdeklődésre nem megítélhető. Ugyanakkor a 4-6 évesek körében – alacsony mintanagyság mellett - végzett elemzés arra utal, hogy a megtapasztalt

veszteségélmények nem befolyásolják jelentősen sem a halálfogalom egyes aspektusainak megértését, sem a téma iránt tanúsított érdeklődést. Ez ellentmondani látszik azoknak a véleményeknek, melyek a személyes tapasztalatok szerepét hangsúlyozzák a halálfogalom fejlődésében. Jelen esetben – noha az elemzést az érzelmileg közelálló személyek elvesztésére igyekeztem szűkíteni – nehéz megítélni, hogy az adott haláleset milyen fokban érintette a gyermeket, illetve mennyire intenzív kommunikáció zajlott ezzel kapcsolatban a családon belül. Lee, Lee és Moon mellett érvel, hogy a direkt edukáció nagymértékben hozzájárulhat az érett halálfogalom kialakulásához (Lee, Lee, Moon, 2009), ugyanakkor egyáltalán nem magától értetődő, hogy a személyes veszteségélmények kapcsán történtek hasonló hatású beszélgetések a családban. Több szerző kiemeli, hogy a súlyos, potenciálisan halálos betegségben szenvedő gyerekek halálfogalma lényegesen árnyaltabb kortársaiknál (Zawistowski, 2008; Gérecz, 2009; O'Halloran, Altmaier, 2011; stb.), ugyanakkor fontos különbséget tenni a közeli hozzátartozó elvesztése, illetve a saját haldoklás pszichológiai következményei között. Utóbbi esetben a gyermeknek lényegesen nagyobb rálátása van az eseményekre, krónikus betegség esetén kortársait messze megelőzően tájékozott lehet bizonyos életfolyamatok, testi működések kérdésében, ami, mint láthattuk, mind a biológiai alapú életfogalom, mind a halálkoncepció fejlődését gyorsíthatja. Bonoti és munkatársai, illetve Reilly, Hasazi és Bond a személyes veszteségélmény megtapasztalása és a halálfogalom differenciáltabb volta közötti kapcsolat mellett érvelnek (Bonoti, Leondari, Mastora, 2013; Reilly, Hasazi, Bond, 1983), ugyanakkor mindkét tanulmány idősebb korosztályra vonatkozóan tesz megállapításokat (7-11, illetve 5-10 évesek), s ebben a formában nem feltétlenül mond ellent eredményeinknek. A jelen mintán tapasztaltak azonban cáfolni látszanak Kane megállapítását, aki úgy véli, hogy a veszteségélményeknek csupán 6 éves kor előtt lehet szignifikáns hatása a halálfogalom alakulására (Kane, 1979).

2. A vizsgálat eredményei alátámasztották, hogy 5-6 éves korra a gyermekek lényegesen árnyaltabb halálkoncepcióval rendelkeznek, mint a 3-4 éves korosztály tagjai: szignifikánsan jobban teljesítenek a halálfogalom mindhárom aspektusára – univerzalitás, irreverzibilitás, szeparáció –, illetve a testi működések megszűnésére vonatkozó kérdések esetében is. Kapott adataink a halálfogalom kialakulását

viszonylag kései fejleménynek minősítő – és a jelenséget gyakran piaget-iánus fogalmi keretben elhelyező – megközelítésekkel szemben (l. pl. Nagy, 1936; Safier, 1964; Koocher, 1973; Melear, 1973; Kane, 1979; stb.) azokkal a szakirodalmi forrásokkal vannak összhangban, melyek a halálfogalom legfontosabb aspektusainak megértését a 4 és 6 éves kor közötti időszak eredményének tekintik (l. pl. Speece, Brent, 185, 1986; Vianello, Marin, 1989; Brent et al., 1996; stb.).

Az elemzett biológiai jelenségek közül a légzéssel kapcsolatban adtak legtöbben helytelen választ, de mind az 5, mind a 6 évesek teljesítménye 90% feletti e kérdésben is. Érdekes eredmény, hogy a 6 évesek a testi funkciók megítélésében valamivel gyengébben teljesítettek az 5 éveseknél. Az 5 évesek közel 3/4-e adott a halálfogalom mindhárom aspektusát magába foglaló választ az elmúlás kérdésére, a 6 évesek körében azonban csak 53,8% százalék volt ez az arány³. Ennek oka abban keresendő, hogy míg az univerzalitás kérdésére nagyobb arányban adtak helyes választ, mint az 5 évesek, addig az irreverzibilitás és a szeparáció megítélésében teljesítményük visszaesni látszott. Az elemzett pszichológiai működések terén nem sikerült szignifikáns különbséget kimutatnom a 3-4 évesek, illetve az 5-6 évesek válaszai között (kivéve a vágy fogalmát, ahol az életkor növekedésével szignifikánsan többen tulajdonították a halottnak e mentális állapot lehetőségét). Ami a fogalom tágabb értelemben vett univerzalitását illeti, a 6 évesek kivétel nélkül megérteni látszottak az állati halandóságot, ugyanakkor alig 2/3-uk nyilatkozott úgy, hogy a növények is meghalhatnak (teljesítményük így is szignifikánsan jobb fiatalabb társaikénál). A tárgyaknak ugyanakkor a 4 korcsoport közül a 6 évesek körében tulajdonítottak legtöbben halandóságot (közel 20%-uk). 5-6 éves korra a kauzalitás kérdésére egyre több lehetőséget soroltak fel a gyerekek, a külső okok helyébe (57,7% említi) egyre gyakrabban léptek belső okok (65,4%). Míg a 3 éveseknél a biológiai jellegű halálmagyarázatok domináltak, és csupán egy gyermeknél jelent meg tisztán vallási értelmezés, addig a 4 éveseknek már 11%-a adott vallási magyarázatot, és egy főnél megjelent a kevert magyarázattípus is. Úgy tűnik, mintha a tisztán vallási értelmezések az életkor előrehaladtával „beleolvadnának” ezekbe a kevert magyarázatokba: 6 éveseknél már nem sikerült

³ A három aspektust megértők és valamennyi testi funkciót egyidejűleg negálók aránya a 6 évesek körében 53,8% volt; érdemes ezt összevetni Nagy Mária Ilona eredményeivel, aki realiztikus halálfogalmat csupán a 6 évesek 11%-ánál tudott kimutatni (Nagy, 1936).

kimutatni pusztán vallási motívumokra épülő értelmezést, ugyanakkor a gyerekek több mint harmada adott kevert magyarázatot. A vallási elemeknek az életkor előrehaladtával egyre gyakoribbá váló volta (3 évesek: 3%; 4 évesek: 14%; 5 évesek: 26%; 6 évesek: 35%) magyarázhatja a 6 évesek látszólag enyhén csökkenő teljesítményét a halálfogalom megértése terén. A kettős, kevert halálfantáziák ugyanis a testi működések megszűnése mellett magukba foglalják a lélek mint különálló, halhatatlan entitás fogalmát, s ezáltal növelik a mentális állapot-tulajdonítások valószínűségét. Valószínű, hogy azok közül az 5-6 éves gyerekek közül, akiknél nem sikerült egyértelműen tetten érni ilyen kettős fantáziák meglétét, mert tisztán biológiai értelmezést adtak, vannak olyanok, akik ezzel együtt lehetségesnek tartják a lélek fennmaradását, túlvilág-fantáziák színezik a gondolkodásukat, ami megjelenik a kérdésekre adott válaszaikban. Ez magyarázhatja, hogy a 6 évesek feltűnően ritkábban foglaltak egyértelműen állást a végleges szeparáció és irreverzibilitás mellett, mint az 5 évesek.

Ez az eredmény egybevághat Bering és Bjorklund tapasztalataival (Bering, Bjorklund, 2004; Bering, Bjorklund, Blasi, 2005), miszerint a gyerekek az életkor előrehaladtával egyre inkább hajlamosak pszichológiai működéseket feltételezni az elhunytól. Nem állja meg a helyét ugyanakkor Hodge kritikája (Hodge, 2010), amely a kérdésfeltevés sajátosságaiban látja e növekvő tendencia okát, hiszen jelen vizsgálatban a felsorolt érzelmek, megismerő funkciók nem egy-egy adott személyre vonatkozóan szerepeltek a gyerekeknek feltett kérdésekben. Bering és Bjorklund eredményei kapcsán Paul Bloom így fogalmaz: „*Freud felvetette, hogy a «lélek doktrínája» a halál problémájára adott megoldásként jelenik meg: ha a lélek létezik, akkor a tudatos tapasztalásnak nem kell feltétlenül véget érnie. Ezzel szemben én magam úgy vélem, hogy ez az alapvetés a kezdetektől fogva létezik. A kisgyermek nem tudja, hogy egy nap meg fognak halni. De amint ráeszmélnek testük elkerülhetetlen megsemmisülésére, a túlvilági élet koncepciója természetes módon adódik.*” (Bloom, 2004, 208. o.; saját fordítás).

Noha Bloom érvelésszerkezete megalapozott és jól felépített, hiszen a kognitív fejlődéslélektan legfrissebb eredményeit felsorakoztatva jut arra a következtetésre, hogy az emberi csecsemő alapvetően karteziánus beállítódású, és idegrendszerének sajátosságaiból adódóan kezdetektől fogva eltérően viszonyul a fizikai és szociális világ tényeihez, érdemes a kapott eredményeink tükrében is mérlegelni a fenti

kijelentést. Ha elfogadjuk, hogy a halálnak mint a testi lét végének megértésével egyidejűleg a gyermek magától értetődően feltételezi a lélek továbbélését, akkor azt várhatjuk, hogy a fizikai funkciók megszűnésére vonatkozó tudásától függetlenül hajlamos legyen mentális állapotot tulajdonítani az elhunytaknak, és ez a hajlandósága ne is nagyon változzon halálfogalmának alakulásával. Jelen esetben azonban ez a hozzáállás kevésbé magyarázza azt a jelenséget, hogy az 5 évesek szinte kivétel nélkül helyesen válaszolnak a testi funkciókra vonatkozó kérdésekre, és közel 75%-uk egyértelműen állást foglal a halál univerzalitása, irreverzibilitása és végleges szeparációval járó volta mellett *egyidejűleg*, miközben a 6 évesek szinte minden kérdésben valamelyest - ha nem is szignifikáns mértékben – gyengébben teljesítenek. Ezzel párhuzamosan a lélek továbbélést implikáló, nyilvánvaló túlvilág-fantáziára utaló értelmezések aránya monoton nő az életkorral a vizsgált korosztályban. Kétségtelen, hogy a megkérdezett pszichológiai funkciók többségének esetében nem tapasztalhatunk szignifikáns különbségeket a vizsgált 4 korcsoport között, ugyanakkor az elhunytak történő vágytulajdonítások száma az életkorral egyértelműen nő. Nem hagyható figyelmen kívül Bering és Bjorklund azon megállapítása sem, hogy idősebb (7-11 éves) gyerekek körében is a mentális állapotok tulajdonításának növekvő tendenciája írható le, még vallásos nevelésben nem részesülők esetében is (Bering, Bjorklund, 2004). Ha a lélek testtől független volta, testi véget követő továbblétezése egy olyan feltételezés, mellyel a kognitív fejlődés sajátosságaiból adódóan minden gyermek magától értetődően él, nem világos, mi okozza ezt az életkorral növekvő tendenciát. Míg ha a vallásos – vagy kettős – halálfantáziák megjelenését az elkerülhetetlen vég megértésére adott válaszként értelmezzük, érthetőbbé válik a tapasztalt teljesítményingadozás, illetve a halálról szerzett ismeretek gazdagodásával a lélek továbbélését implikáló fantáziák szaporodása is.

Bloom érvelését lehetőség szerint fenntartva azt is mondhatnánk, hogy a humán kognitív rendszer kezdetektől fogva olyan fejlődési vonalat követ, ami alkalmassá és hajlamossá teszi a testről és a lélekről mint független entitásokról való gondolkodásra. Ez a fajta készség azonban a tudatos gondolkodásban csak ez idő tájt jelenik meg, talán nem elhanyagolható mértékben a halálfogalom megjelenésének és differenciálódásának hatására. A jelenség egyik lehetséges magyarázatát a terror menedzsment elmélet adja, mely szerint a halálunk tudatából

fakadó félelem készítet minket arra, hogy a lélek halhatatlanságának, a túlvilágnak a képét megkonstruáljuk. Hodge érvelése szerint a terror menedzsment elmélet nem magyarázza kielégítően a halhatatlan lélekbe vetett hit jelenségét, mert, mint írja, már a négyévesek is hajlamosak az elhunyt személynek pszichológiai működéseket tulajdonítani, miközben ennek a korosztálynak az esetében még nem beszélhetünk teljesen kialakult halálfogalomról, sok négyéves még magára sem terjeszti ki a halandóság koncepcióját (Hodge, 2011). Hodge megállapításai kétségkívül megállják a helyüket, de nem szabad figyelmen kívül hagyni a lehetőséget, hogy sok négyéves esetleg azért feltételez mentális állapotokat az elhunyttról, amiért egyes testi funkciókat is: mert még nem rendelkezik kialakult halálfogalommal, így semmi oka nincs, hogy akár a testi, akár a pszichés működésektől „megfossa” a halottat.

Noha eredeti hipotéziseink körén kívül esik, adataink alkalmasak arra, hogy körüljárjuk valamelyest ezt a lehetőséget. Az előbbieket miatt joggal feltételezhetjük, hogy amennyiben egy gyerek testi funkciókat tulajdonít az elhunytaknak – vagyis nyilvánvalóan nem rendelkezik érett, realiztikus halálfogalommal –, akkor hajlamosabb lesz mentális állapotokat is feltételezni a halottról (hiszen sem a testi, sem a lelki működések végességéről nincsen még kiforrott elképzelése). A testi és mentális funkciók tulajdonításának ezt a fajta feltételezett együttjárását könnyen ellenőrizhetjük keresztábrás elemzéssel, s valóban, a chí-négyzet próba szignifikáns kapcsolatot igazol a kétféle választípus között ($\chi^2(1)=7,059$, $p=0,008$; 9.27. sz. melléklet). Ha a teljes mintából elhagyjuk azoknak az adatait, akik nem foglaltak egyértelműen állást valamennyi felsorolt biológiai működés megszűnése mellett (és többségükben mentális működéseket is feltételeztek), az így származtatott adattáblánk 65 rekordot tartalmaz. E 65 gyermek közül 34 olyat találhatunk, akik mind az univerzalitás, mind az irreverzibilitás, mind a szeparáció kérdésére helyesen válaszoltak, vagyis róluk mondható el, hogy többé-kevésbé kiforrott, a három nagy aspektust és a biológiai funkciók megszűnését is magukba foglaló halálkonceptióval rendelkeznek. Ha a halhatatlan lélek elképzelését a halál elkerülhetetlen jelenségével való szembesülés következményének tartjuk, akkor azt várhatjuk, hogy az érett halálfogalommal rendelkező gyerekek lényegesen gyakrabban élnek a pszichés működések fennmaradását implikáló feltételezésekkel, mint a halál elkerülhetetlenségét, végleges szeparációval járó voltát vagy önnön

halandóságukat még nem felismerő társaik. A két csoport között az elvégzett kényszerpróba szignifikáns eltérést mutat a mentális állapotokat feltételező válaszok gyakoriságában ($\chi^2(1)=5,597$, $p=0,018$; l.: 9.27. sz. melléklet), vagyis mintánkban a halál fontos vonatkozásainak megértése egyértelmű összefüggést mutat a lelki működések folytatólagosságát implikáló válaszokkal. A terror menedzsment elmélet által kínált értelmezési keret további tesztelését tenné lehetővé, ha rendelkezésre állna az adott korosztály halálfélelmének operacionalizálására alkalmas eszköztár, és vizsgálható lenne a fejlett halálfogalom, a halálfélelem szintje és a mentálisállapot-tulajdonítások gyakorisága közötti kapcsolat⁴.

A 4-5 éves kor környékén megjelenő, és a későbbiekben a gyerekek magyarázatait egyre inkább domináló kettős halálfantáziák időnként az irreverzibilitás és a szeparáció szigorúan vett értelmezésével is szembemennek, vagy legalábbis kitágítják ezeket, amennyiben a gyermekek magyarázataiban felbukkan az újjászületés, feltámadás, szeretteinkkel való újbóli találkozás stb. képe. Fontos megemlíteni, hogy a kevert magyarázatok párhuzamos koncepcióból, a látszólag ellentmondó, mégis egyidejűleg fenntartott hiedelmekből adódhat egyebek mellett a szakirodalom rendkívüli megosztottsága abban a kérdésben, hogy mely életkorra rendelkeznek a gyerekek a felnőttekéhez hasonló, érett halálfogalommal. Ugyanakkor ennek az „érett halálfogalomnak” a pontos ismérvei sem egységesek, s a felnőttekkel végzett vizsgálatok tükrében mérlegelendő, hogy a gyermeki magyarázatok mely elemei árulkodnak az adott életkorra jellemző kognitív sajátosságokról, és melyek általános, felnőtteknél is megjelenő fantáziák. Korábban részletesen bemutatott szakirodalmi példák támasztják alá, hogy mentális működések tulajdonítása az elhunytak felnőtt korban is gyakori, sőt a kimondottan materialisztikus túlvilág-fantáziák sem példa nélküliek (pl.: Bering, 2002, 2006, 2008; Bering, Bjorklund, 2004; Bloom, 2004; Harris, Giménez, 2005; Astuti, Harris, 2008; Astuti, 2007, 2011; Harris, 2011, 2012; Rosengren, Gautiérrez,

⁴Több szerző érvel amellett, hogy az általános szorongásszint és a halálszorongás mértéke között szoros összefüggés van (Easson, 1970; Kastenbaum, Aisenberg, 1972), emiatt a szakirodalomban elterjedt gyakorlat, hogy specifikus mérőeszköz hiányában a gyerekek általános szorongásszintje alapján következtetnek halálszorongásuk fokára (l. pl. Orbach et al., 1985, 1986). Mint azonban a korábbiakban láttuk, a nemzetközi szakirodalomban van néhány példa kisgyerekek halálfélelmének mérésére kidolgozott eszközökre (Ollendick, 2006; Schell, Seefeldt, 1991; Slaughter, Griffiths, 2007).

Schein, 2014b; Lane et al., 2016; stb.). Jelen vizsgálatban a tartalmilag értékelhető szülői válaszok - személyes halálfantáziák – 3/4-e foglalt állást valamilyen formában a lélek halhatatlansága, s egyúttal számos pszichológiai funkció folytatóságossága mellett. Fontos hangsúlyozni tehát, hogy a gyermeki válaszokban megjelenő mentálisállapot-tulajdonítások nem annyira a halálfogalom egyes aspektusainak meg nem értéséből fakadó maradványjelenségek, hanem sokkal inkább tűnnek – különösen a legkisebbekre jellemző tisztán biológiai magyarázatoknak, illetve a lélek továbbélését implikáló elképzelések életkorral párhuzamosan növekvő gyakoriságának tükrében – egy, a felnőttekre jellemző halálkonceptió kialakulása felé tett lépésnek. Ebben az értelemben kapott eredményeink alátámaszthatják Harris és munkatársai megállapítását, miszerint a kettős fantáziák a pusztán biológiai magyarázatoknál kidolgozottabb, elaboráltabb szintet képviselnek (Harris, Koepke, Jackson, Borisova, Giménez, 2010, I. Harris, 2012).

3. Az elvégzett, viszonylag kevés kognitív készséget célzó képességtesztek arra utalnak, hogy halálfogalom kialakulása egy relatíve független kognitív fejlődési folyamat eredménye; nem találtam kapcsolatot a halálkonceptió egyetlen aspektusának megértése és a gyerekek verbális megértési és kifejezési készsége (WPPSI Szókincsteszt), illetve vizuális analízis-szintetizáló, soralkotási készsége között (SON Kombináció). A kapott eredmények némiképp ellentmondanak Hunter és Smith megállapításainak, akik mind a korábbi tapasztalatoknak, mind a soralkotási készségnek szignifikáns hatását észlelték a gyermeki halálfogalom kidolgozottságára (Hunter, Smith, 2008). Szintén nehezen egyeztethetők össze Jenkins és Cavanaugh eredményeivel, akik egyebek mellett a Wechsler-féle Gyermek-intelligenciateszt Szókincs-próbáját alkalmazva összefüggést találtak a verbális fogalomalkotási készség és a gyermekek halálkonceptiójának fejlettsége között (Jenkins, Cavanaugh, 1986). A látszólagos ellentmondás feloldását adhatja a bevont korosztályok eltérése (Hunter és Smith vizsgálatában 4-8 éves, Jenkins s Cavanaugh kutatásában pedig 6-12 éves gyermekek vettek részt); jelen vizsgálat eredményei azonban azt sejtetik, hogy a halálfogalom elsajátítása egy bizonyos mentális nívó és szükséges kognitív előfeltételek (I. Portz, 1972; Maurer, 1966;

Orbach et al., 1985) teljesülése esetén egy viszonylag független fejlődési folyamat eredménye. Az alkalmazott szubtesztek alacsony száma, szűk spektruma miatt messzemenő következtetések levonására nem alkalmas a mintánk, ugyanakkor az eredmények felvetik egy átfogó, a megcélzott korosztály többféle kognitív készségére kiterjedő vizsgálat szükségességét.

4. A gyerekek valamivel gyakrabban tulajdonítottak negatív érzelmeket (szomorúság, félelem, fájdalom) az elhunytak, mint pozitívát (öröm), ugyanakkor a kétféle típusú érzelmek gyakorisága között a legtöbb korcsoportban nem volt szignifikáns eltérés. Egyedül a 4 évesek körében volt egyértelműen gyakoribb a negatív, mint a pozitív érzelm tulajdonítás, ami arra utal, hogy a halállal kapcsolatos ismeretek körének rohamos bővülésével a jelenség negatív aspektusa domborodik ki ebben az életkorban, és csak a halálfogalom árnyalódásával nő meg ismét az pozitív érzelm tulajdonítások száma. A jelenség magyarázata azonban mindenképpen további vizsgálatokat igényelne.

Nem igazolódott az a feltevésünk, hogy kapcsolat lenne a szülő halál iránti attitűdje és a gyermek által a halottnak tulajdonított érzelmek minősége között: a feltevés, hogy az elhunyt örömet érezhet, nem járt együtt a szülő pozitívabb halálfogalmával, és a halottnak tulajdonított félelem sem függött össze a szülő erősebb halálfélelmével.

5. Várakozásainkkal ellentétben nem sikerült kapcsolatot kimutatni a szülők gyermekeknek adott halálértelmezése, illetve a gyerekek által megfogalmazott halálkonceptió tartalma között, vagyis a gyerekek által megfogalmazott mentális állapot-tulajdonítások függetlenek voltak attól, hogy a szülők magyarázatai implikálták-e a lélek továbbélésének (és a mentális működések fennmaradásának) lehetőségét. Ez az eredmény összhangban van Misailidi és Kornilaki tapasztalataival (Misailidi, Kornilaki, 2015), és arra utal, hogy a halálfogalom fejlődésmenetének, a megjelenő fantáziák tartalmának, az elhunyttal kapcsolatos állapottulajdonításoknak erős biológiai meghatározottsága van, s az adott korosztályhoz tartozó gyermekek fantáziái lényegében függetlenek a szülő által sugallt megoldásoktól. Jelen mintában megfigyelhető volt, hogy a szülők döntő

többsége – vallásgyakorlástól függetlenül – olyan magyarázatot kínált gyermeke számára, amely tartalmazott vallási utalásokat, illetve a lélek halhatatlan voltára utaló elemeket. Ettől függetlenül a fiatalabb gyerekek értelmezései szinte kivétel nélkül pusztán biológiai jellegűek voltak, s a csak az életkor növekedésével jelentek meg vallási elemeket (is) tartalmazó definíciók. Fontos megemlíteni ugyanakkor, hogy a kérdezés módja nagymértékben befolyásolhatja a gyermekek által adott válaszok tartalmát. Amint arra Hodge rávilágít (Hodge, 2010), amennyiben az említett pszichológiai működés valamely másik személlyel való kapcsolatban jelenik meg, a válaszadók hajlamosabbak lehetnek úgy vélekedni, hogy az elhunyt képes lehet az adott funkcióra; jelen vizsgálatban a mentális állapotokra vonatkozó kérdések nem foglalták magukba egy másik személlyel való viszonyt. A gyermeki magyarázattípusok saját mintáiban, illetve Rosengren, Gautiérrez és Schein kutatásában tapasztalt eltérő eloszlásának hátterében is a felmerül az eltérő kérdezésmód hatása, hiszen a szerzők a gyerekeknek feltett kérdéseinek egy részében implicit módon megjelenik a lélek mint különálló entitás, ami sugalmazó hatással lehet a gyerekek válaszára (Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b). Több vizsgálat foglalkozott továbbá egy-egy elképzelt haláleset lehetséges kontextusainak hatásával a halottal kapcsolatos elképzelésekre (Harris, Giménez, 2005; Astuti, Harris, 2008; Harris, 2011, 2012; Richert, Harris, 2006; Lane et al., 2016), s rámutattak, hogy a szövegkörnyezet előfeszíti a magyarázatok különféle típusait. Arról is vannak adataink, hogy az állapotulajdonítások függenek attól, ki (vagy mi) az elhunyt (l. Orbach et al., 1987; Rosengren, Gautiérrez, Schein, 2014b: *célfüggő modellek*; Nguyen, Gelman, 2002; stb.).

Kapott eredményeink mindazonáltal felvetik annak a lehetőségét, hogy a halálról való gondolkodásunk, halállal kapcsolatos ismereteink kialakulása alapvetően univerzális folyamat eredménye, ami mind az egyéb kognitív folyamatoktól, mind a szociokulturális hatásoktól kevésbé függ. A halálkoncepciónak ez a fajta megközelítése beilleszthető a kognitív pszichológiai modularista irányzatának fogalmi apparátusába. Jerry Fodor *A moduláris elme* című könyvében kifejtett modellje szerint a külvilágból érkezett információt úgynevezett transzduktorok fordítják idegi impulzusok alkotta kódmintázatokra, a megismerő folyamatok, következtetések döntő többsége azonban modulokban zajlik, melyek inputjaikat a területáltalános működésű, komplex kognitív folyamatok székhelyeül szolgáló

központi rendszerekbe továbbítják (Fodor, 1983). A modulok velünk születettek, területspecifikusak és enkapszuláltak, működésük gyors, reflexszerű és automatikus. Míg Fodor teóriája az elme moduláris szerveződéséről alapvetően a megismerő folyamatok leírására szolgál, addig a későbbiekben született néhány radikális modularista elmélet, melyek a humán kogníció számos jelenségére kiterjesztik a moduláris koncepciót. Cosmides és Tooby megközelítése szerint például az emberi gondolkodásnak az evolúció során számos specifikus kihívás megoldásához kellett alkalmazkodnia (kommunikáció, versengés, társas együttélés szabályai, párválasztás stb.), e problémák kezelésére pedig olyan adaptív stratégiák jöttek létre, melyek jól definiált kognitív programokként működnek, és ma is alapvetően meghatározzák a humán viselkedést (Cosmides, Tooby, 2001). A szerzők ezeknek a velünk született programoknak az összességét nevezik az „elme svájci bicskájának”, ami változatos helyzetekben végeredményben rugalmasan szolgálja túlélésünket – s egyúttal magyarázzák a humán kognícióban tapasztalható nagyfokú univerzalitást. Dan Sperber radikális modularista elmélete szerint az emberi megismerő folyamatok egésze tekinthető változatos méretű és működésű modulok bonyolult rendszerének (Sperber, 2001; Sperber, Wilson, 2002). Sperber amellet érvel, hogy a kommunikációs szándék felismerésére ugyanúgy kialakult egy úgynevezett pragmatikai modul, mint ahogyan a naiv tudatelmélet is egy komplex modul működésének köszönhető. Sperber konceptuális modularista felfogása szerint egy-egy fogalom is alkothat önálló rendszert – ebbe a teoretikus keretbe pedig jól illeszkedik egy halál-modul létezésének lehetősége. A jelenség iránti kora gyermekkori érdeklődésnek, illetve a fogalom fejlődésének univerzális volta erős biológiai meghatározottságra utal. A modulok gyors és automatikus működése – ahogyan az a perceptuális folyamatok, azon belül is a vizuális illúziók kapcsán jól ismert – egyfajta rugalmatlanságot eredményez, ami ellenáll a magasabb rendű kognitív folyamatoknak, s ezáltal nem minden esetben eredményez adaptív reakciót a környezeti ingerekre. A halálról való gondolkodásunkat egyfajta modulnak tekintve jobban érthető a bizonyos feltételek – közvetlen veszélyeztetettség – esetén a túlélést szolgáló, egyéb helyzetekben azonban hátrányosnak tűnő, a cselekvést potenciálisan megbénító, mégis az emberi viselkedés számos területén makacsul felbukkanó halálszorongás jelensége is. Noha az általános konceptuális modularizmus erősen spekulatív és vitatott megközelítése

a humán kogníciónak, a viselkedés bizonyos aspektusainak leírásához hatékony fogalmi apparátust szolgáltat, s a halálfogalom fejlődésének jellegéből adódóan az ezzel kapcsolatos tudásunk új szempontú megközelítéséhez, újraszervezéséhez is hasznos értelmezési keretet jelenthet.

6. Saját korábbi, kis mintán tapasztalt eredményeimmal (Tóth, 2014), illetve Hatzor-Matalon (Hatzor-Matalon, 1998) megállapításaival összhangban sikerült kimutatni, hogy a szülők halál iránti attitűdje összefügg a halál témájának családon belüli kommunikációjával. Az adatok ugyanakkor azt mutatják, hogy a téma bizonyos aspektusainak megvitatása kevésbé jár együtt a szülő erősebb halálszorongásával, mint mások: az állatok halandósága, az idős kor és a halál kapcsolata, valamint általában a halál utáni történések iránt érdeklődő, illetve nem érdeklődő gyerekek szüleinek Lester-skálán elért pontszáma nem különbözött szignifikánsan. Egyértelmű különbségek mutatkoztak azonban a két csoport között, amennyiben a halál univerzalitására, a gyermek és a szülő saját halandóságára vonatkozó kérdéseket vizsgáltuk: úgy tűnik, azokban a családokban, ahol a gyermek nem teszi fel ezeket a kérdéseket, a szülő halálszorongása erősebb, mint a kontrollcsoportban. Látható, hogy ez az eltérés a csoportok között azoknak a témáknak az esetén jelentkezett, amelyek a halál lehetőségét közelebb hozzák, személyes vonatkozásait érintik. A jelenség magyarázata nem egyértelmű: lehetséges, hogy azokban a családokban, ahol a szülő halálattitűdje negatívabb, ez az egész kommunikációs légkörre befolyással bír, és a gyermek számára is fenyegetővé teszik ezeknek a kérdéseknek a megfogalmazását, felvetését. Az sem kizárt ugyanakkor, hogy a szülő - erősebb szorongása következtében – kevésbé fér hozzá azokhoz az emlékekhez, melyek a haláltéma ezen aspektusait érintő beszélgetésekhez kapcsolódnak (és esetleg aktiválták a szülő szorongását), vagyis felidézési torzításról van szó.
7. A kisgyerekek halálszorongásának mérésére alkalmas magyar nyelvű eszközzel nem rendelkezünk, és a nemzetközi szakirodalomban is csekély az ilyen eljárás kidolgozására irányuló próbálkozások száma, nem elhanyagolható mértékben a kérdés etikai vonatkozásai miatt. Lehetnek azonban olyan implicit, viselkedéses jelzések, amik kifejezésre juttatják a gyerekek halálfélelmét. Korábbi szülői

interjúkra alapozva (Tóth, 2014) dolgozatomban két hasonló, a halálfogalom iránti érdeklődéssel, a halálról szerzett tudás formálódásával több esetben megjelenő, viselkedéses szinten is tetten érhető jelenséget vettem górcső alá: a felnőtté váló félelmet és a tárgyi veszteségtől való félelmet. Abból az implicit feltételezésből kiindulva, hogy a szülő halálfélelme meghatározhatja a gyermek halálattitúdját, generálhatja, fokozhatja szorongását, kapcsolatot kerestem a viselkedésformák és szülő kérdőíves módszerrel mért halálattitúdja között. A gyermek felnőtté váló félelméről beszámoló szülők Lester-pontszámai nem különböztek a jelenséget nem tapasztaló szülők pontszámaitól, a veszteségtől való indokolatlan mértékű félelem azonban szignifikánsan negatívabb halálattitúddal járt együtt. Mi több, a szülőnek a kérdőíven elért magasabb pontszáma jól bejósolta a gyermekek veszteségfélelmének meglétét. Noha egyes szerzők szerint a halálfélelem szintje jól korrelál az egyén globális szorongásszintjével (Easson, 1970; Kastenbaum, Aisenberg, 1972), így nem kizárt, hogy mind a szülőnél, mind a gyermeknél megjelenő félelem háttérében egy általános magas szorongáskészség áll, nem vethetjük el a lehetőséget, hogy a gyűjtögető attitűd és a tárgyi veszteségre adott heves érzelmi válasz specifikusan jelezheti a gyermek halálfélelmét.

Limitációk

Adataink értelmezésekor, illetve a következmények megfogalmazásakor nyilvánvalóan figyelembe kell vennünk a vizsgálat néhány limitációját. A résztvevők körének, illetve a toborzási folyamatnak az ismertetésekor már tárgyaltuk a reprezentativitás kérdését, s megállapítottuk, hogy több ponton sérül a rendelkezésre álló lehetőségek korlátozott volta miatt. Ezzel együtt a minta kiválasztásánál igyekeztem a sokszínűséget szem előtt tartani, a mintanagyság célértékének meghatározásában pedig a statisztikai elemezhetőség mellett a témával kapcsolatos kutatási gyakorlatban jellemző tipikus elemszámokat is figyelembe vettem. Mindazonáltal a szülői kérdőívek alacsony visszaküldési aránya miatt az elemezhető szülő-gyermek párosok száma a teljes mintához képest jelentősen alacsonyabb. A levont következtetések kiterjesztése, alátámasztása érdekében érdemes lenne nagyobb, lakhely, szocioökonómiai státuszszempontjából heterogénebb mintán ellenőrizni a tapasztaltakat, idősebb gyerekcsoportok bevonása és nagyobb szülői részvétel mellett is.

A reprezentativitás kérdésénél maradva a vizsgálatba való bevonás kritikus pontja, hogy a megszólított szülők egy része valószínűleg kifejezetten a választott téma miatt nem járult hozzá gyermeke részvételéhez (és sok esetben tartózkodott a részvételtől ő maga is). Nem kizárt, hogy az idegenkedésük miatt távol maradt szülők a halálkonceptió, halálattitúd, családon belüli kommunikáció szempontjából egy sajátos, viszonylag homogén csoportot képeznének, és részvétel esetén válaszaikkal jelentős mértékben árnyalnák a kialakult képet.

A témaválasztásból és a módszertani lehetőségekből fakadóan a vizsgálat adatok jelentős része retrospektív jellegű (1. szülői kérdőív). A szülők által akár több év távlatából felidézett események, beszélgetések, adatok reliabilitása nem egyértelmű, ki vannak téve az emlékezet megbízhatatlan működésének, szeszélyének. Különösen igaz lehet ez a megállapítás a téma szorongáskeltő voltából adódóan felidézési torzítások miatt.

Mind a szülők, mind a gyermekek válaszainak jelentős részét független megítélők sorolták az előre definiált kategóriák valamelyikébe. Noha az inter-rater egyetértés minden esetben elfogadható, illetve magas szintű volt, az alkalmazott módszerből adódó torzítások nem kizárhatók.

A felsorolt limitációk miatt érdemes az eredményeket kellő óvatossággal kezelni, ugyanakkor a levont következtetések érvényessége mellett szól, hogy sok ponton egybevágnak a külföldi szakirodalomban megfogalmazott tapasztalatokkal. Ezek a hasonlóságok pedig arra utalnak, hogy a halálfogalom fejlődése egy szociokulturális hatásoktól viszonylag független, alapvetően biológiai megalapozottságú folyamat, ami felveti egy innát, univerzális működésű halál-modul létezésének lehetőségét.

Gyakorlati megfontolások, további lehetséges kutatási irányok

1. Dolgozatomban több helyen hivatkoztam arra, hogy míg felnőttek esetében többféle standardizált kérdőíves eljárás áll rendelkezésre a halálfélelem mérésére, addig a gyermekek esetében nincsen megbízható eszközünk arra, hogy felbecsüljük témával kapcsolatos szorongásuk mértékét. A felnőtteknél alkalmazott eljárásokhoz hasonló létrehozása gyermekek esetében etikai

aggályokat is felvethet, ezért a nemzetközi szakirodalomban ismert kérdőíves példák kevés itemet tartalmaznak és idősebb korosztályt céloznak (Ollendick, 2006), vagy pedig csupán egy-egy halállal kapcsolatos szó félelemkeltő voltának megítélésére kéri a gyermeket (Schell, Seefeldt, 1991; Slaughter, Griffiths, 2007). Utóbbi módszernek magyar nyelvre való átültetése mindenképpen ígéretes és a gyermekek halálfogalmával foglalkozó kutatások szempontjából különösen fontos fejlemény lenne.

Lehetnek ugyanakkor a gyermekkori halálfélelemnek olyan megfigyelhető viselkedéses korrelátumai, amelyek alapján akár lehetséges volna következtetni a gyermekek által átélt szorongás mértékére (vagy legalábbis egy bizonyos szorongásszint felett). Ezeknek a sajátos magatartásformáknak a halálfélelemmel való kapcsolata nem egyértelmű, sokszor intuitív, hipotetikus vagy anekdotikus alapon kapcsoljuk össze őket. Halálszorongással való összefüggésükre utalhat, hogy némelyik ilyen jelenség megjelenése veszteségélményt követően, gyász esetén különösen gyakori – ilyen lehet például a szeparációs szorongás, az alvászavar (elalvástól való félelem) vagy az evési szokások megváltozása. Saját klinikai pszichológusi gyakorlatomban például az utóbbi időben feltűnően magas volt azoknak a gyerekeknek a száma, akik valamely szülőjük halálát követően több klinikai figyelmet igénylő tünet mellett hirtelen jelentős súlygyarapodásról számoltak be. Egy tízéves kislány, aki az édesapja erőszakos halált követően egy év alatt közel negyven kilót hízott, gyönyörűen fogalmazta meg a kapcsolatot saját szorongása és testsúlyproblémája között: *„Egyszer mentem haza az iskolából, és nagyon erős szél fúj. Nem tudom, hogyan, mert akkor se voltam nagyon vékony, de valahogy felborított. És azóta félek, hogy elvisz a szél.”* (Részletes anamnéziséből kiderült, hogy édesanyjának több szuicid kísérlete volt a múltban, és a gyermek állandó félelme, hogy mit fog találni, ha hazaér az iskolából.) – Ígéretes kutatási vonalnak tűnik a lehetséges viselkedéses korrelátumoknak az összegyűjtése, illetve a szülő halálattitűdjével, a szülő és a gyermek globális szorongásszintjével (rendelkezésre álló eszköz esetén halálfélelem szintjével), az esetleges családi veszteségélményekkel, a gyermek halálról való tudásával, téma iránti érdeklődésével stb. való összevetése. (Nyilvánvalóan mérlegelendő a halálkonceptió kidolgozottsága, hiszen a halálfogalom teljes

hiányában értelmetlen halálfélelemről beszélni.) Nem kizárt, hogy ilyen módon volna lehetőség egy szülő által könnyen kitölthető gyermekviselkedési leltár létrehozására, mely megbízhatóan jelezné a gyermek halálszorongásának magas szintjét.

2. A gyermekek halállal kapcsolatos ismereteinek – vagy éppen ezek hiányának –, halálfogalmuk kidolgozottságának, halálfantáziáik tartalmának jelentős klinikai következményei is lehetnek. Már említettük Orbach és Glaubman esettanulmányát (Orbach, Glaubman, 1979), akik szuicid cselekmények miatt hospitalizált gyermekeknél a lélek egyértelmű túlélését magukba foglaló halálfantáziákat találtak. A gyermekkori öngyilkosság az Egyesült Államokban már prepubertás korban is jelentős méreteket ölt, a legdinamikusabban terjedő haláloknak számít ebben az életkori csoportban (Roche, Giner, Zalsman, 2005). Még óvodáskori előfordulásról is beszámolnak, megemlítve, hogy számos véletlennek tűnő kisgyermekkori baleset háttérében explorálható tudatos önsértési szándék (Conolly, 1999). Hangsúlyozva, hogy kisgyermeknél a halálfogalom hiányosságai – különös tekintettel az irreverzibilitás és a kauzalitás kérdésére – egyfelől fokozott veszélyeket rejthetnek magukban, másfelől az összefüggések megértésének hiányában ártatlannak tűnő cselekmények is takarhatnak komoly önsértési szándékot, a szakirodalom és a klinikai gyakorlat szuicid jellegűnek vélelmez minden olyan viselkedésformát, melyet öndestruktív készletetés mozgat.

A kisgyermekkori szándékos önsértésnek és kognitív fejlődés-lélektani korrelátumainak hazánkban nem igazán van még szakirodalma, holott mind a prevenció, mind az edukáció terén nagy szükség lenne rá.

3. A téma klinikai vonatkozásainál maradva szót kell ejtenünk a komplikált gyász jelenségéről. Noha a Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének 5. kiadásában nem szerepel (DSM-5; APA, 2013), szólnak érvek az önálló kórképpé történő minősítése mellett (l. pl. Lichtental, Cruess, Prigerson, 2004; Shear et al., 2011). A komplikált gyász definíciója ennél fogva nem egységes, de általánosságban azokat a gyászreakciókat fedi le, melyek időtartamukban, intenzitásukban vagy megnyilvánulási módjukban jelentősen

eltérnek a szokásostól (Wolfelt, 1991). A komplikált gyász kockázati tényezői közé a különféle tanulmányok környezeti, kapcsolati és intrapszichés tényezők rendkívül széles körét sorolják, pl. (a teljesség igénye nélkül): a halál körülményei – erőszakos, hirtelen, a gyászoló talált a holttestre stb.; az elhunytal való kapcsolat minősége, a csekély társas támogatás, a családi kohézió hiánya; a gyászoló alacsony jövedelme, iskolázottsága; korábbi feldolgozatlan veszteségélmények; szorongó, elkerülő személyiség, gyermekkori szeparációs szorongás, bizonytalan kötődés; stb. (Vanderwerker et al., 2006; Burke, Neimeyer, 2013). Jelen vizsgálatban a szülői halálattitűd és a gyermek erős veszteségfélelme között talált összefüggés lehet csupán egy magasabb familiáris szorongásszint műterméke, de felveti a hoarding jellegű viselkedésformák és a halálszorongás kapcsolatának lehetőségét is. A hoarding, vagyis kényszeres gyűjtögetés egy gyermekkorban is előforduló diagnosztikai kategória, s bár sok esetben komorbid egyéb mentális rendellenességekkel (Steketee, Frost, 2003; Frost, Steketee, Tolin, 2011; Pertusa et al., 2012; Hall et al., 2013; stb.), többen összefüggésbe hoztak már feldolgozatlan veszteségélményekkel, nehezített gyászfolyamatokkal is (l. pl.: Thomas, 1998; Tolin et al., 2010). Mindezek mérlegelése mellett nagyobb figyelmet érdemelnének a gyermekkori kényszeres gyűjtögetés háttérében esetlegesen felmerülő familiáris veszteségélmények, a szülőknek és a gyermeknek ezekhez való viszonya, a veszteséggel kapcsolatos reprezentációik stb. Bár a szólnak érvek a gyermekkori hoarding és az átlagostól eltérő kognitív fejlődésment összefüggése mellett is (Teste, Pantelis, Fontenelle, 2011), ez a téma napjainkban még igen kevésbé kutatott.

4. A bemutatott vizsgálat komoly limitációját jelentette a szülői kérdések retrospektív jellege. A gyermekek halálfogalmának veszteségélményekkel, familiáris kommunikációs mintákkal, rituálékkal való összefüggésének igazán megbízható vizsgálata longitudinális keretben lenne megvalósítható, olyan családok követésével, akik nem régiben éltek át jelentős személyi veszteséget. Erre alkalmas terepet leginkább a különféle elérhető gyászfeldolgozó programok jelentenének. A veszteségélményt átélő családokban a gyermekek helyzete különösen neuralgikus, hiszen a szülők sok esetben kevésbé vonják be őket a

haláleset körüli tevékenységekbe (láthattuk a temetésen való részvétel és a szülői szorongás kapcsolatát!), ami nehezen érhetővé, titokzatossá, még inkább szorongáskeltővé teheti számukra a történeteket. Problémát jelenthet az is, ha szülő – a legjobb szándék mellett, kíméletből – olyan magyarázatot ad gyermekének, ami nem illeszkedik a gyermek kognitív fejlettségi szintjéhez, nem veszi figyelembe a témával kapcsolatos ismereteit, illetve sok esetben nehezen értelmezhető, összezavaró számára. A jelen kutatásban részt vevő szülők válaszai között is sok olyat találunk, ami egyszerre metaforikus és biológia tényeket nélkülöző (pl. *csillaggá vált, elköltözött, felment az égbe, angyalka lett* stb.). Az ilyen jellegű magyarázatoktól - azok félrevezető volta miatt - Polcz Alaine is óvva int (Polcz, 2001a). David J. Schonfeld egy nyolcéves kisfiú példáján keresztül szemlélteti a gyermekkorban jellemző szó szerinti értelmezés és a potenciálisan félrevezető szülői magyarázatok veszélyeit: a gyermek láthatóan jól viselte testvére halálát, szülei csupán arról panaszkodtak, hogy fiuk minősíthetetlenül viselkedik a templomban. A jelenség háttérében hamarosan rábukkantak a haláleset kapcsán adott szülői magyarázat szerepére: a szülők azt mondták gyermeküknek, hogy kistestvérét nagyon szerette isten, ezért angyalka lett – a kisfiú pedig ettől fogva mindent elkövetett, hogy Isten ne szeresse őt túlságosan, ne akarjon belőle is angyalkát csinálni (Schonfeld, 1993).

Hosszú Dalma, a Bátor Tábor Alapítvány krónikus betegségben elhunyt gyermekek családjának gyászfeldolgozását segítő Lélekmadár Táborának vezetője a Magyar Családterápiás Egyesület XXX. Vándorgyűlésén *Mit tanulhatunk a gyászolóktól?* címmel tartott workshopján beszámolt egy óvodás korú táborozó esetéről, akinek a szülei azt mondták, hogy testvére „*felment az égbe*” (Hosszú, 2016). A gyermek ezt látszólag elfogadta, nem kérdezett, nem voltak különösebb érzelmi reakciói. Majd a gyászterápiás tábor egy családi foglalkozásán a felnőttek beszélgetéséből értette meg, hogy valójában mi történt. Felpattant a foglalkozás közepén, és kérdőre vonta a szüleit: *ezt eddig miért nem mondtátok, hogy a testvérem meghalt?* – A halálról már voltak életkorának megfelelően árnyalt elképzelései, amibe nem illett az égben vándorló testvér képe. Ennek a gyermeknek a számára a valódi gyászfolyamat csak ekkor, több mint egy évvel a haláleset után kezdődött.

Ha a szülői értelmezések igazodni tudnak a gyermekek ismereteihez, halálkonceptióik tartalmához, talán a komplikált gyász gyermekkori prevalenciája is csökkenthető volna. Bemutatott vizsgálatom, illetve a visszajelzések kapcsán zajlott szülői konzultációk tapasztalatai azt jelzik, hogy az edukációnak ezen a téren nagyon nagy szerepe lenne.

Irodalomjegyzék

- [1] American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA
- [2] Anthony, Z., Bhana, K. (1989): An exploratory study of muslim girls' understanding of death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 19, 3, 215-227
- [3] Astuti, R. (2007): What happens after death? In: Astuti, R., Parry, J. P., Stafford, C. (Eds.): *Question of anthropology*. London School of Economics Monographs, Oxford: Berg, 222-247
- [4] Astuti, R. (2011): Death, ancestors and the living dead: Learning without teaching in Madagascar. In: Talwar, V., Harris, P. L., Schleifer, M. (Eds.): *Children and death: From biological to religious conceptions*. Cambridge University Press, New York
- [5] Astuti, R., Harris, P. L. (2008): Understanding mortality and the life of the ancestors in rural Madagascar. *Cognitive Science*, 32, 4, 713-740
- [6] Ariès, P. (1977): A halál iránti attitűdjeink – a fejlődés főbb állomásai és értelmezése. *Mérleg*, 13, 4, 339-354; In: Pilling J. (Ed.) (1999): *A halál és haldoklás kultúranropológiája*. SOTE, Budapest
- [7] Barrett, H. C., Behne, T. (2005): Children's understanding of death as the cessation of agency: a test using sleep versus death. *Cognition*, 96, 2, 93-108
- [8] Bedürftig, F. (2007): *A nagy világvallások*. Alexandra Kiadó, Budapest
- [9] Békés, V. A. (2003): A halál iránti attitűd az életkor, a nem és a vallásosság függvényében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 7, 1-2., 30-49; http://kharon.hu/docu/2003-1-2_bekes-halal.pdf, letöltés: 2015.09.19. 20:46
- [10] Bering, J. M. (2002): Intuitive conceptions of dead agents' minds: The natural foundations of afterlife beliefs as phenomenological boundary. *Journal of Cognition and Culture*, 2, 4, 263–308
- [11] Bering, J. M. (2006): The Folk Psychology of Souls. *Behavioral and Brain Sciences*, 29, 5, 453-488

- [12] Bering, J. M. (2008): The end? Why so many of us think our minds continue after we die. *Scientific American Mind*, 19, 5, 34–41
- [13] Bering, J. M., Bjorklund, C. H. (2004): The Natural Emergence of Reasoning about the Afterlife as a Developmental Regularity. *Developmental Psychology*, 40, 2, 217-233,
<https://www.qub.ac.uk/schools/InstituteofCognitionCulture/FileUploadPage/Filetoupload,90236,en.pdf>, letöltés: 2015.09.18. 1:28
- [14] Bering, J. M., Bjorklund, C. H., Blasi, D. F. (2005): The development of ‘afterlife’ beliefs in religiously and secularly schooled children. *British Journal of Developmental Psychology*, 23, 4, 587-607,
<https://www.qub.ac.uk/schools/InstituteofCognitionCulture/FileUploadPage/Filetoupload,90230,en.pdf>, letöltés: 2015.09.18 1:23
- [15] Berta, P. (1995): A középkori archaikus halálmodell és tipológiai felosztása. In: Hegedűs, K. (Ed.). *Halálközelben II. (A haldokló és halál méltóságáért)*. Magyar Hospice Alapítvány, 23-61
- [16] Bellak L., Bellak S. S. (1949): *The Children’s Apperception Test*. CPS, New York
- [17] Bloom, P. (2004): *Descartes’ Baby: How the Science of Child Development Explains What Makes Us Human*. Basic Book, New York
- [18] Bonoti, F., Leondari, A., Mastora, A. (2013): Exploring Children’s Understanding of Death: Through Drawing and the Death Concept Questionnaire. *Death Studies*, 37, 1, 47-60
- [19] Brent, S. B., Speece, M. W., Lin, C., Dong, Q., Yang, C. (1996): The development of the concept of death among Chinese and U.S. children 3-17 years of age: from binary to „fuzzy” concepts? *Omega: Journal of Death and Dying*, 33, 1, 67-84
- [20] Bugge, K. E., Darbyshire, P., Rokholt, E. G., Sulheim Haugstvedt, K. T., Helseth, S. (2011): Young Children's Grief: Parents' Understanding and Coping. *Death Studies*, 38, 1, 36-43

- [21] Burke, L. A., Neimeyer, R. A. (2013): Prospective risk factors for complicated grief. In: Stroebe, M. S., Schut, H., Van den Bout, J. (2013): *Complicated grief: scientific foundations for health care professionals*. Routledge, London, New York
- [22] Candy-Gibbs, S. E., Sharp, K.C., Petrun, C. J. (1984): The effects of age, object, and cultural/religious background on children's concepts of death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 15, 4, 329-346
- [23] Carey, S. (1985). *Conceptual change in childhood*. Cambridge, MA: MIT Press
- [24] Carey, S. (1995): On the origin of causal understanding. In Sperber, S., Premack, D., Premack, A. J. (Eds.): *Causal cognition*, Clarendon Press, Oxford; 268-308
- [25] Carey, S., Johnson, S. C. (2000): Metarepresentation and Conceptual Change: Evidence from Williams Syndrome. In: Sperber D. (Ed.): *Metarepresentations: A Multidisciplinary Perspective*. New York: Oxford University Press, 225-264
- [26] Childers, W., Wimmer, M.: (1971): The concept of death in children. *Child Development*, 42, 4, 1299-1301
- [27] Conolly, L. (1999): Suicidal behaviour – does it exist in pre-school aged children? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 16, 2, 72-74
- [28] Cosmides, L., Tooby, J. (2001): Unraveling the enigma of human intelligence: Evolutionary psychology and the multimodular mind. In: Sternberg, R. J., Kaufman, J. C. (Eds.): *The evolution of intelligence*. Erlbaum, Hillsdale, NJ; 145-198
- [29] Cotton, C. R., Range, L. M. (2010): Children's Death Concepts: Relationship to Cognitive Functioning, Age, Experience with Death, Fear of Death and Hopelessness. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 2, 123-127
- [30] Dennett, D. C. (1990): The Interpretation of Texts, People and Other Artifacts. *Philosophy and Phenomenological Research*, 50, Supplement, 177-194; <http://cogprints.org/259/1/intrptxt.htm>, letöltés: 2015.09.18. 13:58
- [31] Dennett, D. C. (1996): *Kinds of Minds: Towards an Understanding of Consciousness*. Basic Books, New York

- [32] Easson, W. M. (1970): *The Dying Child: The Management of the Child or Adolescent Who is Dying*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois
- [33] Elkind, D. (1977): Life and death: Concepts and feelings in children. *Day Care and Early Education*, 4, 3, 27-29; <http://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=EBSCO%3aedseic&genre=article&issn=00924199&ISBN=&volume=4&issue=3&date=19770101&spage=27&pages=27+-+29&title=Day+Care+and+Early+Education&atitle=Life+and+death%3a+Concepts+and+feelings+in+children&aurlast=Elkind%2c+D.&id=DOI%3a10.1007%2fBF02353091&site=ftf-live>, letöltés: 2016.06.02. 12.35
- [34] Erikson, E. H. (1950): *Childhood and Society*. Norton & Co, New York
- [35] Evans, E. M., Legare, C. H., Rosengren, K. S. (2011): Engaging multiple epistemologies: Implications for science education. In: Ferrari, M. & Taylor, R. (Eds.): *Epistemology and science education: Understanding the evolution vs. intelligent design controversy*, Routledge, New York, 111-139
- [36] Fodor, J. (1983): *The Modularity of Mind*. MIT Press, Cambridge, MA; <http://www.ucd.ie/artspgs/langmind/Fodor1983.pdf>, letöltés: 2016.07.11. 0:42
- [37] Fodor-Szlovencsák, K. (2000): A gyermekek halálképének fejlődése. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 4, 3, 89-119; http://epa.oszk.hu/02000/02002/00010/pdf/2000-osz_fodor-szlovencsak-gyermekek.pdf, letöltés: 2015.09.03. 22.01
- [38] Formanek, R. (1974): When Children Ask about Death. *The Elementary School Journal*, 75, 2, 92-97
- [39] Florian, V., Kravetz, S. (1985): Children's Concepts of Death: A Cross-Cultural Comparison Among Muslims, Druze, Christians, and Jews in Israel. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 16, 2, 74-89
- [40] Freud, S. (1995): Tömegpszichológia és én-analízis. Időszerű megfigyelések a háborúról és a halálról. 2. rész. Viszonyunk a halálhoz. In: S. Freud: Tömegpszichológia. *Társadalomlélektani írások*. Cserépfalvi, Budapest, 179-184
- [41] Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F. (2011): Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 10, 876-884

- [42] Gaab, E. M., Owens, G. R., MacLeod, R. D. (2013): Caregivers' Estimations of Their Children's Perceptions of Death as a Biological Concept. *Death Studies*, 37, 8, 693-703
- [43] Gautiérrez, I. T., Rosengren, K. S., Miller, P. J., Schein, S. S. (2014): Affective dimensions of death: Children' Books, questions, and understandings. In: Rosengren, K. S., Miller, P. J., Gautiérrez, I. T., Chow, P. I., Schein, S. S. (Eds.): *Children's Understanding of Death: Toward a Contextualized and Integrated Account*, Wiley-Blackwell; 43-61
- [44] Gérecz, Á. (2009): Halálkép a roma gyermekek képzeletében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 13, 3, 1-56, http://kharon.hu/docu/2009-3_gerecz-halalkep.pdf, letöltés: 2015.09.19. 20:46
- [45] Gibbons, M. B. (1992): A child dies, a child survives: the impact of sibling loss. *Journal of Pediatric Health Care*, 6, 2, 65-72
- [46] Goldenberg, J. L. (2005): The body stripped down: An existential account of the threat posed by the physical body. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 4, 224–228
- [47] Goldman, A., Christie, D. (1993): Children with Cancer Talk About Their Own Death with Their Families. *Pediatric Hematology and Oncology*, 10, 3, 223-231
- [48] Görföl, T., Máté-Tóth, A. (2009): *Világvallások. Buddhizmus, Hinduizmus, Iszlám, Judaizmus, Kereszténység – Akadémiai lexikonok*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- [49] Graham-Pole, J., Wass, H., Eyberg, S., Chu, L., Olejnik, S. (1989): Communicating with dying children and their siblings: A retrospective analysis. *Death Studies*, 13, 5, 465-483
- [50] Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S. (1986): The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: Baumeister, R. F. (Ed.): *Public and Private Self*. Springer-Verlag, New York, 189-212
- [51] Hall, B. J., Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G. (2013): An Exploration of Comorbid Symptoms and Clinical Correlates of Clinically Significant Hoarding Symptoms. *Depression and Anxiety*, 30, 1, 67-76

- [52] Harris, P. L. (2011): Conflicting Thoughts about Death. *Human Development*, 54, 3, 160-168
- [53] Harris, P. L. (2012): *Trusting What You're Told: How Children Learn from Others*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- [54] Harris, P. L., Giménez, M. (2005): Children's acceptance of conflicting testimony: The case of death. *Journal of Cognition and Culture*, 5, ½, 143-164
- [55] Harris, P. L., Koenig, M. A. (2006): Trusting in Testimony: How Children Learn About Science and Religion. *Child Development*, 7, 3, 505-524
- [56] Hatzor-Matalon, T. (1998): The relationship among children's conceptualization of death, parental communication about death, and parental death anxiety. ETD Collection for Fordham University. Paper AAI9960950.
- [57] Hodge, K. M. (2010): Offline Social Reasoning as the Cognitive Mechanism for Afterlife Beliefs: Why Bering et al. got the finding they did. *ESSAT 2010*, Conference Paper, <http://mitchhodge.orgfree.com/papers/ESSAT.pdf>, letöltés. 2015.09.18. 1:33
- [58] Hodge, K. M. (2011): Why immortality alone will not get me to the afterlife. *Philosophical Psychology*, 24, 3, 395-410
- [59] Hoffman, S.I., Strauss, S. (1985): The development of children's concepts of death. *Death Studies*, 9, 5-6, 469-482
- [60] Horsley, H., Patterson, T. (2006): The Effects of a Parent Guidance Intervention on Communication among Adolescents Who Have Experienced the Sudden Death of a Sibling. *The American Journal of Family Therapy*, 34, 2, 119-137
- [61] Hosszú, D. (2016): Mit tanulhatunk a gyászolóktól? (absztrakt) In: Magyar Családterápiás Egyesület: *Múlt, jelen, jövő – Az első harminc évünk... A Magyar Családterápiás Egyesület XXX. Vándorgyűlése*, Pécs, 2016. április 1-3. (konferenciakiadvány), 26
- [62] Hui, C. H., Chou, K., L. (1991): Halálfogalom és kulturális orientáció. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 47, 4, 381-392

- [63] Hunter, S. B., Smith, D. E. (2008): Predictors of Children's Understandings of Death: Age, Cognitive Ability, Death Experience and Maternal Communicative Competence. *Journal of Death and Dying*, 57, 2, 143-162
- [64] Hurd, R. C. (1999): Adults view their childhood bereavement experiences. *Death Studies*, 23, 1, 17-41
- [65] Inagaki, K. (1997): Emerging distinctions between naive biology and naive psychology, *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1997, 75, 27-44
- [66] Inagaki, K., Hatano, G. (2004): Vitalistic causality in young children's naive biology. *Language and Conceptual Development series*, 8, 8, 356-362
- [67] Inagaki, K., Hatano, G. (2006a): Young Children's Conception of the Biological World. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 177-181
- [68] Inagaki, K., Hatano, G. (2006b): *Young children's naive thinking about the biological world*. New York, Psychology Press
- [69] Jalmsell, L., Kontio, T., Stein, M., Henter, J.-I. (2015): On the Child's Own Initiative: Parents Communicate with Their Dying Child About Death. *Death Studies*, 39, 2, 111-117
- [70] Jaakkola, R. O., Slaughter, V. (2002): Children's body knowledge: Understanding life as a biological goal. *British Journal of Developmental Psychology*, 20, 3, 325-342
- [71] Jay, S. M., Green, V., Johnson, S., Caldwell, S., Nitschke, R. (2010): Differences in Death Concepts Between Children With Cancer and Physically Healthy Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 4, 301-306
- [72] Jenkins, R. A., Cavanaugh, J. C. (1986): Examining the relationship between the development of the concept of death and overall cognitive development. *Omega: Journal of Death and Dying*, 16, 3, 192-199
- [73] *Jewish Virtual Library* – A Division of The American-Israeli Cooperative Enterprise.
https://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/judaica/ejud_0002_0015_0_15058.htm;l
 letöltés: 2016.07.10. 1:01

- [74] Johnson, S. C. (2000): The recognition of mentalistic agents in infancy. *Trends in Cognitive Science*, 4, 1, 22–28
- [75] Johnson, S. C., Carey, S. (1998): Knowledge Enrichment and Conceptual Change in Folkbiology: Evidence from Williams Syndrome. *Cognitive Psychology*, 32, 2, 156-200
- [76] Kane, B. (1979): Children's Concepts of Death. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 134, 1, 141-153
- [77] Kastenbaum, R. (1967): The child's understanding of death: how does it develop? In: Grollman, E. A. (Ed.): *Explaining death to children*. Beacon Press, Boston
- [78] Kastenbaum, R., Aisenberg, R. (1972): *The Psychology of Death*. Springer Publishing Company, New York
- [79] Kenyon, B. L. (2001): Current Research in Children's Conceptions of Death: A Critical Review. *Omega: Journal of Death and Dying*, 43, 1, 63-91
- [80] Keil, F. C. (2010): The feasibility of folk science. *Cognitive Science*, 34, 5, 826-862, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1551-6709.2010.01108.x/full>, letöltés: 2016.06.02. 12:44
- [81] Kirkpatrick, L. A. (1999): Toward an evolutionary psychology of religion and personality. *Journal of Personality*, 67, 6, 921–952.; http://www2.psych.ubc.ca/~ara/religion%20seminar%20papers/Kirkpatrick_1999.pdf, letöltés: 2016.07.10. 4:04
- [82] Kirkpatrick, L. A., Navarrete, C. D. (2006): Reports of My Death Anxiety Have Been Greatly Exaggerated: A Critique of Terror Management Theory from an Evolutionary Perspective. *Psychological Inquiry*, 17, 4, 288-298; <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.574.4267&rep=rep1&type=pdf>, letöltés: 2016.07.10. 4:05
- [83] Koocher, G. P. (1973): Childhood, death, and cognitive development. *Developmental Psychology*, 9, 3, 369-375

[84] Központi Statisztikai Hivatal (2011): 2011. évi népszámlálás. 3. Területi adatok. KSH, Szeged;

http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_03_06_2011.pdf, letöltés: 2016.03.24. 19:15

[85] Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U., Onelöv, E., Henter, J.-I., Steineck, G. (2004): Talking about Death with Children Who Have Severe Malignant Disease. *The New England Journal of Medicine*, 351, 12, 1175-1186; <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa040366#t=articleBackground>, letöltés: 2015.09.16., 0:02

[86] Krell, R., Rabkin, L. (1979): The Effects of Sibling Death on the Surviving Child: A Family Perspective. *Family, Process*, 18, 4, 471-477

[87] Landau, M. J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Greenberg, J. (2007): On the compatibility of terror management theory and perspectives on human evolution. *Evolutionary Psychology*, 5, 3, 476–519

[88] Lane, J. D., Ligi, Z., Evans, E. M., Wellman, H. M. (2016): Developing Concepts of the Mind, Body, and Afterlife: Exploring the Role of Narrative Context and Culture. *Journal of Cognition and Culture*, 16, 1-2, 50-82

[89] Lantos, K. (2015): A gyermek viszonyulása a halálhoz és a gyászhoz. In: Németh, A. (Ed.): *Hospice szakápolástan*. Medicina, Bp., 49-65

[90] Lazar, A., Torney-Purta, J. (1991). The development of the subconcepts of death in young children: A short-term longitudinal study. *Child Development*, 62, 6, 1321-1333

[91] Lee, J. O., Lee, J., Moon, S. S. (2009): Exploring children's understanding of death concepts. *Asia Pacific Journal of Education*, 29, 2, 251-264

[92] Legare, C. H., Rosengren, K. S., Evans, E. M., Harris, P. L. (2012): The Coexistence of Natural and Supernatural Explanations Across Cultures and Development. *Child Development*, 83, 3, 779-793; <http://static1.squarespace.com/static/53485734e4b0fffc0dcc64c2/t/536d36dde4b059c02f87b568/1399666397719/the-coexistence-of-natural-and-supernatural-explanations-across-cultures-and-development.pdf>, letöltés: 2015.09.20. 1:43

- [93] Leming, M. (1980): Religion and Death: A Test of Homan's Thesis. *Omega: Journal of Death and Dying*, 10, 4, 347-363
- [94] Leslie, A. M. (1994): ToMM, ToBy, and agency: Core architecture and domain specificity. In: Hirschfeld, L. A., Gelman, S. A. (Eds.): *Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture*, Cambridge University Press, New York, 119–148
- [95] Lester, D. (1991): The Lester Attitude Toward Death Scale. *Omega: Journal of Death and Dying*, 23, 1, 67-75
- [96] Lichtental, W. G., Cruess, D. G., Prigerson, H. G. (2005): A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in *DSM-V*. *Clinical Psychology Review*, 24, 6, 637-662
- [97] Lonetto, R. (1980): *Children's conceptions of death*. New York, Springer
- [98] Mahon, M. M., Goldberg, E. Z., Washington, S. K. (1999): Concept of Death in a Sample of Israeli Kibbutz Children. *Death Studies*, 23, 1, 43-59
- [99] Martinson, I. M., Campos, R. G. (1991): Adolescent Bereavement. Long-Term Responses to a Sibling's Death from Cancer. *Journal of Adolescent Research*, 6, 1, 54-69
- [100] Maurer, A. (1966): Maturation of Concepts of Death. *British Journal of Medicine and Psychology*, 39, 1, 35-41
- [101] McNeil, J. N. (1982): Young mothers' communication about death with their children. *Death Studies*, 4, 6, 323-339
- [102] Melear, J. D (1973): Children's Conceptions of Death. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 123, 2, 359-360
- [103] Mérei, F., Binét. Á (1870): *Gyermeklélektan*. Gondolat Kiadó, Budapest
- [104] Miller, P. J., Gautiérrez, I. T., Chow, P. I., Schein, S. S. (2014): In: Rosengren, K. S., Miller, P. J., Gautiérrez, I. T., Chow, P. I., Schein, S. S. (Eds.): *Children's Understanding of Death: Toward a Contextualized and Integrated Account*, Wiley-Blackwell; 19-42

- [105] Misailidi, P., Kornilaki, E. N. (2015): Development of Afterlife Beliefs in Childhood: Relationship to Parent Beliefs and Testimony. *Merrill-Palmer Quarterly*, 61, 2, 290-318
- [106] Mishara, B. L. (1999): Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6-12 and Their Implications for Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 2, 105-118
- [107] Nagy, M. I. (1997): *A gyermek és a halál*. Pont Kiadó, Budapest
- [108] Navarrete, C. D., Fessler, D. M. T. (2005): Normative Bias and Adaptive Challenges: A Relational Approach to Coalitional Psychology and a Critique of Terror Management Theory. *Evolutionary Psychology*, 3, 1, 279-325; <http://evp.sagepub.com/content/3/1/147470490500300121.full>, 2016.07.10. 4:14
- [109] Nguyen, S. P., Gelman, S. A. (2002): Four and 6-year olds' biological concept of death: The case of plants. *British Journal of Developmental Psychology*, 20, 4, 495-513
- [110] Nguyen, S. P., Rosengren, K. S (2004): Parental reports of children's biological knowledge and misconceptions. *International Journal of Behavior Development*, 28, 5, 411-442; <http://cogdev.psych.northwestern.edu/pdf/14167666.pdf>, letöltés. 2015.09.18. 0:49
- [111] Nichols, S. (2007): Imagination and immortality: Thinking of me. *Synthese*, 159, 2, 215–233
- [112] Nielsen, D. (2012): Discussing death with pediatric patients: implications for nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 7, 27, 59-64
- [113] O'Halloran, C. M., Altmaier, E. M. (2011): Awareness of Death Among Children: Does a Life-Threatening Illness Alter the Process of Discovery? *Journal of Counseling and Development*, 74, 3, 259-262
- [114] Oláh, A (2006): *Pszichológiai alapismeretek*. Bölcsész Konzorcium, Budapest; <http://mek.oszk.hu/05400/05478/05478.pdf>, letöltés: 2015.09.13. 21:46
- [115] Ollendick, T. H. (2006): Fear Survey Schedule for Children – Revised. In: Herbert, M. (Ed.): *Clinical Child and Adolescent Psychology: From Theory to Practice*,

Third Edition, Wiley, Chichester; 322-328 (Appendix III);
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470713334.app3/pdf>, letöltés:
2016.06.14. 15:40

[116] Orbach, I., Glaubman, H. (1979): The Concept of Death and Suicidal Behavior in Young Children: Three Case Studies. *Psychiatry*, 18, 4, 668-678

[117] Orbach, I., Gross, Y., Glaubman, H., Berman, D. (1985): Children's Perception of Death in Humans and Animals as a function of Age, Anxiety and Cognitive Ability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 3, 453-463

[118] Orbach, I., Gross, Y., Glaubman, H., Berman, D. (1986): Children's perception of various determinants of the death concept as a function of intelligence, age, and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 2, 120-126

[119] Orbach, I., Talmon, O., Kedem, P., Har-Even, D. (1987): Sequential patterns of five subconcepts of human and animal death in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 4, 578-582

[120] Panagiotaki, G., Nobes, G., Ashraf, A., Aubby, H. (2015): British and Pakistani children's understanding of death: Cultural and developmental influences. *British Journal of Developmental Psychology*, 33, 1, 31-44;
<http://core.ac.uk/download/pdf/29109310.pdf>, letöltés: 2015.09.22. 12:56

[121] Pertusa, A., Bejerot, S., Eriksson, J, De la Cruz, L. F., Bonde, S., Russell, A., Mataix-Cols, D. (2011): Do patients with hoarding disorder have autistic traits? *Depression and anxiety*, 29, 3, 210-218

[122] Piaget, J. (1970): Válogatott tanulmányok. Gondolat, Budapest

[123] Piaget, J. (1978): *Szimbólumképzés a gyermekkorban*. Gondolat, Budapest

[124] Plank, E. N. (1968): Young Children and Death. *Young Children*, 23, 6, 331-336

[125] Polcz, A. (2001a): *Élet és halál titkai. Mit mondjunk a gyerekeknek?* Budapest, Pont Kiadó

[126] Polcz, A. (2001b): *Gyermek a halál kapujában*. Budapest, Pont Kiadó

- [127] Polcz, A. (2007): *Meghalok én is?* Jelenkor Kiadó, Budapest
- [128] Poling, D. A., Evans, E. M. (2004): Are dinosaurs the rule of the exception? Developing concept of death and extinction. *Cognitive Development*, 19, 3, 363-383
- [129] Portz, A. (1972): The child's sense of death. In. Godin, A. (Ed.): *Death and Presence*, Lumen Vitae Press, Brussels; 139-154
- [130] Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106, 4, 835–845
- [131] Pyszczynski, T., Rothschild, Z., Abdollahi, A. (2008): Terrorism, violence, and hope for peace. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 5, 318–322
- [132] Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J. (2002): *In the wake of 9/11: The psychology of terror*. American Psychological Association, New York
- [133] Reilly, T. P, Hasazi, J. E., Bond, L. A. (1983): Children's Conceptions of Death and Personal Mortality, *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 1, 21-31
- [134] Renauld, S.-J., Egarhos, P., Schleifer, M., Talwar, V. (2015): Children's earliest experiences with death: Conversations, explanations and parental satisfaction. *Infant and Child Development*, 24, 2, 157-174
- [135] Richert, R. A., Harris, P. L. (2006): The Ghost in My Body: Children's Developing Concept of the Soul. *Journal of Cognition and Culture*, 6, 3, 409-427
- [136] Roche, A. M., Giner, L, Zalsman, G. (2005): Suicide in early childhood: A brief review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17, 3, 221-224;
[http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/\\$002fj\\$002fjamh.2005.17.3\\$002fjamh.2005.17.3.221\\$002fjamh.2005.17.3.221.pdf?t:ac=j\\$002fjamh.2005.17.3\\$002fjamh.2005.17.3.221\\$002fjamh.2005.17.3.221.xml](http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/$002fj$002fjamh.2005.17.3$002fjamh.2005.17.3.221$002fjamh.2005.17.3.221.pdf?t:ac=j$002fjamh.2005.17.3$002fjamh.2005.17.3.221$002fjamh.2005.17.3.221.xml), letöltés:
 2016.06.11. 0:57
- [137] Rochlin, G. (1967): How younger children view death and themselves. In: Grollman, E. A. (Ed.): *Explaining death to children*. Beacon Press, Boston; 51-85

- [138] Rosengren, K. S., Gautéierrez, I. T., Schein, S. S. (2014a): Cognitive dimensions of death in context. In: Rosengren, K. S., Miller, P. J., Gautéierrez, I. T., Chow, P. I., Schein, S. S. (Eds.): *Children's Understanding of Death: Toward a Contextualized and Integrated Account*, Wiley-Blackwell; 62-82
- [139] Rosengren, K. S., Gautéierrez, I. T., Schein, S. S. (2014b): Cognitive models of death. In: Rosengren, K. S., Miller, P. J., Gautéierrez, I. T., Chow, P. I., Schein, S. S. (Eds.): *Children's Understanding of Death: Toward a Contextualized and Integrated Account*, Wiley-Blackwell; 83-96
- [140] Safier, G. (1964): A Study in Relationships between the Life and Death Concepts in Children. *Genetic Psychology*, 105, 2, 283-294
- [141] Schilder, P., Wechsler, D. (1934): The attitude of children towards death. *Journal of Genetic Psychology*, 75, 45, 406-451
- [142] Schell, D., Seefeldt, C. (1991): Development of a death anxiety scale for children. *Omega: Journal of Death and Dying*, 23, 3, 227-234
- [143] Schonfeld, D. J. (1993): Talking with Children About Death. *Health Care*, 7, 6, 269-274
- [144] Shapiro, D. N., Howell, K. H., Kaplow, J. B. (2012): Associations Among Mother-Child Communication Quality, Childhood Maladaptive Grief, and Depressive Symptoms. *Death Studies*, 38, 3, 172-178
- [145] Share, L. (1972): Family Communication in the Crisis of a Child's Fatal Illness: A Literature Review and Analysis. *Journal of Death and Dying*, 3, 3, 187-201
- [146] Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D., Keshaviah, A. (2011): *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5*, 28, 2, 103-117
- [147] Slaughter, V., Griffiths, M. (2007): Death Understanding and Fear of Death in Young Children, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 4, 525-535

- [148] Slaughter, V., Jaakkola, R., Carey, S. (1999): Constructing a coherent theory: Children's biological understanding of life and death. In: Siegal, M., Petersen, C. C. (Eds): *Children's understanding of biology and health. Cambridge studies in cognitive perceptual development*. New York: Cambridge University Press, 71-96
- [149] Slaughter, V., Lyons, M. (2003): Learning about life and death in early childhood. *Cognitive Psychology*, 46, 1-30
- [150] Slaughter, V. (2005): Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40, 3, 179-186
- [151] Smilansky, S. (1987): *On death: Helping children understand and cope*. Peter Lang Publishing, New York
- [152] Solomon, S., Greenberg, J., Pyszczynski, T. (1997): Return of the living dead. *Psychological Inquiry*, 8, 1, 59-71.
- [153] Speece, M. W. (1995): Children's Concepts of Death. *Michigan Family Review*, 1, 1, 57-69
- [154] Speece, M.W., Brent, S. B. (1992): The acquisition of a mature understanding of three components of the concept of death. *Death Studies*, 16, 3, 211-229.
- [155] Speece, M. W., Brent, S. (1984): Children's understanding of death: A review of three components of a death concept. *Child Development*, 55, 5, 1671-1686
- [156] Sperber, D. (2001): In Defense of Massive Modularity. In: Dupoux, E. (Ed.): *Language, Brain and Cognitive Development: Essays in Honor of Jacques Mehler*, MIT Press, Cambridge, MA; 47-57; <http://www.dan.sperber.fr/?p=63>, letöltés: 2016.07.11 1:02
- [157] Sperber, D., Wilson, D. (2002): Pragmatics, Modularity and Mind-reading. *Mind and Language*, 17, 1-2, 3-23; <http://www.dan.sperber.fr/wp-content/uploads/2009/09/PragmaticsModularityMindReading.pdf>, letöltés: 2016.07.11 0:48
- [158] Steketee, G., Frost, R. O. (2003): Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23, 7, 905-927

- [159] Sternlicht, M. (1980): The concept of death in preoperational retarded children. *The Journal of Genetic Psychology*, 137, 2, 157-164.
- [160] Strambrook, M., Parker, K. C. H. (1987): The Development the Concept of Death in Childhood: A Review of the Literature. *Merrill-Palmer Quarterly*, 33, 2, 133-157
- [161] Süle, F. (1988): A Fa-rajz-teszt. In: Mérei, F., Szakács, F. (Eds.): *Pszichodiagnosztikai vademecum II/2*. Tankönyvkiadó, Budapest, 89-148
- [162] Swain, H. L. (1978): Childhood views of death. *Death Studies*, 2, 4, 341-358
- [163] Szokolszky, Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó, Budapest. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_kutatomunka_a_pszichologiaban/adatok.html, letöltés: 2016.06.01. 13:31
- [164] Tallmer, M., Formanek, R., Tallmer, J. (1974): Factors influencing children's concepts of death. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3, 2, 17-19
- [165] Talwar, V. (2011): Talking to Children about Death in Educational Settings. In: Talwar, V. (Ed.): *Children's Understanding of Death – From Biological to Religious Conceptions*. New York: Cambridge University Press, 98-115
- [166] Tellegen, P. J., Winkel, M., Wijnberg-Williams, B., Laros, J. A. (1998): Snijders – Oomen Nonverbal Intelligence Test. SON – R 2,5 – 7. Manual and research report. Swet Test Publishers, Lisse
- [167] Testa, R., Pantelis, C. Fontenelle, L. F. (2011): Hoarding Behaviors in Children With Learning Disabilities. *Journal of Child Neurology*, 25, 5, 574-579
- [168] Thomas, N. D. (1998): Hoarding: Eccentricity or Pathology: When to Intervene? *Journal of Gerontological Social Work*, 29, 1, 45-55
- [169] Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O., Steketee, G. (2010): Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression and Anxiety*, 27, 9, 829-838
- [170] Tóth, A. (2014): S akarsz, akarsz-e játszani halált...? – Óvodás korú gyermekek és szüleik halálszorongásának és halállal kapcsolatos kommunikációjának vizsgálata.

Kharón Thanatológiai Szemle, 18, 3, 18-41; http://kharon.hu/docu/2014-3_toth-s.pdf,
letöltés: 2015.09.19. 20:47

[171] Tóth, A. (2015): Az emberek elvesztik az életüket véletlenül... - Beszélgetések óvodásokkal és szüleikkel a halálról. *Gyermeknevelés*, 5, 1, 39-51; http://gyermekneveles.tok.elte.hu/5_szam/pub/toth.pdf, letöltés: 2015.09.20. 1:50

[172] Tóthné Zana, Á. (2009): *A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál?* Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest; http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/tothnezanaagnes.d.pdf, letöltés: 2015.09.15., 22:11

[173] Townley, K, Thornburg, K. R. (1980): Maturation of the concept of death in elementary school children. *Educational Research Quarterly*, 5, 3, 133-157

[174] Vallacher, R. R. (1997): Grave matters. *Psychological Inquiry*, 8, 1, 50–54

[175] Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Prigerson, H. G. (2006): An Exploration of Associations Between Separation Anxiety in Childhood and Complicated Grief in Later Life. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194, 2, 121-123

[176] Velkey, K. M. (2012): A gyász illemtana. A gyász illemtanának és a halálképnek a változása a 19-20. században. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 16, 4, 46-53; http://kharon.hu/docu/2012-4_velkey-gyasz.pdf, letöltés: 2015.09.19. 20:46

[177] Vianello, R., Lucamante, M. (1988). Children's understanding of death according to parents and paediatricians. *The Journal of Genetic Psychology*, 149, 3, 305-316.

[178] Vianello, R., Marin, M. L. (1989). Children's understanding of death. *Early Child Development and Care*. 46, 1, 97-104

[179] Vlok, M., De Witt, M.W. (2012): Naive theory of biology: the pre-school child's explanation of death. *Early Child Development and Care*, 182, 12, 1645-1659

[180] Wass, H., Dinklage, R., Gordon, S. (1983): Use of play for assessing children's death concepts: a re-examination. *Psychological Reports*, 53, 799-803

- [181] Weber, J. A., Fournier, D. G. (1985): Family Support and Child's Adjustment to Death. *Family Relations*, 34, 1, 43-49
- [182] Wechsler, D. (2015a): *WPPSI-IV Óvodás és Kisiskolás Intelligenciateszt magyar kézikönyve. Hazai tapasztalatok, vizsgálati eredmények és normák*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest
- [183] Wechsler, D. (2015b): *WPPSI-IV Tesztfelvételi és pontozási kézikönyv*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest
- [184] Weininger, O. (1979): Young children's concepts of dying and dead. *Psychological Reports*, 44, 2, 395-407
- [185] Wellman, H., Gelman, S. (1992): Cognitive development: foundational theories of core domains. *Annual Review of Psychology*, 43, 337-375
- [186] White, E., Elsom, B., Prawat, R. (1978): Children conceptions of death. *Child Development*, 49, 2, 307-310
- [187] Wolfelt, A.D. (1991): Toward an Understanding of Complicated Grief: A Comprehensive Overview. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 8, 2, 28-30
- [188] Yalom, I. D. (2004): *Egzisztenciális pszichoterápia*. Animula, Budapest
- [189] Zawistowski, C. (2008). Talking to children about death can be challenging. *HemOnc Today*, 10/12/2008, <http://www.healio.com/hematology-oncology/practice-management/news/print/hematology-oncology/%7B5efd6261-21c1-4781-8017-1843d0c00668%7D/talking-to-children-about-death-can-be-challenging>; letöltés: 2015.09.14. 21:49
- [190] Zana, Á., Hegedűs, K., Szabó, G. (2006): A Neimeyer és Moore féle Multidimenzionális halálfélelem skála validálása magyar populáción. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 3, 257-265

1. sz. melléklet – Levél az intézményvezetőnek

Tisztelt Igazgató Asszony!

A PTE BTK Pszichológia Intézetének docense, Dr. Kiss Szabolcs témavezetésével megvalósuló kutatásunkban azt vizsgáljuk, milyen fogalmai, fantáziái vannak óvodás korú gyermekeknek az élet olyan alapkérdéseiről, mint a születés vagy az elmúlás, és ez miként jelenik meg a szüleikkel való mindennapi kommunikációjukban.

A kutatás címe:

Óvodás korú gyermekek naiv biológiai elméleteinek vizsgálata

A kutatás célja:

A formális természettudományi oktatás megkezdését megelőzően is vannak a gyermekeknek tapasztalatokon, hallomáson alapuló, sajátos fantáziákkal színezett elképzeléseik az emberi test működéséről, az alapvető biológiai folyamatokról, az élet egyes tényeiről. Vizsgálatunk azt célozza, hogy feltérképezzük: pontosan hogyan épülnek fel ezek a naiv biológiai elméletek, hogyan fejlődnek az életkorral, egyéb mentális készségek érésével, illetve miben különböznek idősebb gyermekek elképzeléseitől.

A vizsgálat menete

A vizsgálatba bevont gyerekekkel a vizsgálat lebonyolításáért felelős pszichológus először játékos keretek között egy olyan pszichológiai tesztet vesz fel, ami arról nyújt információt, mennyire értik a gyermekek egyszerű, mindennapi események ok-okozati viszonyait, egyes történések időbeli sorrendjét. A vizsgálatvezető a tesztfelvétel folyamán képeket mutat a gyermekeknek – egy részfeladatban 3-6 darabot – melyek helyes sorrendbe állítva egy történetet „mesélnek el”. A feladat ennek a sorrendnek a megtalálása, illetve a bemutatott összefüggések felismerése, a történet rekonstruálása.

A vizsgálatvezető ezt követően egy szókinccstesztet vesz fel a gyermekekkel: szavakat olvas fel nekik, majd egy-egy szó elhangzása után arra kéri őket, mondják el, mit jelent az adott szó, mit tudnak róla, milyen ismereteik vannak ezzel kapcsolatban. A szavak között egyszerű, a gyerekek számára ismerős, hétköznapi tárgyak, élőlények szerepelnek (pl. esernyő, tehén), illetve néhány, az emberi életfolyamatokhoz, -jelenségekhez kapcsolódó kifejezés: születés, halál, alvás, betegség, gyógyulás stb. A fogalmak megvitatása során a vizsgálatvezető feltehet néhány kiegészítő, tisztázó kérdést is, pl.: *Hogyan születnek az emberek? Mit gondolsz, mindenki így születik? Mindenki meghal? Mindenki szokott aludni? Mitől lehet valaki beteg? Ha valaki beteg, hogyan gyógyulhat meg? stb.*

A vizsgálatot minden esetben a feladathelyzetet oldó kötetlen beszélgetéssel, esetleg közös, kötetlen rajzolással zárjuk.

Amennyiben a szülő hozzájárul gyermeke vizsgálatban való részvételéhez, egy kérdőívet juttatunk el hozzá, melynek kitöltése önkéntes, de nagy segítséget jelent számunkra a vizsgálati eredmények értelmezéséhez.

Igény, érdeklődés esetén – előzetes megbeszélés alapján – lehetőséget biztosítunk a szülőnek arra, hogy gyermeke vizsgálatakor ő is jelen legyen.

A szülők a vizsgálat menetéről részletes írásbeli tájékoztatást kapnak. A részvétel önkéntes, és írásos beleegyezés alapján történik.

Szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretén belül gyűjtünk össze. A kutatás során nyert adatokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen, a válaszlapokat elzárt szekrényben őrizzük. Az egyéni kódot minden kérdőív esetében a kutatásban résztvevő pszichológus adja, és csak ő ismeri. A kutatás során nyert adatokat összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg.

A vizsgálat során tapasztaltokról, a gyermek vizsgálati anyagáról, illetve a vizsgálat egészéről igény szerint szóbeli tájékoztatást adunk. Amennyiben a szülőknak bármiféle kérdése, észrevétele van a vizsgálatról vagy a felmerülő témákkal kapcsolatban, a vizsgálat lezárását követően egyéni konzultációs lehetőséget biztosítunk részükre.

Ezúton kérem beleegyezését a vizsgálat *(óvoda neve)*-ben történő lebonyolításához, illetve segítségét az óvodába járó gyermekek szüleinek megszólításához, vizsgálatba vonásához.

Segítségét előre is köszönöm, tisztelettel:

Tóth Anett
pszichológus, a vizsgálat
lebonyolítója

2.sz. melléklet– Szülői tájékoztató és beleegyező nyilatkozat

Tisztelt Szülő!

Az óvodában az elkövetkező hetekben a gyermekek egy részével rövid, fejenként 20-25 percig tartó vizsgálatot végeznek a szegedi Gyermek- és Ifjúságpszichiátria munkatársai. Mindez egy tudományos kutatás részeként történik, amelynek eredményeit Tóth Anett tanácsadó szakpszichológus a Dr. Kiss Szabolcs (a PTE BTK Pszichológia Intézetének docense) témavezetésével készülő doktori dolgozatában fogja felhasználni.

A kutatás címe:

Óvodás korú gyermekek naiv biológiai elméleteinek vizsgálata

A kutatás célja:

A formális természettudományi oktatás megkezdését megelőzően is vannak a gyermekeknek tapasztalatokon, hallomáson alapuló, sajátos fantáziákkal színezett elképzeléseik az emberi test működéséről, az alapvető biológiai folyamatokról, az élet egyes tényeiről. Vizsgálatunk azt célozza, hogy feltérképezzük: pontosan hogyan épülnek fel ezek a naiv biológiai elméletek, hogyan fejlődnek az életkorral, egyéb mentális készségek érésével, illetve miben különböznek idősebb gyermekek elképzeléseitől.

A vizsgálat menete

A vizsgálatba bevont gyerekekkel a vizsgálat lebonyolításáért felelős pszichológus először játékos keretek között pszichológiai tesztekkel veszi fel. Ezek a tesztek olyan kognitív készségek, képességek felmérését célozzák, mint pl.: mások érzelmi állapotainak, vélekedéseinek, megértése, az időben való tájékozódás készsége, soralkotási készség.

A vizsgálatvezető ezt követően egy szókinccstesztet vesz fel a gyermekekkel: szavakat olvas fel nekik, majd egy-egy szó elhangzása után arra kéri őket, mondják el, mit jelent az adott szó, mit tudnak róla, milyen ismereteik vannak ezzel kapcsolatban. A

szavak között egyszerű, a gyerekek számára ismerős, hétköznapi tárgyak, élőlények szerepelnek (pl. esernyő, tehén), illetve néhány, az emberi életfolyamatokhoz, -jelenségekhez kapcsolódó kifejezés: születés, halál, álom, betegség, gyógyulás stb. A fogalmak megvitatása során a vizsgálatvezető feltehet néhány kiegészítő, tisztázó kérdést is, pl.: *Hogyan születnek az emberek? Mit gondolsz, mindenki így születik? Mindenki meghal? Amit álmodunk, azt láthatja más is rajtunk kívül? Mitől lehet valaki beteg? Ha valaki beteg, hogyan gyógyulhat meg? stb.*

A vizsgálat során nagyon szívesen látjuk Önt is – előzetes megbeszélés alapján lehetőséget biztosítunk arra, hogy a szülő jelenlétében történjen a beszélgetés a gyermekkel. Amennyiben élne ezzel a lehetőséggel, kérjük, a beleegyező nyilatkozat visszajuttatásakor, vagy a megadott e-mail címen jelezze!

Amennyiben hozzájárul gyermeke vizsgálatban való részvételéhez, egy kérdőívet juttatunk el Önhöz, melynek kitöltése önkéntes, de nagy segítséget jelent számunkra a vizsgálati eredmények értelmezéséhez. A kérdőív kitöltése szintén kb. 20-25 percet vesz igénybe (papír alapú formában, illetve online felületen is kitölthető!), az adatrögzítés anonim módon, azonosítószám alapján történik.

Adatkezelés, részvétel

Szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretein belül gyűjtünk össze. A kutatás során nyert adatokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen, a válaszlapokat elzárt szekrényben őrizzük. Az egyéni kódot minden kérdőív esetében a kutatásban résztvevő pszichológus adja, és csak ő ismeri. A kutatás során nyert adatokat összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg.

A kutatásban való részvétel teljesen önkéntes. A vizsgálatot bármikor indoklás nélkül megszakíthatja, vagy a gyermekének részvételét megtagadhatja.

Eredmény: A vizsgálat során tapasztaltokról, a gyermek vizsgálati anyagáról igény szerint szóbeli tájékoztatást adunk. Amennyiben bármiféle kérdése, észrevétele van a vizsgálattal vagy a felmerülő témákkal kapcsolatban, kérjük, keresse a vizsgálatot vezető pszichológust a kerdes@gyipszeged.hu címen!

Kérjük, amennyiben egyetért a fenti feltételekkel, és hozzájárul gyermekének a kutatásban való részvételéhez, ezt aláírásával igazolja. Együttműködését előre is köszönjük!

Tóth Anett
pszichológus, a vizsgálat
lebonyolítója

Beleegyző nyilatkozat

Alulírott (név, születési idő olvashatóan kitöltve)

.....
hozzájárulok, hogy gyermekem,

(név, születési idő olvashatóan kitöltve)
.....

részt vegyen Tóth Anett *Óvodás gyermekek naiv biológiai elméleteinek vizsgálata* című kutatásában, melynek eredményeit a Dr. Kiss Szabolcs (PTE BTK Pszichológia Intézet) témavezetése mellett készülő doktori dolgozatához fogja felhasználni. A vizsgálat jellegéről annak megkezdése előtt kielégítő tájékoztatást kaptam.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem azonosításra alkalmas személyi adatait bizalmasan kezelik. Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálat során a gyermekemről felvett, személye azonosítására nem alkalmas adatok más kutatók számára is hozzáférhetőek legyenek.

Fenntartom a jogot arra, hogy a vizsgálat során annak folytatásától bármikor elállhassak. Ilyen esetben a gyermekemről addig felvett adatokat törölni kell.

szülő/gondviselő aláírása

3. sz. melléklet – Tájékoztató a gyermek számára

Szia!

Engem-nak/-nek hívnak, és azért vagyok ma itt, hogy a segítségedet kérjem, hogy tanulhassak tőled néhány dolgot. Semmi nem kötelező, csak akkor fogunk bármit csinálni, ha neked is kedved van hozzá. Ha bármikor úgy érzed, nem szeretnél válaszolni több kérdésre, szólj, és akkor nem kérdezek többet.

Azt szeretném, ha beszélgetnénk, játszánánk egy kicsit. Először történeteket fogunk együtt kitalálni olyan képek alapján, amelyeket én hoztam neked. Utána lesz egy feladatod: szavakat fogok mondani neked, és arra kérlek, mondd el, hogy mit jelentenek. Legvégül beszélgetünk még egy kicsit, ha van kedved, rajzolunk is. Ha ügyes leszel, a feladatok után kapsz tőlem valamit. Segítesz nekem azzal, hogy részt veszel ezekben a játékokban? Felkészültél, elkezdhetjük az elsőt?

4. sz. melléklet – Szókincs-teszt

Szókincs-teszt

a WPPSI-IV. Gyermek-intelligenciateszt⁵azonos című szubtesztje alapján, jelen vizsgálathoz átalakítva

-

Most mondani fogok Neked szavakat, és szeretném, ha megmondanád, hogy mit jelentenek. Kezdhetjük?

Mi az a zokni?

Mi az az orvos?

Mi az, hogy meghalni?

Mitől halhat meg valaki?

Mindenki meghal egyszer? Miért?

Állatok / növények / tárgyak is?

Aki meghalt:

- ... élhet-e újra? Ha igen, hogyan? Ha nem, miért nem?
- ... azzal lehet-e újra találkozni? Ha igen, hogyan? Ha nem, miért nem?
- ... tud-e levegőt venni / dobog-e a szíve?
- ... tud-e enni, inni / mozogni?
- ...érezhet-e fájdalmat?
- ...lehet-e boldog/szomorú/félhet-e valamitől? (Ha igen, mitől?) Akarhat-e valamit?
- ...láthat-e minket, hallhat-e minket?
- Miért?

Mi az a kutya?

Mi az a cukorka?

Mi az a születés?

⁵Wechsler, D. (2015a): *WPPSI-IV Óvodás és Kisiskolás Intelligenciateszt magyar kézikönyve. Hazai tapasztalatok, vizsgálati eredmények és normák*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest; Wechsler, D. (2015b): *WPPSI-IV Tesztfelvételi és pontozási kézikönyv*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest

Hogyan születnek az emberek?

Mindenki így születik?

Állatok / növények / tárgyak is?

Mi az a betegség?

Milyen betegségeket ismersz?

Mitől betegedhet meg valaki?

Honnan lehet látni, hogy valaki beteg?

Lehetnek-e betegek állatok / növények / tárgyak?

Aki beteg, hogyan lehet újra egészséges?

Mi az a telefon?

Mi az a hajó?

Mit jelent az, hogy aludni?

Mikor szoktunk aludni?

Honnan látszik, hogy valaki éppen alszik?

Mindenki szokott-e aludni? Miért?

Állatok / növények / tárgyak is?

Aki alszik:

- ... felébredhet-e? Ha igen, mitől?
- ... tud-e levegőt venni /dobog-e a szíve?
- ... tud-e enni, inni / mozogni?
- ...érezhet-e fájdalmat?
- ...lehet-e boldog/szomorú/félhet-e valamitől? (Ha igen, mitől?) Akarhat-e valamit?
- ...láthat-e minket, hallhat-e minket?
- Miért?

Mi az a vonat?

Mi az a repülőtér?

Mit jelent az, hogy forró?

Mit jelent az, hogy meghív?

Mit jelent az, hogy lángol?

Mi az a kirándulás?

Mit jelent az, hogy dicsér?

Mit jelent az, hogy helyrehoz?

Mit jelent az, hogy bosszant?

Mit jelent az, hogy dupla?

Mit jelent az, hogy vitéz?

Mi az az üdülés?

Mi az a diadal?

Mit jelent az a derű?

Mit jelent az, hogy rokonszenves?

Végül: Mi az az öröm? Minek szoktak örülni az emberek? Te minek szoktál?

5.sz. melléklet – Szülői kérdőív

Gyermekek naiv biológiai elméletei az élet alapvető tényeivel kapcsolatban

Tisztelt Szülő!

Tóth Anett vagyok, tanácsadó szakpszichológus, integratív gyermekterapeuta. Doktori dolgozatom elkészítéséhez kérem segítségét, melynek témája az óvodás korú gyermekek által az élet alapvető biológiai tényeiről alkotott, intuitív elképzelések feltérképezése. Amennyiben Önnek van 3 éven felüli, de 7. életévét még be nem töltött gyermeke, az alábbi kérdőív megválaszolásával tudja segíteni munkámat. A kérdőív tartalmaz néhány kifejtendő választ igénylő kérdést - arra kérem, szánjon rá időt, hogy megfogalmazza gondolatait, olyan formában, ahogy adott esetben gyermekének is kifejtené őket.

A válaszadás anonim módon történik. Abban az esetben, ha szeretne visszajelzést a vizsgálat eredményeiről, a kérdőív végén lesz lehetősége megadni egy elektronikus levelezési címet, melyre az adatok feldolgozását követően visszajelzést küldök.

Szíves közreműködését előre is köszönöm!

A vizsgálat célját megértettem, elfogadom, és hozzájárulok válaszaim kutatási célra történő felhasználásához.*

igen

nem

Az Ön életkora:* _____ év

Az Ön neme:*

nő

férfi

Lakhelye:*

Főváros

Megyeszékhely

- Város
- Nagyközség
- Község
- Tanya

Legmagasabb iskolai végzettsége:*

- 8 általános
- Szakmunkásképző
- Szakközépiskola/Szakiskola
- Érettségi
- Felsőfokú szakképzés
- Egyetem/Főiskola
- Posztgraduális

Családi állapota*

- Egyedülálló
- Párkapcsolatban élő
- Házas
- Elvált
- Özvegy

Gyermekeinek száma: * _____

Gyermekeinek életkora (években, több gyermek esetén vesszővel elválasztva): * _____

Mennyire tartja magát hívő/vallásos embernek?*

	1	2	3	4	5	
<i>egyáltalán nem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>erősen, a vallás mindennapjaimnak meghatározó része</i>

Mely _____ egyházhoz/felekezethez tartozónak vallja magát? _____

**Kérem, hogy a következő kérdéseket 3 és 7 év közötti gyermekére vonatkozóan
töltse ki!**

Gyermekének életkora:* _____év _____hónap

Volt-e gyermeke születése óta a szűkebb környezetükben (család, baráti kör) haláleset?*

- igen
- nem

Ha igen, kit veszítettek el? *(Ha több veszteség is volt a családban, a legutóbbi
alkalomra vonatkozóan
válaszoljon.)* _____

Voltak-e gyermekének kérdései a halálesettel kapcsolatban? Ha igen, melyek voltak
ezek?

Miket felelt Ön ezekre?

Elvitte-e gyermekét a temetésre?

- igen
- nem

Miért?

Mennyire volt szoros gyermekének kapcsolata az elhunyttal?

1 2 3 4 5

nem volt közöttük kötődés *erős, napi szintű kapcsolat*

Mennyi idős volt gyermeke a haláleset idején? _____ év _____ hónap

Mit mondott gyermekének a halálesetről, miként közölte vele, milyen magyarázatot fűzött hozzá? Ha nem történt haláleset a környezetükben: mit mondana gyermekének, ha most veszítenének el egy érzelmileg közel álló személyt?*

Kérem, pár mondatban írja le a gyermeknek adott magyarázatát!

Ha most történne haláleset a családjukban, elvinné-e gyermekét a temetésre?

- igen
- nem

Miért?*

Tanúsított-e már gyermeke spontán érdeklődést a halál témája iránt? Ha igen, milyen formában?* *(Több választ is megjelölhet.)*

- Játékában vagy rajzaiban megjelent a halál témája
- Találkozott elhullott állatokkal, esetleg kérdéseket tett fel ezzel kapcsolatban
- Kérdezte már, hogy az idős/beteg emberek meghalnak-e
- Kérdezte már, hogy mindenki meghal-e egyszer
- Kérdezte már, hogy anya, apa meghal-e egyszer
- Kérdezte már, hogy ő maga meghal-e egyszer
- Kérdezte már, hogy mi történik az emberekkel a haláluk után
- Nem tanúsított még érdeklődést a téma iránt
- Egyéb: _____

Ha gyermeke arról kérdezne, mi történik az emberekkel a haláluk után, milyen magyarázatot adna neki? Kérem, pár mondatban írja le, mit válaszolna!*

Milyen érzésekkel beszélget gyermekével ezekről a kérdésekről?*

A legtöbb embernek vannak saját, egyedi fantáziái a halálról, hogy pontosan mi történik ekkor, mi vár utána az emberre stb. Önnek milyen elképzelése van erről?*

Volt-e gyermeke születése óta a szűkebb környezetükben (család, baráti kör) gyermekszülés?*

igen

nem

Ha igen, ki született? *(Ha több születés is volt a családban, a legutóbbi alkalomra vonatkozóan válaszoljon.)* _____

Voltak-e gyermekének kérdései a születéssel kapcsolatban? Ha igen, melyek voltak ezek?

Miket felelt Ön ezekre?

Mennyi idős volt gyermeke a baba születése idején? _____ év _____ hónap

Mit mondott gyermekének az eseményről (várandósságról, születésről), miként közölte vele, milyen magyarázatot fűzött hozzá? Ha nem történt gyermekszületés a környezetükben: mit mondana gyermekének, ha most érkezne új gyermek a családjukba?*

Kérem, pár mondatban írja le a gyermeknek adott magyarázatát!

Tanúsított-e már gyermeke spontán érdeklődést a születés témája iránt? Ha igen, milyen formában?* *(Több választ is megjelölhet.)*

- Játékában vagy rajzaiban megjelent a születés témája
- Volt tanúja állatok születésének, és kérdéseket tett fel ezzel kapcsolatban
- Kérdezte már, hogyan születnek a babák
- Kérdezte már, hogy ő maga hogyan született
- Kérdezte már, hogyan kerül a baba az anyukája hasába
- Nem tanúsított még érdeklődést a téma iránt
- Egyéb: _____

Ha gyermeke arról kérdezne, hogyan születnek a babák, illetve miként kerülnek az anyukájuk hasába, milyen magyarázatot adna neki? Kérem, pár mondatban írja le, mit válaszolna!*

Milyen érzésekkel beszélget gyermekével ezekről a kérdésekről?*

Előfordul-e már, hogy úgy látta: gyermeke tart a felnövéstől, jobban szeretne inkább kicsi maradni? Vagy éppen nagyobb szeretne lenni jelenlegi koránál?*

- Előfordult, hogy kisebb szeretett volna lenni
- Előfordult, hogy nagyobb szeretett volna lenni
- Mindkettőre volt példa
- Egyikre sem volt példa

Előfordul(t)-e, hogy gyermeke látszólag indokolatlanul ragaszkodott apró, értéktelen dolgokhoz, tartott ezek elvesztésétől?*

- igen
- nem

Ha igen, mik voltak ezek? Hogyan reagált ezen tárgyak hiányára/ esetleges elvesztésére?

Érdekli-e gyermekét a kertészkedés, ültetés, a növények, virágok ápolása?*

- nem különösebben
- időnként szívesen foglalkozik ilyesmivel
- kifejezetten érdeklődik a téma iránt

Mik azok a tevékenységek, időtöltések, melyekben gyermeke kifejezetten örömet leli, amikben igazán felszabadul?

A beküldött kérdőívek feldolgozása alapján kapott eredményekről szívesen adok visszajelzést (nem egyéni szinten), amennyiben igényt tart erre, és megadja e-mail címét.

A kérdőívek feldolgozásával párhuzamosan vizsgálatot végzek 3-6 éves korú gyermekekkel, melynek során kognitív fejlődésük néhány aspektusáról próbálok képet alkotni (verbális készség, szókincs, időbeli tájékozódás készsége, illetve annak felmérése, mennyire képesek következtetni mások belső állapotaira, vélekedéseire). A vizsgálat nagyjából 20-25 percet vesz igénybe, és jelen kérdőívhez annyiban kapcsolódik, hogy az alkalmazott szókinccsteszt egy-egy kérdése érinti a születés és elmúlás témáját, a gyerekek ezzel kapcsolatos ismereteit. Amennyiben hozzájárulna ahhoz, hogy gyermeke részt vegyen egy ilyen vizsgálatban, kérem, jelezze ezt az alábbiakban, elérhetőség megadásával. Ez természetesen nem jelent még a vizsgálatba való beleegyezést, csupán engedélyt a kapcsolatfelvételre.

Segítségét nagyon köszönöm!

A kérdőívek eredményeiről visszajelzést*

- kérek
- nem kérek

Amennyiben kér visszajelzést, kérem, adjon meg egy címet, melyre a kérdőívek eredménye küldhető: _____

Hozzájárulok, hogy a vizsgálat vezetője felvegye velem a kapcsolatot, és részletes tájékoztatást adjon a gyermekekkel történő vizsgálatról:*

igen

nem

Amennyiben igen, kérem, adja meg elérhetőségét:

Egyéb megjegyzés, kiegészítés *(A korábbi pontokkal, a vizsgálat egészével, visszajelzéssel stb. kapcsolatban)*

Köszönöm közreműködését!

6.sz. melléklet – Lester Halál Iránti Attitűd Skálája

Lester Halál Iránti Attitűd Skálája (Lester, 1991; Zana et al., 2006)

- 1. Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése.

Igen

Nem

- 2. Nem kellene gyászolni a halottakat, mert ők örökké boldogok a mennyben.

Igen

Nem

- 3. A halál vigaszt hoz.

Igen

Nem

- 4. A halál életem egyik legérdekesebb élménye lesz.

Igen

Nem

- 5. A békés halál egy sikeres élet méltó befejezése.

Igen

Nem

- 6. Nem akarok e percben meghalni, de örülök, hogy meg fogok halni valamikor.

Igen

Nem

- 7. Egy fájdalmas életnél jobb a halál.

Igen

Nem

- 8. Kész lennék meghalni azért, hogy megmentsem a legjobb barátomat.

- 16. A halál azért félelmetes, mert bánatot okoz.

Igen

Nem

- 17. Azért félek a haláltól, mert odaát büntetés várhat rám.

Igen

Nem

- 18. Semmi sem szörnyűbb egy egészséges ember öngyilkosságánál.

Igen

Nem

- 19. A halál a végső és legszörnyűbb inzultus, mi embert érhet.

Igen

Nem

- 20. Mindenáron el szeretném kerülni a halált.

Igen

Nem

- 21. A halál a legrosszabb dolog, ami történhet velem.

Igen

Nem

7.sz. melléklet – Gyermekek összetettebb /atipikus válaszai arra a kérdésre, hogy Mit jelent az, hogy meghalni?

"Amikor már öregek vagyunk, és nem bírja a csontunk, meghalunk." (6 éves fiú)

"Amikor már túl régiek vagyunk." (4 éves lány)

"Valaki nagyon öreg, haldoklik, nem bír mozogni tüdője, szíve, mintha elájulna, lefekszik, becsukja a szemét, sosem nyitja ki." (6 éves fiú)

"Ez egy olyan nap, amibe háború van, van puskájuk és megölik egymást." (6 éves fiú)

"Hogy elüt az autó." (3 éves lány)

"Majdnem mint Jézus, csak Jézust keresztre feszítették... Előtte elégetnek, a holttestünket teszik a temetőbe." (5 éves lány)

"Akinak fáj a szívük, letelepednek a földre, és többet nem látjuk, el kell temetni, csukva van a szemük, fölmennek a csillagokba." (5 éves fiú)

"Valaki magát megöli vagy valaki pisztollyal lelövi." (5 éves lány)

"Ha pl. megöregszik és meghal, vagy hogy olyan orvosságot (?=betegséget) megkap, amit nem lehet meggyógyítani." (5 éves fiú)

"Hogy a mentőautó beviszi a kórházba." (3 éves lány)

"Hogy többé nem láthatod azt, akit szeretnél." (5 éves lány)

"Amikor olyan betegek vagyunk, és nem tudja senki meggyógyítani, kórházban vagyunk, és behunyjuk a szemünket." (5 éves lány)

"Hogy elájulunk." (4 éves fiú)

"Azt, hogy ráborul a ház." (5 éves lány)

"Szoborrá változik." (4 éves fiú)

"Lefekszel... leesel és becsukod a szemed és nem nyithatod ki és eltemetnek és te felmész az égbe." (5 éves lány)

"Az, amikor megáll a szíved és valaki megszúr." (6 éves fiú)

"Amikor egy ember rosszul van, és lefekszik és reggel nem kel föl." (6 éves lány)

"Háborúba, vagy nagyon öreg vagy, vagy megölnék, akkor meghalsz, örökre aludni fogsz és eltemetnek." (4 éves fiú)

"Azt jelenti, hogy halacska (? - hangzási hasonlóság) valaki." (3 éves lány)

"Ha lelövi a vadász a nyulat, akkor meghal a nyúl." (3 éves lány)

"Mert lelőtték a gonoszok." (3 éves fiú)

"Akkor halunk meg, ha éhesek vagyunk." (3 éves lány)

"Az, hogy eltemetnek, és ha meghalunk, valakinek hiányzunk." (6 éves lány)

"Azt, hogy valami baj lesz." (6 éves fiú)

"Csillaggá válni." (6 éves lány)

"Hogy idehívják az orvost, utána mindjárt meggyógyul." (3 éves fiú)

"Amikor széttörik a csontunk." (3 éves fiú)

"Rámeleg az autó és kilapul." (3 éves lány)

"Kijön belőle a vér és meghal." (4 éves fiú)

"Hogy meguntuk a játékokat." (3 éves lány)

"Hogy már meghalt a király, vagy az anyuka, vagy az apuka." (3 éves lány)

"Hogy valaki lepuskázza és kórházba kerülhet." (4 éves lány)

"Hogy a mennyországban lenni." (4 éves fiú)

"Ha a vadász lelője." (3 éves fiú)

"Meghal valaki. Döglött béka." (4 éves fiú)

8.sz. melléklet – Válogatás a szülők által adott válaszokból(eredeti központozással)

"Úgy gondolom, hogy a halál után az ember lelke tovább él, és valamilyen módon akár újra testet is ölthet, hiszek valamilyen reinkarnáció-féleségben. Hiszek abban, hogy halálunk után együtt lehetünk a szeretteinkkel, hogy ha meghalok, találkozni fogok az elhunyt családtagjaimmal." (31 éves nő)

"Nem tudom. Sok mindent igazolt már a tudomány (a pupilla tágulása miatt valóban mindent fényesen lát az ember, mert ugyan ugyanott van, de a kitágult pupilla miatt sokkal több fény jut be a szembe), és a kérdés mindig is foglalkoztatni fogja az embert, mert mindegy milyen vallást vall magáénak valaki, a halál véglegessége mindegyik vallásban sarkalatos pont." (37 éves nő)

"Szerintem a halál után megszűnik az érzékelés, a halott számára nincs semmi." (43 éves férfi)

"Hát ezt így nehéz lenne megfogalmazni. Most kezdek belemászni ebbe a témába. Szoktam érezni, ha a lányom velem van, de már korábban is éreztem, ha valaki elment a családból. Nyilván el kell engedni, mert nekik már máshol van helyük, de még egy ideig biztos itt vannak köztünk és utána segítőként kísérik életünkben." (36 éves, gyermekét nem régiben elvesztett nő)

"Visszatérünk Mennyei Atyánkhoz és Jézus Krisztushoz. Ha jók voltunk, örökre együtt lehetünk a családukkal. Mivel nem lehet két táborra - jók illetve rosszak - osztani az embereket, fokozatok vannak a mennyben is aszerint, hogy ki mennyire élt Istennek tetsző, erkölcsös, erényes, becsületes életet." (28 éves nő)

"Mióta édesapám meghalt, azt gondolom, hogy nem lehet rossz utána. Láttam az arcát, mielőtt elment és nagyon nyugodt volt. Abban bízom, hogy ő fog várni ott elsőként, amikor mennem kell majd. Azt tudom elképzelni, hogy elkísér oda, ahol a lelkek laknak, amit egy nagyon vidám, szép rétként tudok elképzelni, ahol Istennel is találkozhatok. Hogy utána mi történik, arról a népmesék által ihletett kép jelenik meg előttem, amint egy felhőn üldögélve vigyázom a szeretteim lépteit." (29 éves nő)

"Nem hinném, hogy öncélú ez az egész. Valahol mindannyian egy helyről jöttünk, s egy helyre térünk majd vissza. A spirituális nézetek inkább állnak most hozzám

közelebb. Abból több a megtapasztalásom, s nem érzem, hogy állandóan bűnösnek kellene éreznem magam. Szerintem Isten is önmaga gyönyörködtetésére teremtette az embert, nem azért, hogy folyton ostorozzuk magunkat." (43 éves nő)

"Nincs elképzelésem sem. Talán egy lassan eloltódó gyertyát tudok elképzelni, mely, miután elaludt, a szél elfújja a füstjét..." (41 éves férfi)

"A halál után szerintem már semmi sem történik, alkotórészeinkre bomlunk." (45 éves férfi)

"Van bennem némi kíváncsiság, de egyelőre nem szeretném kielégíteni." (50 éves férfi)

":-)..remélem, végre kialhatom magam! :-)" (34 éves nő)

"Utána nincs semmi, megszűnünk létezni, mindennek vége, így mindegy is, a halott szempontjából. A halál nem az elmúlónak fáj, nem neki probléma, hanem az ittmaradóknak. Én nem félek a saját halálotomtól, de a másokétól igen, és attól is, hogy mások hogyan reagálnának az én halálomra." (28 éves nő)

"Nem gondoltam még rá felnőttként mélyebben." (37 éves nő)

"A lelkem kiszáll a testemből. Utána meglátom Istent. Szembesülök a földi létemmel, tetteimmel, Isten szemével nézve. Hitem szerint először a tisztítóhelyre (ld. tisztítóház) kerülök, majd a Mennyországba. És az örömöm tökéletessé és véglegessé válik Isten közelében." (41 éves férfi)

"Energiasomóként elhagyjuk a testünket és visszatérünk egy helyre, ahol a többi lélek várakozik, hogy újból leszülessen a Földre." (35 éves nő)

"Én nem vagyok kimondottan vallásos, de abban hiszek, hogy az elhunytak haláluk után is figyelnek ránk, beszélek is néha hozzájuk. :)" (29 éves nő)

"Magát az átmenetet nehéz megjósolni, hogy az alatt hogyan viselkedik a funkcióit vesztő szervezet és azon belül az idegrendszer, utána pedig már nincs ami érezzen vagy gondoljon." (35 éves férfi)

"Nekem konkrét élményem van, így tudom, hogy maga a halál folyamata egy végtelenül békés út. A halál után egy testetlen, időtlen, békés helyen leszünk és várjuk a következő feladatunkat." (30 éves nő)

"A tibeti halottaskönyvben leírtak állnak a legközelebb az én elgondolásomhoz." (35 éves nő)

"Én csak az anyagban hiszek, az emberi lélek, a testünket alkotó anyagok kémiája. Ebből lehet következtetni, mit gondolok arról ami utána következik. Természetesen jó hinni a mennyországban, illetve hogy majd újra találkozunk, de hogy ez bekövetkezhet, nem találok magyarázatot." (28 éves nő)

"Nem szoktam túl sokat erről fantáziálni. Számomra inkább furcsa, mint félelmetes, hogy az ember egyszer csak nem lesz." (38 éves férfi)

"Semmi jó." (40 éves nő)

"Én nem hiszek a halálon túli elméletekben, reinkarnációban, stb." (37 éves férfi)

"A tudományban hiszek. Lebomlik. A lélekvándorlást és/vagy energiává alakulást nem utasítom el, de inkább nem hiszek benne." (40 éves férfi)

"Nem szoktam ilyen dolgokra gondolni." (34 éves nő)

"Nem elképzelésem van, hanem ismeretem a Bibliából." (45 éves nő)

"Leállnak az életfunkciók, megszűnik a tudat, nincs semmi! Ha tudatában vagyunk, hogy meghalunk, szerintem szomorúság, félelem, düh összessége kavarg az emberben!" (41 éves férfi)

"A lélekvándorlásban hiszek. Elég jól vagyok tájékozotva ezekről a dolgokról, mivel sokat szoktam olvasni ezekről a dolgokról." (30 éves nő)

"Nem utasítok el sem vallási, sem orvosi nézeteket." (36 éves férfi)

9. sz. melléklet – Statisztikai próbák outputjai

9.1. sz. melléklet - Kevert és tiszta magyarázatok gyakorisága korosztályonként

CROSSTABS
 /TABLES=korcsoport BY magyarázattípus
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT EXPECTED
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
korcsoport * magyarázattípus	82	100.0%	0	0.0%	82	100.0%

korcsoport * magyarázattípus Crosstabulation

			magyarázattípus		Total
			tiszta	kevert	
korcsoport	3-4 évesek	Count	33	1	34
		Expected Count	27.4	6.6	34.0
	5-6 évesek	Count	33	15	48
		Expected Count	38.6	9.4	48.0
Total		Count	66	16	82
		Expected Count	66.0	16.0	82.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.156 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	8.433	1	.004		
Likelihood Ratio	12.297	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	10.032	1	.002		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.63.

b. Computed only for a 2x2 table

9.2. sz. melléklet – A képességteszteken nyújtott teljesítmények és a kevert magyarázattípusok kapcsolata

ONEWAY SzkiÉP BY kevert_magyarázat
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Szki ÉP

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
.00	62	8.53	2.678	.340	7.85	9.21		
igen	16	9.06	4.024	1.006	6.92	11.21		
Total	78	8.64	2.980	.337	7.97	9.31		

Descriptives

Szki ÉP

	Minimum	Maximum
.00	3	15
igen	3	18
Total	3	18

Test of Homogeneity of Variances

Szki ÉP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5.858	1	76	.018

ANOVA

Szki ÉP

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.576	1	3.576	.399	.529
Within Groups	680.373	76	8.952		
Total	683.949	77			

ONEWAY SONst BY kevert_magyarázat
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

SON st.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
.00	69	30.51	3.872	.466	29.58	31.44		
igen	16	29.63	3.879	.970	27.56	31.69		
Total	85	30.34	3.865	.419	29.51	31.17		

Descriptives

SON st.

	Minimum	Maximum
.00	20	39
igen	22	36
Total	20	39

Test of Homogeneity of Variances

SON st.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.213	1	83	.646

ANOVA

SON st.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	10.110	1	10.110	.674	.414
Within Groups	1244.996	83	15.000		
Total	1255.106	84			

9.3. sz. melléklet – Vallásos elemeket tartalmazó és nem tartalmazó magyarázatok gyakorisága korcsoportonként

CROSSTABS

/TABLES=korcsoport BY magyarázattípus
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT EXPECTED
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
korcsoport * magyarázattípus	82	100.0%	0	0.0%	82	100.0%

korcsoport * magyarázattípus Crosstabulation

			magyarázattípus		Total
			vallásos elemet nem tartalmaz	vallásos elemet tartalmaz	
korcsoport	3-4 évesek	Count	29	5	34
		Expected Count	25.3	8.7	34.0
	5-6 évesek	Count	32	16	48
		Expected Count	35.7	12.3	48.0
Total		Count	61	21	82
		Expected Count	61.0	21.0	82.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.625 ^a	1	.057		
Continuity Correction ^b	2.713	1	.100		
Likelihood Ratio	3.805	1	.051		
Fisher's Exact Test				.074	.048
Linear-by-Linear Association	3.581	1	.058		
N of Valid Cases	82				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.71
 b. Computed only for a 2x2 table

9.4. sz. melléklet – Testi funkciók tulajdonításának gyakorisága korosztályonként

CROSSTABS
 /TABLES=szívdobogás BY korosztály
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
szívdobogás * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

szívdobogás * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
szívdobogás	tulajdonít	16	3	19
	nem tulajdonít	41	50	91
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.652 ^a	1	.002	.002	.002
Continuity Correction ^b	8.148	1	.004		
Likelihood Ratio	10.512	1	.001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9.564	1	.002		
N of Valid Cases	110				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.15.
 b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=légzés BY korosztály
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstab

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
légzés * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

légzés * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	

9.5. sz. melléklet – Testi funkciók tulajdonításának gyakorisága az 5, illetve 6 éveseknél

CROSSTABS
 /TABLES=szívdobogás BY korosztály
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
szívdobogás * korosztály	54	100.0%	0	0.0%	54	100.0%

szívdobogás * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		5 évesek	6 évesek	
szívdobogás	tulajdonít	1	2	3
	nem tulajdonít	26	25	51
Total		27	27	54

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.353 ^a	1	.552	1.000	.500
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.359	1	.549		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.346	1	.556		
N of Valid Cases	54				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.50.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=légzés BY korosztály
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
légzés * korosztály	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

légzés * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		5 évesek	6 évesek	
légzés	tulajdonít	3	3	6
	nem tulajdonít	24	23	47
Total		27	26	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.002 ^a	1	.961	1.000	.647
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.002	1	.961		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.002	1	.961		
N of Valid Cases	53				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.94.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=mozgás BY korosztály

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
mozgás * korosztály	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

mozgás * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		5 évesek	6 évesek	
mozgás	tulajdonít	1	2	3
	nem tulajdonít	26	24	50
Total		27	26	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.395 ^a	1	.530	.610	.486
Continuity Correction ^b	.001	1	.973		
Likelihood Ratio	.401	1	.527		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.387	1	.534		
N of Valid Cases	53				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=táplálkozás BY korosztály
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
táplálkozás * korosztály	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

táplálkozás * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		5 évesek	6 évesek	
táplálkozás	tulajdonít	1	1	2
	nem tulajdonít	26	25	51
Total		27	26	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.978	1.000	.745
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.978		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.001	1	.979		
N of Valid Cases	53				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .98.

b. Computed only for a 2x2 table

9.6. sz. melléklet – Mentális állapotok tulajdonítása

– korosztályos és nemi különbségek

CROSSTABS
 /TABLES=öröm BY korosztály
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
öröm * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

öröm * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
öröm	tulajdonít	16	16	32
	nem tulajdonít	41	37	78
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.060 ^a	1	.807	.836	.486
Continuity Correction ^b	.001	1	.973		
Likelihood Ratio	.060	1	.807		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.059	1	.808		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.42.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=szomorúság BY korosztály

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
szomorúság * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

szomorúság * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
szomorúság	tulajdonít	26	24	50
	nem tulajdonít	31	29	60
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.972	1.000	.562
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.972		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.001	1	.972		

N of Valid Cases	110			
------------------	-----	--	--	--

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.09.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=félelem BY korosztály
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
félelem * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

félelem * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
félelem	tulajdonít	19	15	34
	nem tulajdonít	38	38	76
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.326 ^a	1	.568	.680	.358
Continuity Correction ^b	.133	1	.716		
Likelihood Ratio	.326	1	.568		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.323	1	.570		
N of Valid Cases	110				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.38.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=fájdalom BY korosztály
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
fájdalom * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

fájdalom * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
fájdalom	tulajdonít	26	19	45
	nem tulajdonít	31	34	65
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.083 ^a	1	.298	.336	.199
Continuity Correction ^b	.717	1	.397		
Likelihood Ratio	1.086	1	.297		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.073	1	.300		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.68.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=vágy BY korosztály

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
vágy * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

vágy * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
vágy	tulajdonít	12	23	35
	nem tulajdonít	45	30	75
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.320 ^a	1	.012	.014	.010
Continuity Correction ^b	5.332	1	.021		
Likelihood Ratio	6.391	1	.011		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.263	1	.012		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.86.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=percepció BY korosztály
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
percepció * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

percepció * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
percepció	tulajdonít	13	15	28
	nem tulajdonít	44	38	82
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.437 ^a	1	.509	.521	.329
Continuity Correction ^b	.195	1	.658		
Likelihood Ratio	.437	1	.509		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.433	1	.511		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.49.

b. Computed only for a 2x2 table

Vágy * Nem

Crosstab

Count

		Nem		Total
		fiú	lány	
Vágy	nem tulajdonít	36	26	62
	tulajdonít	12	23	35
Total		48	49	97

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square ^b	5.060 ^a	1	.024		
Continuity Correction ^b	4.154	1	.042		

Likelihood Ratio	5.126	1	.024		
Fisher's Exact Test				.034	.020
Linear-by-Linear Association	5.008	1	.025		
N of Valid Cases	97				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.32.
b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.228	.024
	Cramer's V	.228	.024
N of Valid Cases		97	

9.7. sz. melléklet – Pozitív és negatív érzelmek tulajdonításának gyakorisága a teljes mintában, illetve a 4 évesek csoportjában

CROSSTABS
/TABLES=érzelemtípus BY tulajdonítás
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
érzelemtípus * tulajdonítás	440	100.0%	0	0.0%	440	100.0%

érzelemtípus * tulajdonítás Crosstabulation

Count

		tulajdonítás		Total
		van	nincs	
érzelemtípus	pozitív	32	78	110
	negatív	129	201	330
Total		161	279	440

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.556 ^a	1	.059		
Continuity Correction ^b	3.138	1	.076		
Likelihood Ratio	3.640	1	.056		
Fisher's Exact Test				.068	.037
Linear-by-Linear Association	3.548	1	.060		
N of Valid Cases	440				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 40.25.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	-.090	.059
	Cramer's V	.090	.059
N of Valid Cases		440	

CROSSTABS

/TABLES=tulajdonítás_4_évesekél BY érzelemtípus
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ PHI
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tulajdonítás_4_évesekél * érzelemtípus	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

tulajdonítás_4_évesekél * érzelemtípus Crosstabulation

Count

		érzelemtípus		Total
		pozitív	negatív	
tulajdonítás_4_évesekél	nincs	19	35	54
	van	6	40	46
Total		25	75	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.495 ^a	1	.011	.012	.009
Continuity Correction ^b	5.368	1	.021		
Likelihood Ratio	6.796	1	.009		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.430	1	.011		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.255	.011
	Cramer's V	.255	.011
N of Valid Cases		100	

**9.8. sz. melléklet – Állatoknak, növényeknek és tárgyaknak tulajdonított
halandóság gyakorisága korosztályonként**

CROSSTABS
/TABLES=Állat_halandósága BY korosztály
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Állat_halandósága * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

Állat_halandósága * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
Állat_halandósága	helyes	35	50	85
	helytelen	22	3	25
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	16.964 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	15.140	1	.000		
Likelihood Ratio	18.827	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	16.810	1	.000		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.05.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=Növény_halandósága BY korosztály
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Növény_halandósága * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

Növény_halandósága * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
Növény_halandósága	helyes	15	42	57
	helytelen	34	19	53
Total		49	61	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.915 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	14.420	1	.000		
Likelihood Ratio	16.309	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	15.770	1	.000		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23.61.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=Tárgy_halandósága BY korosztály

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tárgy_halandósága * korosztály	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

Tárgy_halandósága * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		3-4 évesek	5-6 évesek	
Tárgy_halandósága	helyes	48	45	93
	helytelen	9	8	17
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.010 ^a	1	.920	1.000	.565
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.010	1	.920		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.010	1	.920		

N of Valid Cases	110			
------------------	-----	--	--	--

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.19.

b. Computed only for a 2x2 table

9.9. sz. melléklet – Tárgyaknak tulajdonított halandóság gyakorisága az 5, illetve 6 éveseknél

Crosstabs

CROSSTABS

/TABLES=Tárgy_halandósága BY korosztály

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tárgy_halandósága * korosztály	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

Tárgy_halandósága * korosztály Crosstabulation

Count

		korosztály		Total
		5 évesek	6 évesek	
Tárgy_halandósága	helyes	24	21	45
	helytelen	3	5	8
Total		27	26	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.681 ^a	1	.409		
Continuity Correction ^b	.195	1	.659		
Likelihood Ratio	.687	1	.407		
Fisher's Exact Test				.467	.330
Linear-by-Linear Association	.669	1	.414		
N of Valid Cases	53				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.92.

b. Computed only for a 2x2 table

1.10. sz. melléklet- A halálfogalom mindhárom aspektusát megértők - korosztályos és nemi különbségek

CROSSTABS

/TABLES=korosztály1 BY mindhárom_aspektust_érti
 FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
korosztály1 * mindhárom_aspektust_érti	57	51,8%	53	48,2%	110	100,0%

korosztály1 * mindhárom_aspektust_érti Crosstabulation

Count

		mindhárom_aspektust_érti		Total
		nem érti	érti	
korosztály1	3 éves	27	3	30
	4 éves	17	10	27
Total		44	13	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,900 ^a	1	,015		
Continuity Correction ^b	4,465	1	,035		
Likelihood Ratio	6,111	1	,013		
Fisher's Exact Test				,025	,017
Linear-by-Linear Association	5,797	1	,016		
N of Valid Cases	57				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,16.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=korosztály2 BY mindhárom_aspektust_érti
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
korosztály2 * mindhárom_aspektust_érti	57	51,8%	53	48,2%	110	100,0%

korosztály2 * mindhárom_aspektust_érti Crosstabulation

Count

		mindhárom_aspektust_érti		Total
		nem érti	érti	
korosztály2	3 éves	27	3	30
	5 éves	7	20	27
Total		34	23	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24,239 ^a	1	,000		

Continuity Correction ^b	21,650	1	,000		
Likelihood Ratio	26,474	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,814	1	,000		
N of Valid Cases	57				

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,89.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=korosztály3 BY mindhárom_aspektust_érti
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
korosztály3 * mindhárom_aspektust_érti	56	50,9%	54	49,1%	110	100,0%

korosztály3 * mindhárom_aspektust_érti Crosstabulation

Count

		mindhárom_aspektust_érti		Total
		nem érti	érti	
korosztály3	3 éves	27	3	30
	6 éves	12	14	26
Total		39	17	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,666 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	10,677	1	,001		
Likelihood Ratio	13,358	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	12,440	1	,000		
N of Valid Cases	56				

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,89.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=korosztály4 BY mindhárom_aspektust_érti
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
korosztály4 * mindhárom_aspektust_érti	54	49,1%	56	50,9%	110	100,0%

korosztály4 * mindhárom_aspektust_érti Crosstabulation

Count

		mindhárom_aspektust_érti		Total
		nem érti	érti	

korosztály4	4 éves	17	10	27
	5 éves	7	20	27
Total		24	30	54

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,500 ^a	1	,006		
Continuity Correction ^b	6,075	1	,014		
Likelihood Ratio	7,694	1	,006		
Fisher's Exact Test				,013	,006
Linear-by-Linear Association	7,361	1	,007		
N of Valid Cases	54				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=Mind3_apektust_érteális_halálfogalom Vágy BY Nem

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mind3_apektust_érteális_halálfogalom * Nem	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%
reális_halálfogalom * Nem	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%
Vágy * Nem	97	88.2%	13	11.8%	110	100.0%

Mind3_apektust_érteális_halálfogalom * Nem

Crosstab

Count

		Nem		Total
		fiú	lány	
Mind3_apektust_érteális_halálfogalom	nem	42	25	67
	igen	15	28	43
Total		57	53	110

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.109 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	7.034	1	.008		
Likelihood Ratio	8.208	1	.004		
Fisher's Exact Test				.006	.004
Linear-by-Linear Association	8.035	1	.005		
N of Valid Cases	110				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.72.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.272	.004
	Cramer's V	.272	.004
N of Valid Cases		110	

**1.11. sz. melléklet -A halálfogalom univerzalitás komponensét megértők –
korosztályok összehasonlítása**

CROSSTABS
 /TABLES=korosztály2 BY univerzalitást_ért
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing			
	N	Percent	N	Percent		
korosztály2 * univerzalitást_ért	57	51,8%	53	48,2%		

Case Processing Summary

	N	Cases Total	Percent
korosztály2 * univerzalitást_ért		110	100,0%

korosztály2 * univerzalitást_ért Crosstabulation

Count		univerzalitást_ért		Total
		nem érti	érti	
korosztály2	3 éves	17	13	30
	5 éves	6	21	27
Total		23	34	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)		
Pearson Chi-Square	7,005 ^a	1	,008		
Continuity Correction ^b	5,647	1	,017		
Likelihood Ratio	7,225	1	,007		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,882	1	,009		
N of Valid Cases	57				

Chi-Square Tests

	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square		
Continuity Correction ^b		
Likelihood Ratio		
Fisher's Exact Test	,014	,008
Linear-by-Linear Association		
N of Valid Cases		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.89.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=korosztály3 BY univerzalitást_ért
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

	Case Processing Summary						
	Cases						
	N	Valid	Percent	N	Missing	Percent	
korosztály3 * univerzalitást_ért	56	50,9%		54	49,1%		

	Case Processing Summary		
	N	Cases Total	Percent
korosztály3 * univerzalitást_ért	110		100,0%

korosztály3 * univerzalitást_ért Crosstabulation				
Count		univerzalitást_ért		Total
		nem érti	érti	
korosztály3	3 éves	17	13	30
	6 éves	3	23	26
Total		20	36	56

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	
Pearson Chi-Square	12,355 ^a	1	,000	
Continuity Correction ^b	10,468	1	,001	
Likelihood Ratio	13,346	1	,000	
Fisher's Exact Test				
Linear-by-Linear Association	12,134	1	,000	
N of Valid Cases	56			

	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square		

Continuity Correction ^b		
Likelihood Ratio		
Fisher's Exact Test	,001	,000
Linear-by-Linear Association		
N of Valid Cases		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.29.

b. Computed only for a 2x2 table

1.12. sz. melléklet - A halálfogalom szeperáció komponensét megértők – korosztályok összehasonlítása

CROSSTABS

/TABLES=korosztály1 BY szeperációt_ért

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing			
	N	Percent	N	Percent		
korosztály1 * szeperációt_ért	57	51,8%	53	48,2%		

Case Processing Summary

	N	Cases Total	Percent
korosztály1 * szeperációt_ért		110	100,0%

korosztály1 * szeperációt_ért Crosstabulation

Count

		szeperációt_ért		Total
		nem érti	érti	
korosztály1	3 éves	22	8	30
	4 éves	9	18	27
Total		31	26	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)		
Pearson Chi-Square	9,165 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	7,624	1	,006		
Likelihood Ratio	9,413	1	,002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9,004	1	,003		
N of Valid Cases	57				

Chi-Square Tests		
	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square		
Continuity Correction ^b		
Likelihood Ratio		
Fisher's Exact Test	,003	,003
Linear-by-Linear Association		
N of Valid Cases		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.32.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

```

/TABLES=korosztály2 BY szeparációt_ért
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

	Case Processing Summary						
	Cases						
	N	Valid	Percent	Missing	Percent		
korosztály2 * szeparációt_ért	57	51,8%		53	48,2%		

Case Processing Summary			
	N	Cases Total	Percent
korosztály2 * szeparációt_ért		110	100,0%

korosztály2 * szeparációt_ért Crosstabulation

Count		szeparációt_ért		Total
		nem érti	érti	
korosztály2	3 éves	22	8	30
	5 éves	4	23	27
Total		26	31	57

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)		
Pearson Chi-Square	19,616 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	17,328	1	,000		
Likelihood Ratio	21,133	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	19,272	1	,000		
N of Valid Cases	57				

Chi-Square Tests		
	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square		

Continuity Correction ^b		
Likelihood Ratio		
Fisher's Exact Test	,000	,000
Linear-by-Linear Association		
N of Valid Cases		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.32.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

```

/TABLES=korosztály3 BY szeparációt_ért
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing			
	N	Percent	N	Percent		
korosztály3 * szeparációt_ért	56	50,9%	54	49,1%		

Case Processing Summary

	N	Cases Total	Percent
korosztály3 * szeparációt_ért		110	100,0%

korosztály3 * szeparációt_ért Crosstabulation

Count

		szeparációt_ért		Total
		nem érti	érti	
korosztály3	3 éves	22	8	30
	6 éves	8	18	26
Total		30	26	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)		
Pearson Chi-Square	10,146 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	8,506	1	,004		
Likelihood Ratio	10,455	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9,964	1	,002		
N of Valid Cases	56				

Chi-Square Tests

	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square		
Continuity Correction ^b		
Likelihood Ratio		

Fisher's Exact Test		,003		,002
Linear-by-Linear Association				
N of Valid Cases				

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.07.
b. Computed only for a 2x2 table

1.13. sz. melléklet - A halálfogalom irreverzibilitás komponensét megértők – korosztályok összehasonlítása

CROSSTABS
/TABLES=korosztály3 BY irreverzibilitást_ért
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

	Case Processing Summary					
	Cases					
	Valid		Missing			
	N	Percent	N	Percent		
korosztály3 * irreverzibilitást_ért	56	50,9%	54	49,1%		

Case Processing Summary					
			Cases		
			Total		
	N	Percent			
korosztály3 * irreverzibilitást_ért			110		100,0%

korosztály3 * irreverzibilitást_ért Crosstabulation				
Count		irreverzibilitást_ért		Total
		nem érti	érti	
korosztály3	3 éves	24	6	30
	6 éves	6	20	26
Total		30	26	56

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	
Pearson Chi-Square	18,145 ^a	1	,000	
Continuity Correction ^b	15,929	1	,000	
Likelihood Ratio	19,232	1	,000	
Fisher's Exact Test				
Linear-by-Linear Association	17,821	1	,000	
N of Valid Cases	56			

Chi-Square Tests		
	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square		
Continuity Correction ^b		

Likelihood Ratio		
Fisher's Exact Test	,000	,000
Linear-by-Linear Association		
N of Valid Cases		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.07.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=korosztály2 BY irreverzibilitást_ért
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

	Cases					
	Valid		Missing			
	N	Percent	N	Percent		
korosztály2 * irreverzibilitást_ért	57	51,8%	53	48,2%		

	N	Cases Total	Percent
korosztály2 * irreverzibilitást_ért		110	100,0%

Count		irreverzibilitást_ért		Total
		nem érti	érti	
korosztály2	3 éves	24	6	30
	5 éves	3	24	27
Total		27	30	57

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)		
Pearson Chi-Square	27,050 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	24,358	1	,000		
Likelihood Ratio	30,000	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	26,576	1	,000		
N of Valid Cases	57				

	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square		
Continuity Correction ^b		
Likelihood Ratio		
Fisher's Exact Test	,000	,000
Linear-by-Linear Association		
N of Valid Cases		

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.79.
 b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=korosztály1 BY irreverzibilitást_ért
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

	Case Processing Summary					
	Cases					
	Valid		Missing			
	N	Percent	N	Percent		
korosztály1 * irreverzibilitást_ért	57	51,8%	53	48,2%		

Case Processing Summary			Cases	
			N	Percent
korosztály1 * irreverzibilitást_ért			110	100,0%

korosztály1 * irreverzibilitást_ért Crosstabulation

Count

		irreverzibilitást_ért		Total
		nem érti	érti	
korosztály1	3 éves	24	6	30
	4 éves	11	16	27
Total		35	22	57

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)		
Pearson Chi-Square	9,242 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	7,659	1	,006		
Likelihood Ratio	9,505	1	,002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9,080	1	,003		
N of Valid Cases	57				

Chi-Square Tests			Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square				
Continuity Correction ^b				
Likelihood Ratio				
Fisher's Exact Test			,003	,003
Linear-by-Linear Association				
N of Valid Cases				

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.42.
 b. Computed only for a 2x2 table

9.14. sz. melléklet - A képességtesztekben nyújtott teljesítmény és a halálfogalom egyes aspektusainak kapcsolata

ONEWAY SONst BY Univerzalitás
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

SON st.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	18	31.28	4.240	.999	29.17	33.39		
1	65	29.97	3.742	.464	29.04	30.90		
Total	83	30.25	3.866	.424	29.41	31.10		

Descriptives

SON st.

	Minimum	Maximum
0	23	38
1	20	39
Total	20	39

Test of Homogeneity of Variances

SON st.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.526	1	81	.470

ANOVA

SON st.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	24.137	1	24.137	1.627	.206
Within Groups	1201.550	81	14.834		
Total	1225.687	82			

ONEWAY SONst BY Irreverzibilitás
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

SON st.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	22	30.50	3.827	.816	28.80	32.20		
1	62	30.29	3.940	.500	29.29	31.29		

Total	84	30.35	3.888	.424	29.50	31.19		
-------	----	-------	-------	------	-------	-------	--	--

Descriptives

SON st.

	Minimum	Maximum
0	23	36
1	20	39
Total	20	39

Test of Homogeneity of Variances

SON st.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.046	1	82	.831

ANOVA

SON st.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.714	1	.714	.047	.829
Within Groups	1254.274	82	15.296		
Total	1254.988	83			

ONEWAY SONst BY Szeparáció
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

SON st.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	23	31.17	2.790	.582	29.97	32.38		
1	62	30.03	4.172	.530	28.97	31.09		
Total	85	30.34	3.865	.419	29.51	31.17		

Descriptives

SON st.

	Minimum	Maximum
0	27	36
1	20	39
Total	20	39

Test of Homogeneity of Variances

SON st.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.122	1	83	.081

ANOVA

SON st.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.

Between Groups	21.866	1	21.866	1.472	.229
Within Groups	1233.240	83	14.858		
Total	1255.106	84			

ONEWAY SONst BY Mind3_aspektust_erti
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

SON st.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	43	30.93	3.555	.542	29.84	32.02		
1	42	29.74	4.115	.635	28.46	31.02		
Total	85	30.34	3.865	.419	29.51	31.17		

Descriptives

SON st.

	Minimum	Maximum
0	23	38
1	20	39
Total	20	39

Test of Homogeneity of Variances

SON st.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.204	1	83	.653

ANOVA

SON st.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	30.196	1	30.196	2.046	.156
Within Groups	1224.910	83	14.758		
Total	1255.106	84			

ONEWAY SONst BY Mind3_és_testifunkcióvesztés
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

SON st.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
.00	50	30.70	3.477	.492	29.71	31.69		
1.00	34	29.76	4.411	.757	28.23	31.30		
Total	84	30.32	3.884	.424	29.48	31.16		

Descriptives

SON st.

	Minimum	Maximum
.00	23	38
1.00	20	39
Total	20	39

Test of Homogeneity of Variances

SON st.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.202	1	82	.276

ANOVA

SON st.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	17.704	1	17.704	1.176	.281
Within Groups	1234.618	82	15.056		
Total	1252.321	83			

ONEWAY SONst BY reális_halálfogalom
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

SON st.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	51	30.80	3.382	.474	29.85	31.76		
1	34	29.65	4.458	.765	28.09	31.20		
Total	85	30.34	3.865	.419	29.51	31.17		

Descriptives

SON st.

	Minimum	Maximum
0	23	38
1	20	39
Total	20	39

Test of Homogeneity of Variances

SON st.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.426	1	83	.123

ANOVA

SON st.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	27.302	1	27.302	1.846	.178
Within Groups	1227.804	83	14.793		

Total	1255.106	84		
-------	----------	----	--	--

ONEWAY SzkiÉP BY Univerzalitás
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Szki ÉP

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	15	8.13	2.949	.761	6.50	9.77		
1	61	8.77	3.035	.389	7.99	9.55		
Total	76	8.64	3.010	.345	7.96	9.33		

Descriptives

Szki ÉP

	Minimum	Maximum
0	4	13
1	3	18
Total	3	18

Test of Homogeneity of Variances

Szki ÉP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.000	1	74	.995

ANOVA

Szki ÉP

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4.888	1	4.888	.536	.466
Within Groups	674.520	74	9.115		
Total	679.408	75			

ONEWAY SzkiÉP BY Irreverzibilitás
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Szki ÉP

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	18	8.06	2.711	.639	6.71	9.40		
1	59	8.83	3.080	.401	8.03	9.63		
Total	77	8.65	2.999	.342	7.97	9.33		

Descriptives

Szki ÉP

	Minimum	Maximum
0	3	13
1	3	18
Total	3	18

Test of Homogeneity of Variances

Szki ÉP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.177	1	75	.675

ANOVA

Szki ÉP

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8.283	1	8.283	.920	.341
Within Groups	675.250	75	9.003		
Total	683.532	76			

ONEWAY SzkiÉP BY Szeparáció
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Szki ÉP

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	21	7.67	3.352	.731	6.14	9.19		
1	57	9.00	2.777	.368	8.26	9.74		
Total	78	8.64	2.980	.337	7.97	9.31		

Descriptives

Szki ÉP

	Minimum	Maximum
0	3	18
1	3	15
Total	3	18

Test of Homogeneity of Variances

Szki ÉP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.193	1	76	.662

ANOVA

Szki ÉP

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	27.282	1	27.282	3.158	.080
Within Groups	656.667	76	8.640		
Total	683.949	77			

ONEWAY SzkiÉP BY Mind3_aspektust_érte
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Szki ÉP

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	37	8.00	3.189	.524	6.94	9.06		
1	41	9.22	2.688	.420	8.37	10.07		
Total	78	8.64	2.980	.337	7.97	9.31		

Descriptives

Szki ÉP

	Minimum	Maximum
0	3	18
1	3	15
Total	3	18

Test of Homogeneity of Variances

Szki ÉP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.884	1	76	.350

ANOVA

Szki ÉP

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	28.924	1	28.924	3.356	.071
Within Groups	655.024	76	8.619		
Total	683.949	77			

ONEWAY SzkiÉP BY Mind3_és_testifunkcióvesztés
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Szki ÉP

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
.00	43	8.49	3.202	.488	7.50	9.47		
1.00	34	8.97	2.623	.450	8.06	9.89		
Total	77	8.70	2.952	.336	8.03	9.37		

Descriptives

Szki ÉP

	Minimum	Maximum

.00		3	18
1.00		3	14
Total		3	18

Test of Homogeneity of Variances

Szki ÉP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.829	1	75	.180

ANOVA

Szki ÉP

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4.415	1	4.415	.503	.480
Within Groups	657.715	75	8.770		
Total	662.130	76			

ONEWAY SzkiÉP BY reális_halálfogalom
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Szki ÉP

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	44	8.39	3.237	.488	7.40	9.37		
1	34	8.97	2.623	.450	8.06	9.89		
Total	78	8.64	2.980	.337	7.97	9.31		

Descriptives

Szki ÉP

	Minimum	Maximum
0	3	18
1	3	14
Total	3	18

Test of Homogeneity of Variances

Szki ÉP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.067	1	76	.155

ANOVA

Szki ÉP

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6.546	1	6.546	.734	.394
Within Groups	677.402	76	8.913		
Total	683.949	77			

**9.15. sz. melléklet – Különböző típusú kauzális válaszok gyakorisága
korcsoportonként**

CROSSTABS
/TABLES=öregség BY korcsoport
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
öregség * korcsoport	57	100.0%	0	0.0%	57	100.0%

öregség * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		3 éves	5 éves	
öregség	nem jelenik meg	28	19	47
	megjelenik	2	8	10
Total		30	27	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.180 ^a	1	.023	.035	.026
Continuity Correction ^b	3.714	1	.054		
Likelihood Ratio	5.431	1	.020		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.089	1	.024		
N of Valid Cases	57				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.74.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.301	.023
	Cramer's V	.301	.023
N of Valid Cases		57	

CROSSTABS
/TABLES=öregség BY korcsoport
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
öregség * korcsoport	56	100.0%	0	0.0%	56	100.0%

öregség * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		3 éves	6 éves	
öregség	nem jelenik meg	28	12	40
	megjelenik	2	14	16
Total		30	26	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.192 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	12.968	1	.000		
Likelihood Ratio	16.421	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	14.921	1	.000		
N of Valid Cases	56				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.43.
- b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.521	.000
	Cramer's V	.521	.000
N of Valid Cases		56	

CROSSTABS

/TABLES=öregség BY korcsoport
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ PHI
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
öregség * korcsoport	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

öregség * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		4 éves	6 éves	
öregség	nem jelenik meg	21	12	33
	megjelenik	6	14	20
Total		27	26	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.638 ^a	1	.018	.024	.018
Continuity Correction ^b	4.372	1	.037		
Likelihood Ratio	5.758	1	.016		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.531	1	.019		
N of Valid Cases	53				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.81.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.326	.018
	Cramer's V	.326	.018
N of Valid Cases		53	

CROSSTABS

/TABLES=betegség BY korcsoport

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
betegség * korcsoport	57	100.0%	0	0.0%	57	100.0%

betegség * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		3 éves	5 éves	
betegség	nem jelenik meg	29	19	48
	megjelenik	1	8	9
Total		30	27	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	7.390 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	5.545	1	.019		
Likelihood Ratio	8.138	1	.004		
Fisher's Exact Test				.010	.008
Linear-by-Linear Association	7.261	1	.007		
N of Valid Cases	57				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.26.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.360	.007
	Cramer's V	.360	.007
N of Valid Cases		57	

CROSSTABS

/TABLES=betegség BY korcsoport

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
betegség * korcsoport	56	100.0%	0	0.0%	56	100.0%

betegség * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		3 éves	6 éves	
betegség	nem jelenik meg	29	14	43
	megjelenik	1	12	13
Total		30	26	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.328 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	12.026	1	.001		
Likelihood Ratio	16.029	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.072	1	.000		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.04.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.506	.000
	Cramer's V	.506	.000
N of Valid Cases		56	

CROSSTABS
 /TABLES=betegség BY korcsoport
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ PHI
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
betegség * korcsoport	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

betegség * korcsoport Crosstabulation

Count		korcsoport		Total
		4 éves	6 éves	
betegség	nem jelenik meg	23	14	37
	megjelenik	4	12	16
Total		27	26	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.173 ^a	1	.013		
Continuity Correction ^b	4.775	1	.029		
Likelihood Ratio	6.378	1	.012		
Fisher's Exact Test				.018	.014
Linear-by-Linear Association	6.056	1	.014		
N of Valid Cases	53				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.85.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.341	.013
	Cramer's V	.341	.013
N of Valid Cases		53	

CROSSTABS
 /TABLES=külső_ok BY korcsoport
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ PHI
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
külső_ok * korcsoport	57	100.0%	0	0.0%	57	100.0%

külső_ok * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		3 éves	5 éves	
külső_ok	nem jelenik meg	19	10	29
	megjelenik	11	17	28
Total		30	27	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.932 ^a	1	.047	.065	.043
Continuity Correction ^b	2.950	1	.086		
Likelihood Ratio	3.978	1	.046		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3.863	1	.049		
N of Valid Cases	57				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.26.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.263	.047
	Cramer's V	.263	.047
N of Valid Cases		57	

CROSSTABS

/TABLES=belső_ok BY korcsoport

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
belső_ok * korcsoport	57	100.0%	0	0.0%	57	100.0%

belső_ok * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		3 éves	4 éves	
belső_ok	nem jelenik meg	28	18	46
	megjelenik	2	9	11
Total		30	27	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.489 ^a	1	.011	.017	.012
Continuity Correction ^b	4.889	1	.027		
Likelihood Ratio	6.852	1	.009		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.375	1	.012		
N of Valid Cases	57				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.21.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.337	.011
	Cramer's V	.337	.011
N of Valid Cases		57	

CROSSTABS

/TABLES=belső_ok BY korcsoport
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ PHI
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
belső_ok * korcsoport	57	100.0%	0	0.0%	57	100.0%

belső_ok * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		3 éves	5 éves	
belső_ok	nem jelenik meg	28	15	43
	megjelenik	2	12	14
Total		30	27	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
--	-------	----	-----------------------------------	----------------------	----------------------

Pearson Chi-Square	10.946 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.002	1	.003		
Likelihood Ratio	11.759	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	10.753	1	.001		
N of Valid Cases	57				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.63.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.438	.001
	Cramer's V	.438	.001
N of Valid Cases		57	

CROSSTABS

/TABLES=belső_ok BY korcsoport

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
belső_ok * korcsoport	56	100.0%	0	0.0%	56	100.0%

belső_ok * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		3 éves	6 éves	
belső_ok	nem jelenik meg	28	9	37
	megjelenik	2	17	19
Total		30	26	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.422 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	18.883	1	.000		
Likelihood Ratio	23.505	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.040	1	.000		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.82.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.619	.000
	Cramer's V	.619	.000
N of Valid Cases		56	

CROSSTABS
 /TABLES=belső_ok BY korcsoport
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ PHI
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
belső_ok * korcsoport	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

belső_ok * korcsoport Crosstabulation

Count

		korcsoport		Total
		4 éves	6 éves	
belső_ok	nem jelenik meg	18	9	27
	megjelenik	9	17	26
Total		27	26	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.445 ^a	1	.020		
Continuity Correction ^b	4.238	1	.040		
Likelihood Ratio	5.541	1	.019		
Fisher's Exact Test				.029	.019
Linear-by-Linear Association	5.342	1	.021		
N of Valid Cases	53				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.75.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.321	.020
	Cramer's V	.321	.020
N of Valid Cases		53	

9.16. sz. melléklet – A szülői vallásosság és Lester-pontszám kapcsolata

ONEWAY Lester BY erós_hit
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem	54	6.1058	1.00079	.13619	5.8327	6.3790		
igen	74	5.6836	.98058	.11399	5.4564	5.9108		
Total	128	5.8617	1.00723	.08903	5.6855	6.0379		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem	4.14	9.02
igen	3.46	7.84
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.010	1	126	.920

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5.567	1	5.567	5.690	.019
Within Groups	123.276	126	.978		
Total	128.843	127			

9.17. sz. melléklet – A gyermek temetésen való részvételének és a szülő Lester-pontszámának kapcsolata

ONEWAY Lester BY Temetés
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem vitte	59	5.9530	1.02398	.13331	5.6862	6.2199		
vitte	15	5.5472	1.20017	.30988	4.8826	6.2119		
Total	74	5.8708	1.06598	.12392	5.6238	6.1177		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem vitte	3.74	9.02
vitte	3.77	7.82
Total	3.74	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.282	1	72	.261

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.969	1	1.969	1.751	.190
Within Groups	80.981	72	1.125		
Total	82.950	73			

ONEWAY Lester BY Mostvinné
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem vinné	69	6.0356	.90160	.10854	5.8190	6.2522		
vinné	53	5.6689	1.12258	.15420	5.3594	5.9783		
Total	122	5.8763	1.01574	.09196	5.6942	6.0584		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem vinné	3.77	7.84
vinné	3.46	9.02
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.546	1	120	.216

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4.033	1	4.033	4.006	.048
Within Groups	120.806	120	1.007		
Total	124.839	121			

9.18. sz. melléklet – A diszkrepanás válaszok és a szülő Lester-pontszáma közötti összefüggés

ONEWAY Lester BY diszkrepancia
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound			
nincs diszkrepancia	89	5.7200	1.00201	.10621	5.5089			
enyhe diszkrepancia	29	6.4023	.89724	.16661	6.0610			
Total	118	5.8877	1.01728	.09365	5.7022			

Descriptives

Lester

	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
	Upper Bound			
nincs diszkrepancia	5.9311	3.46	3.46	9.02
enyhe diszkrepancia	6.7436	3.77	3.77	7.84
Total	6.0732	3.46	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.638	1	116	.426

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	10.183	1	10.183	10.652	.001
Within Groups	110.895	116	.956		
Total	121.078	117			

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES diszkrepancia
/METHOD=ENTER Lester

/PRINT=CI(95)
 /CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	118	90.8
	Missing Cases	12	9.2
	Total	130	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		130	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
nincs diszkrepancia	0
enyhe diszkrepancia	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		diszkrepancia		Percentage Correct	
		nincs diszkrepancia	enyhe diszkrepancia		
Step 0	diszkrepancia	nincs diszkrepancia	89	0	100.0
		enyhe diszkrepancia	29	0	.0
Overall Percentage					75.4

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	
Step 0	Constant	-1.121	.214	27.503	1	.000	.326

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.		
Step 0	Variables	Lester	9.924	1	.002
	Overall Statistics		9.924	1	.002

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.	
Step 1	Step	10.372	1	.001

Block	10.372	1	.001
Model	10.372	1	.001

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	121.229 ^a	.084	.125

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		diszkrepancia		Percentage Correct	
		nincs diszkrepancia	enyhe diszkrepancia		
Step 1	diszkrepancia	nincs diszkrepancia	86	3	96.6
		enyhe diszkrepancia	25	4	13.8
Overall Percentage					76.3

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Lester	.731	.244	8.944	1	.003	2.076
Constant	-5.548	1.532	13.123	1	.000	.004

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Lester	1.286	3.351
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Lester.

9.19. sz. melléklet – A gyermekek által tanúsított érdeklődés különböző formáinak és a szülő Lester-pontszámának kapcsolata

ONEWAY Lester BY nemérdeklődik
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound

érdeklődik	104	5.7927	1.05581	.10353	5.5874	5.9980		
nem érdeklődik	25	6.2025	.71951	.14390	5.9055	6.4995		
Total	129	5.8721	1.01021	.08894	5.6961	6.0481		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
érdeklődik	3.46	9.02
nem érdeklődik	4.54	7.53
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.793	1	127	.054

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.385	1	3.385	3.378	.068
Within Groups	127.243	127	1.002		
Total	130.628	128			

ONEWAY Lester BY mitörténik
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem kérdezett	74	5.9617	.97883	.11379	5.7349	6.1885		
kérdezett	54	5.7569	1.05696	.14383	5.4684	6.0454		
Total	128	5.8753	1.01353	.08958	5.6980	6.0526		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem kérdezett	3.46	9.02
kérdezett	3.74	7.84
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.475	1	126	.492

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.310	1	1.310	1.278	.260
Within Groups	129.151	126	1.025		
Total	130.461	127			

ONEWAY Lester BY önmaga
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem kérdezett	78	6.0532	.98810	.11188	5.8304	6.2759		
kérdezett	50	5.5978	.99965	.14137	5.3137	5.8819		
Total	128	5.8753	1.01353	.08958	5.6980	6.0526		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem kérdezett	3.46	9.02
kérdezett	3.74	7.79
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.639	1	126	.426

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6.318	1	6.318	6.412	.013
Within Groups	124.143	126	.985		
Total	130.461	127			

ONEWAY Lester BY szülők
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem kérdezett	61	6.0677	.95825	.12269	5.8223	6.3132		

kérdezett	67	5.7001	1.03755	.12676	5.4470	5.9531		
Total	128	5.8753	1.01353	.08958	5.6980	6.0526		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem kérdezett	3.46	9.02
kérdezett	3.74	7.84
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.871	1	126	.174

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4.316	1	4.316	4.311	.040
Within Groups	126.144	126	1.001		
Total	130.461	127			

ONEWAY Lester BY mindenki
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem kérdezett	59	6.0961	.95210	.12395	5.8480	6.3443		
kérdezett	69	5.6864	1.03288	.12434	5.4383	5.9346		
Total	128	5.8753	1.01353	.08958	5.6980	6.0526		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem kérdezett	3.46	9.02
kérdezett	3.74	7.84
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.655	1	126	.201

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5.339	1	5.339	5.376	.022
Within Groups	125.122	126	.993		
Total	130.461	127			

ONEWAY Lester BY idősek
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem kérdezett	57	5.9026	.90208	.11948	5.6632	6.1419		
kérdezett	71	5.8534	1.10074	.13063	5.5928	6.1139		
Total	128	5.8753	1.01353	.08958	5.6980	6.0526		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem kérdezett	3.46	7.72
kérdezett	3.74	9.02
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.145	1	126	.145

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.077	1	.077	.074	.786
Within Groups	130.384	126	1.035		
Total	130.461	127			

ONEWAY Lester BY Állat
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem kérdezett	57	5.8720	.92017	.12188	5.6278	6.1161		
kérdezett	71	5.8780	1.08919	.12926	5.6201	6.1358		

Total	128	5.8753	1.01353	.08958	5.6980	6.0526		
-------	-----	--------	---------	--------	--------	--------	--	--

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem kérdezett	3.77	7.82
kérdezett	3.46	9.02
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.707	1	126	.402

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.001	1	.001	.001	.974
Within Groups	130.459	126	1.035		
Total	130.461	127			

ONEWAY Lester BY Játékrajz

/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY

/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem jelent meg	102	5.9596	1.03854	.10283	5.7556	6.1636		
megjelent	25	5.5833	.84081	.16816	5.2363	5.9304		
Total	127	5.8856	1.01084	.08970	5.7081	6.0631		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem jelent meg	3.46	9.02
megjelent	3.74	7.31
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.737	1	125	.190

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2.843	1	2.843	2.823	.095
Within Groups	125.903	125	1.007		
Total	128.746	126			

9.20. sz. melléklet –Gyerekek felnövéstől, illetve tárgyi veszteségtől való félelmének és a szülők Lester-pontszámának kapcsolata

ONEWAY Lester BY félelemfelnövéstől
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem fél	80	5.8226	.97316	.10880	5.6061	6.0392		
fél	49	5.9529	1.07331	.15333	5.6446	6.2612		
Total	129	5.8721	1.01021	.08894	5.6961	6.0481		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem fél	3.46	7.84
fél	3.74	9.02
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.352	1	127	.554

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.516	1	.516	.503	.479
Within Groups	130.112	127	1.025		
Total	130.628	128			

ONEWAY Lester BY félelemelvezéstől
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
 /MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
nem fél	91	5.7439	.98597	.10336	5.5386	5.9492		
fél	38	6.1792	1.01418	.16452	5.8458	6.5125		
Total	129	5.8721	1.01021	.08894	5.6961	6.0481		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
nem fél	3.46	7.84
fél	4.55	9.02
Total	3.46	9.02

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.017	1	127	.895

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5.079	1	5.079	5.138	.025
Within Groups	125.549	127	.989		
Total	130.628	128			

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES félelemvesztéstől
/METHOD=ENTER Lester
/PRINT=CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	129	99.2
	Missing Cases	1	.8
	Total	130	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		130	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
nem fél	0
fél	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			félelem elvesztéstől		Percentage Correct
			nem fél	fél	
Step 0	félelem elvesztéstől	nem fél	91	0	100.0
		fél	38	0	.0
Overall Percentage					70.5

- a. Constant is included in the model.
 b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	
Step 0	Constant	-.873	.193	20.443	1	.000	.418

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.		
Step 0	Variables	Lester	5.016	1	.025
	Overall Statistics		5.016	1	.025

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.	
Step 1	Step	5.106	1	.024
	Block	5.106	1	.024
	Model	5.106	1	.024

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	151.293 ^a	.039	.055

- a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			félelem elvesztéstől		Percentage Correct
			nem fél	fél	
Step 1	félelem elvesztéstől	nem fél	91	0	100.0
		fél	37	1	2.6
Overall Percentage					71.3

- a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Lester	.446	.204	4.801	1	.028	1.563
Constant	-3.535	1.247	8.035	1	.005	.029

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Lester	1.048	2.330
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Lester.

9.21. sz. melléklet – Közeli veszteségélmények és a gyermekek halálról való tudásának, halál iránti érdeklődésének kapcsolata

CROSSTABS
 /TABLES=közeli_veszteség BY univerzalitás
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
közeli_veszteség * univerzalitás	43	100.0%	0	0.0%	43	100.0%

közeli_veszteség * univerzalitás Crosstabulation

Count

		univerzalitás		Total
		nem érti	érti	
közeli_veszteség	nem volt	6	24	30
	volt	2	11	13
Total		8	35	43

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.128 ^a	1	.721		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.131	1	.717		
Fisher's Exact Test				1.000	.542

Linear-by-Linear Association	.125	1	.724	
N of Valid Cases	43			

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.42.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=közeli_veszteség BY irreverzibilitás
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
közeli_veszteség * irreverzibilitás	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

közeli_veszteség * irreverzibilitás Crosstabulation

Count

		irreverzibilitás		Total
		nem érti	érti	
közeli_veszteség	nem volt	4	26	30
	volt	4	10	14
Total		8	36	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.490 ^a	1	.222	.242	.209
Continuity Correction ^b	.642	1	.423		
Likelihood Ratio	1.412	1	.235		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.456	1	.228		
N of Valid Cases	44				

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.55.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=közeli_veszteség BY szeparáció
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
közeli_veszteség * szeparáció	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

közeli_veszteség * szeparáció Crosstabulation

Count

		szeparáció		Total
		nem érti	érti	
közeli_veszteség	nem volt	6	24	30
	volt	6	8	14
Total		12	32	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.514 ^a	1	.113	.152	.112
Continuity Correction ^b	1.494	1	.222		
Likelihood Ratio	2.418	1	.120		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2.457	1	.117		
N of Valid Cases	44				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.82.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=közeli_veszteség BY mindenki

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
közeli_veszteség * mindenki	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

közeli_veszteség * mindenki Crosstabulation

Count

		mindenki		Total
		nem kérdezte	kérdezte	
közeli_veszteség	nem volt	13	17	30
	volt	4	10	14
Total		17	27	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.877 ^a	1	.349	.509	.275
Continuity Correction ^b	.365	1	.546		
Likelihood Ratio	.899	1	.343		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.857	1	.354		
N of Valid Cases	44				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.41.
 b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=közeli_veszteség BY szülők
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
közeli_veszteség * szülők	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

közeli_veszteség * szülők Crosstabulation

Count

		szülők		Total
		nem kérdezte	kérdezte	
közeli_veszteség	nem volt	11	19	30
	volt	4	10	14
Total		15	29	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.278 ^a	1	.598	.738	.432
Continuity Correction ^b	.035	1	.852		
Likelihood Ratio	.283	1	.595		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.272	1	.602		
N of Valid Cases	44				

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.77.
 b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=közeli_veszteség BY önmaga
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
közeli_veszteség * önmaga	44	100.0%	0	0.0%	44	100.0%

közeli_veszteség * önmaga Crosstabulation

Count

	önmaga	Total

		nem kérdezte	kérdezte	
közeli_veszteség	nem volt	20	10	30
	volt	9	5	14
Total		29	15	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.024 ^a	1	.877	1.000	.568
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.024	1	.877		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.024	1	.878		
N of Valid Cases	44				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.77.

b. Computed only for a 2x2 table

9.22. sz. melléklet – A gyermek életkorának és a családon belüli beszélgetéseknek a hatása a gyermek halálfogalmára

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Mind3_aspektust_érti
 /METHOD=ENTER Kornap nem_érdeklődött
 /CONTRAST (nem_érdeklődött)=Indicator
 /PRINT=CI(95)
 /CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	61	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	61	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		61	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
0	0
1	1

Categorical Variables Codings

	Frequency	Parameter coding
		(1)

nem_érdeklődött	érdeklődött	49	1.000
	nem_érdeklődött	12	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			Mind3_aspektust_érti		Percentage Correct
			0	1	
Step 0	Mind3_aspektust_érti	0	36	0	100.0
		1	25	0	.0
Overall Percentage					59.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.365	.260	1.962	1	.161	.694

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables Kornap	16.019	1	.000
nem_érdeklődött(1)	1.578	1	.209
Overall Statistics	16.023	2	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	17.326	2	.000
Block	17.326	2	.000
Model	17.326	2	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	65.243 ^a	.247	.333

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			Mind3_aspektust_érti		Percentage Correct
			0	1	
Step 1	Mind3_aspektust_érti	0	28	8	77.8

	1	11	14	56.0
Overall Percentage				68.9

a. The cut value is .500

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Kornap	.003	.001	12.075	1	.001	1.003
nem_érdeklődött(1)	-.059	.844	.005	1	.945	.943
Constant	-6.292	1.691	13.851	1	.000	.002

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Kornap	1.001	1.005
	nem_érdeklődött(1)	.180	4.935
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Kornap, nem_érdeklődött.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Mind3_aspektust_érti
 /METHOD=ENTER Kornap mindenki
 /PRINT=CI(95)
 /CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

Logistic Regression

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	61	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	61	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		61	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
0	0
1	1

Block 0: Beginning Block

Observed		Predicted			
		Mind3_aspektust_érti		Percentage Correct	
		0	1		
Step 0	Mind3_aspektust_érti	0			
		36	0	100.0	
		25	0	.0	

Overall Percentage				59.0
--------------------	--	--	--	------

- a. Constant is included in the model.
b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.365	.260	1.962	1	.161	.694

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables Kornap	16.019	1	.000
mindenki	5.003	1	.025
Overall Statistics	16.634	2	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	18.242	2	.000
Block	18.242	2	.000
Model	18.242	2	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	64.327 ^a	.258	.348

- a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		Mind3_aspektust_erti	0	1
Step 1 Mind3_aspektust_erti	0	28	8	77.8
	1	6	19	76.0
Overall Percentage				77.0

- a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Kornap	.003	.001	10.782	1	.001	1.003
mindenki	.607	.630	.927	1	.336	1.835
Constant	-6.237	1.714	13.244	1	.000	.002

Variables in the Equation

		95% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1 ^a	Kornap	1.001	1.005
	mindenki	.533	6.313
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: Kornap, mindenki.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Mind3_aspektust_érti
 /METHOD=ENTER Kornap szülők
 /PRINT=CI(95)
 /CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	61	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	61	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		61	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
0	0
1	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Mind3_aspektust_érti		
			0	1	
Step 0	Mind3_aspektust_érti	0	36	0	100.0
		1	25	0	.0
Overall Percentage					59.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.365	.260	1.962	1	.161	.694

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables Kornap	16.019	1	.000

	szülők	6.486	1	.011
Overall Statistics		16.869	2	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	18.640	2	.000
	Block	18.640	2	.000
	Model	18.640	2	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	63.930 ^a	.263	.355

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Mind3_aspektust_érti 0	1	
Step 1	Mind3_aspektust_érti	0	27	9	75.0
		1	8	17	68.0
Overall Percentage					72.1

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)			
Step 1 ^a	Kornap	.003	.001	10.045	1	.002	1.003		
	szülők	.733	.638	1.321	1	.250	2.082		
	Constant	-6.216	1.737	12.801	1	.000	.002		

Variables in the Equation

			95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Kornap	1.001	1.005	
	szülők	.596	7.271	
	Constant			

a. Variable(s) entered on step 1: Kornap, szülők.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Mind3_aspektust_érti
 /METHOD=ENTER Kornap önmaga
 /PRINT=CI(95)
 /CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	61	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	61	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		61	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
0	0
1	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Mind3_aspektust_erti		
			0	1	
Step 0	Mind3_aspektust_erti	0	36	0	100.0
		1	25	0	.0
Overall Percentage					59.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.365	.260	1.962	1	.161	.694

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Kornap	16.019	1	.000
		önmaga	5.483	1	.019
Overall Statistics			17.523	2	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	19.345	2	.000
	Block	19.345	2	.000
	Model	19.345	2	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square

1	63.225 ^a	.272	.366
---	---------------------	------	------

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Mind3_aspektust_érti		
			0	1	
Step 1	Mind3_aspektust_érti	0	28	8	77.8
		1	8	17	68.0
Overall Percentage					73.8

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Kornap	.003	.001	11.200	1	.001	1.003
önmaga	.952	.674	1.993	1	.158	2.590
Constant	-6.263	1.736	13.019	1	.000	.002

Variables in the Equation

			95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 ^a	Kornap	1.001	1.005	
	önmaga	.691	9.704	
	Constant			

a. Variable(s) entered on step 1: Kornap, önmaga.

9.23. sz. melléklet – A gyermekek által a halottnak tulajdonított félelem/öröm és a szülők Lester-pontszámának kapcsolata

ONEWAY Lester BY Öröm
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY

/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
0	38	6.0992	1.01450	.16457	5.7657	6.4327
1	16	5.9216	.88403	.22101	5.4505	6.3926
Total	54	6.0466	.97283	.13238	5.7810	6.3121

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
0	3.89	7.82
1	4.54	7.84
Total	3.89	7.84

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.718	1	52	.401

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.355	1	.355	.371	.545
Within Groups	49.803	52	.958		
Total	50.159	53			

ONEWAY Lester BY Félelem

/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY

/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

Lester

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound		
0	37	6.0176	1.08726	.17874	5.6551	6.3801		
1	17	6.1095	.68483	.16610	5.7574	6.4616		
Total	54	6.0466	.97283	.13238	5.7810	6.3121		

Descriptives

Lester

	Minimum	Maximum
0	3.89	7.82
1	5.03	7.84
Total	3.89	7.84

Test of Homogeneity of Variances

Lester

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
6.140	1	52	.017

ANOVA

Lester

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.098	1	.098	.102	.751
Within Groups	50.060	52	.963		
Total	50.159	53			

9.24. sz. melléklet – A szülői és gyermeki magyarázatok összefüggései

CROSSTABS
 /TABLES=öröm BY lélek_továbbélése
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
öröm * lélek_továbbélése	54	100.0%	0	0.0%	54	100.0%

öröm * lélek_továbbélése Crosstabulation

Count

		lélek_továbbélése		Total
		nem implikál	implikál	
öröm	tulajdonít	2	15	17
	nem tulajdonít	4	33	37
Total		6	48	54

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.011 ^a	1	.917	1.000	.623
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.011	1	.918		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.011	1	.918		
N of Valid Cases	54				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.89.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
 /TABLES=szomorúság BY lélek_továbbélése
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
szomorúság * lélek_továbbélése	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

szomorúság * lélek_továbbélése Crosstabulation

Count

		lélek_továbbélése		Total
		nem implikál	implikál	
szomorúság	tulajdonít	4	22	26
	nem tulajdonít	2	25	27
Total		6	47	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.840 ^a	1	.360		
Continuity Correction ^b	.233	1	.629		
Likelihood Ratio	.852	1	.356		
Fisher's Exact Test				.420	.316
Linear-by-Linear Association	.824	1	.364		
N of Valid Cases	53				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.94.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=félelem BY lélek_továbbélése

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
félelem * lélek_továbbélése	54	100.0%	0	0.0%	54	100.0%

félelem * lélek_továbbélése Crosstabulation

Count

		lélek_továbbélése		Total
		nem implikál	implikál	
félelem	tulajdonít	2	16	18
	nem tulajdonít	4	32	36
Total		6	48	54

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^a	1	1.000		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.687
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		

N of Valid Cases	54			
------------------	----	--	--	--

- a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=fájdalom BY lélek_továbbélése
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
fájdalom * lélek_továbbélése	54	100.0%	0	0.0%	54	100.0%

fájdalom * lélek_továbbélése Crosstabulation

Count

		lélek_továbbélése		Total
		nem implikál	implikál	
fájdalom	tulajdonít	5	18	23
	nem tulajdonít	1	30	31
Total		6	48	54

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.582 ^a	1	.032	.073	.044
Continuity Correction ^b	2.899	1	.089		
Likelihood Ratio	4.754	1	.029		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.497	1	.034		
N of Valid Cases	54				

- a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.56.
b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS
/TABLES=vágy BY lélek_továbbélése
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
vágy * lélek_továbbélése	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

vágy * lélek_továbbélése Crosstabulation

Count

		lélek_továbbélése		Total
		nem implikál	implikál	
vágy	tulajdonít	3	17	20
	nem tulajdonít	3	30	33
Total		6	47	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.433 ^a	1	.510	.661	.406
Continuity Correction ^b	.044	1	.833		
Likelihood Ratio	.422	1	.516		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.425	1	.514		
N of Valid Cases	53				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.26.

b. Computed only for a 2x2 table

CROSSTABS

/TABLES=percepció BY lélek_továbbélése

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
percepció * lélek_továbbélése	52	100.0%	0	0.0%	52	100.0%

percepció * lélek_továbbélése Crosstabulation

Count

		lélek_továbbélése		Total
		nem implikál	implikál	
percepció	tulajdonít	2	15	17
	nem tulajdonít	3	32	35
Total		5	47	52

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.134 ^a	1	.714	1.000	.533
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.130	1	.718		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.132	1	.717		
N of Valid Cases	52				

- a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.63.
- b. Computed only for a 2x2 table

9.25. sz. melléklet - Független értékelők közötti egyetértés

9.25.1. Gyermeki magyarázattípusok

```
CROSSTABS
/TABLES=A_gyerekmagyarázat BY B_gyerekmagyarázat
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=KAPPA
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_gyerekmagyarázat * B_gyerekmagyarázat	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

A_gyerekmagyarázat * B_gyerekmagyarázat Crosstabulation

Count

		B_gyerekmagyarázat				Total
		nincs válasz	vallás	biológiai	kevert	
A_gyerekmagyarázat	nincs válasz	27	0	2	0	29
	vallás	0	5	0	0	5
	biológiai	1	0	59	0	60
	kevert	0	0	2	14	16
Total		28	5	63	14	110

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.924	.033	14.070	.000
N of Valid Cases		110			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

9.25.2. Az univerzalitás megértése

```
CROSSTABS
/TABLES=A_univerzalitás BY B_univerzalitás
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=KAPPA
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_univerzalitás * B_univerzalitás	107	97.3%	3	2.7%	110	100.0%

A_univerzalitás * B_univerzalitás Crosstabulation

Count

		B_univerzalitás		Total
		nem érti	érti	
A_univerzalitás	nem érti	31	5	36
	érti	4	67	71
Total		35	72	107

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.810	.060	8.384	.000
N of Valid Cases		107			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

9.25.3. Az irreverzibilitás megértése

CROSSTABS

/TABLES=A_irreverzibilitás BY B_irreverzibilitás

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=KAPPA

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_irreverzibilitás * B_irreverzibilitás	109	99.1%	1	0.9%	110	100.0%

A_irreverzibilitás * B_irreverzibilitás Crosstabulation

Count

		B_irreverzibilitás		Total
		nem érti	érti	
A_irreverzibilitás	nem érti	41	2	43
	érti	5	61	66
Total		46	63	109

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.867	.048	9.068	.000
N of Valid Cases		109			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

9.25.4. A szeparáció megértése

CROSSTABS

/TABLES=A_szeparáció BY B_szeparáció

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=KAPPA

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_szeparáció * B_szeparáció	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

A_szeparáció * B_szeparáció Crosstabulation

Count

		B_szeparáció		Total
		nem érti	érti	
A_szeparáció	nem érti	39	3	42
	érti	4	64	68
Total		43	67	110

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.866	.049	9.082	.000
N of Valid Cases		110			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

9.25.5. Szülői magyarázatok diszkrepanciája

CROSSTABS

/TABLES=A_diszkrepancia BY B_diszkrepancia

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=KAPPA

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_diszkrepancia * B_diszkrepancia	119	91.5%	11	8.5%	130	100.0%

A_diszkrepancia * B_diszkrepancia Crosstabulation

Count

		B_diszkrepancia		Total
		nincs diszkrepancia	van diszkrepancia	
A_diszkrepancia	nincs diszkrepancia	85	2	87
	van diszkrepancia	5	27	32
Total		90	29	119

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.846	.056	9.247	.000
N of Valid Cases		119			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

9.25.6. sz. melléklet – Gyermekek indokolatlan féelme a tárgyi veszteségektől

CROSSTABS

/TABLES=A-veszteségfélelem BY B-veszteségfélelem

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=KAPPA

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A-veszteségfélelem * B-veszteségfélelem	130	100.0%	0	0.0%	130	100.0%

A-veszteségfélelem * B-veszteségfélelem Crosstabulation

Count

		B-veszteségfélelem		Total
		nem fél	fél	
A-veszteségfélelem	nem fél	84	8	92
	fél	3	35	38
Total		87	43	130

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.803	.056	9.193	.000
N of Valid Cases		130			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

9.25.7. sz. melléklet – Kauzális válaszok

CROSSTABS

/TABLES=A_erőszakos BY B_erőszakos

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=KAPPA

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_erőszakos * B_erőszakos	61	100.0%	0	0.0%	61	100.0%

A_erőszakos * B_erőszakos Crosstabulation

Count

		B_erőszakos		Total
		.00	1.00	
A_erőszakos	.00	44	1	45
	1.00	3	13	16
Total		47	14	61

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.823	.085	6.457	.000
N of Valid Cases		61			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

CROSSTABS

/TABLES=A_öregség BY B_öregség

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=KAPPA

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_öregség * B_öregség	61	100.0%	0	0.0%	61	100.0%

A_öregség * B_öregség Crosstabulation

Count

		B_öregség		Total
		.00	1.00	
A_öregség	.00	48	2	50
	1.00	0	11	11
Total		48	13	61

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.896	.072	7.039	.000
N of Valid Cases		61			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

CROSSTABS

/TABLES=A_betegség BY B_betegség

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=KAPPA

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_betegség * B_betegség	61	100.0%	0	0.0%	61	100.0%

A_betegség * B_betegség Crosstabulation

Count

		B_betegség		Total
		.00	1.00	
A_betegség	.00	42	2	44
	1.00	0	17	17
Total		42	19	61

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.921	.055	7.218	.000
N of Valid Cases		61			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

CROSSTABS
 /TABLES=A_baleset BY B_baleset
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=KAPPA
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_baleset * B_baleset	61	100.0%	0	0.0%	61	100.0%

A_baleset * B_baleset Crosstabulation

Count

		B_baleset		Total
		.00	1.00	
A_baleset	.00	45	0	45
	1.00	3	13	16
Total		48	13	61

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.865	.075	6.817	.000
N of Valid Cases		61			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

9.25.8. sz. melléklet – Szülői magyarázattípusok

CROSSTABS
 /TABLES=A_Szmagyarázat BY B_Szmagyarázat
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=KAPPA
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
A_Szmagyarázat * B_Szmagyarázat	61	100.0%	0	0.0%	61	100.0%

A_Szmagyarázat * B_Szmagyarázat Crosstabulation

Count

		B_Szmagyarázat				Total
		biológiai	vallási	kevert	nv	
A_Szmagyarázat	biológiai	6	0	1	0	7
	vallási	0	27	2	0	29
	kevert	0	2	19	0	21
	nv	0	0	0	4	4
Total		6	29	22	4	61

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	.871	.056	9.789	.000
N of Valid Cases		61			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

9.27. sz. melléklet – A halálfogalom aspektusainak kapcsolata a mentálisállapot-tulajdonításokkal

CROSSTABS

/TABLES=testi_funkciót_tulajdonít BY MÁ_tulajdonít

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI LAMBDA

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
testi_funkciót_tulajdonít * MÁ_tulajdonít	98	89.1%	12	10.9%	110	100.0%

testi_funkciót_tulajdonít * MÁ_tulajdonít Crosstabulation

Count

		MÁ_tulajdonít		Total
		nem	igen	
testi_funkciót_tulajdonít	nem	22	43	65
	igen	3	30	33
Total		25	73	98

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.059 ^a	1	.008		
Continuity Correction ^b	5.816	1	.016		
Likelihood Ratio	7.996	1	.005		

Fisher's Exact Test				.008	.006
Linear-by-Linear Association	6.987	1	.008		
N of Valid Cases	98				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.42.
- b. Computed only for a 2x2 table
- c. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.268	.008
	Cramer's V	.268	.008
N of Valid Cases		98	

CROSSTABS
 /TABLES=Mind3_aspektust_erti BY MĀ_tulajdonit
 /FORMAT=AVALUE TABLES
 /STATISTICS=CHISQ PHI
 /CELLS=COUNT
 /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Mind3_aspektust_erti * MĀ_tulajdonit	65	100.0%	0	0.0%	65	100.0%

Mind3_aspektust_erti * MĀ_tulajdonit Crosstabulation

Count

		MĀ_tulajdonit		Total
		nem	igen	
Mind3_aspektust_erti	0	15	16	31
	1	7	27	34
Total		22	43	65

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.597 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	4.424	1	.035		
Likelihood Ratio	5.684	1	.017		
Fisher's Exact Test				.021	.017
Linear-by-Linear Association	5.510	1	.019		
N of Valid Cases	65				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.49.
- b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.293	.018
	Cramer's V	.293	.018
N of Valid Cases		65	