

E. Földi Rita

AZ ADHD ÉS A CSALÁD



Károli Könyvek Monográfia

Sorozatszerkesztő:
Sepsi Enikő

A szerkesztőbizottság tagjai:

Boros Gábor, Csanády Márton, Csoma Mózes, Fabiny Tibor,
Furkó Péter, Homicskó Árpád, Jakab Éva,
Kendeffy Gábor, Literáty Zoltán, Mészáros József,
Pap Ferenc, Tóth J. Zoltán

F. Földi Rita

AZ ADHD ÉS A CSALÁD

Protektív faktorok és jelentőségük

Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan Kiadó
Budapest, 2025

A kötet a Károli Gáspár Református Egyetem BTK Kutatási Pályázat keretében, a KRE Pszichológiai Intézet Reziliens Fejlődés Pozitív Kutatócsoportjának pályázatához kapcsolódva készült.
Témaszám: 20716B800.

Károli Gáspár Református Egyetem
1091 Budapest, Kálvin tér 9.
Telefon: 455-9060

Felelős kiadó:
Gyenes Ádám, a L'Harmattan Kiadó igazgatója és
Trócsányi László, a KRE rektora

© Károli Gáspár Református Egyetem, 2025
© L'Harmattan Kiadó, 2025
© F. Földi Rita, 2025

Szakmai lektor: Kövesdi Andrea

A borító az iStock képének felhasználásával készült.

ISBN 978-963-646-168-3
ISSN 2063-3297
DOI: <https://doi.org/10.56037/978-963-646-168-3>

A kiadó kötetei megrendelhetők,
illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:
L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: +36-70-554-3177
harmattan@harmattan.hu
www.harmattan.hu

TARTALOMJEGYZÉK

Köszönetnyilvánítás	7
Bevezetés	9
Korai fejlődési jellemzők, szabályozó folyamatok alakulása	13
Az ADHD és az alvás szabályozása	15
Az ADHD és a mozgásszabályozás alakulása	19
A mozgásfejlődés és a testséma alakulása	22
Környezeti hatások a mozgásfejlődésben	24
A fejlődést támogató környezeti hatások (praktikus ajánlások)	25
0–2 éves kor	25
3–5 éves kor	26
Önállóságra törekvés és támogatása	26
Végrehajtó funkciók és komorbid kórképek	29
Az alvási ciklusok alakulása a korai fejlődésben és a környezeti tényezők szerepe	31
Környezeti tényezők: az anya szerepe az alvásszabályozás alakulásában	34
A kötődést befolyásoló további környezeti tényezők (belső munkamodellek)	38
Altatási-alvási rutinok szerepe	40
Az anyai kötődés és az alvásminőség	43
Felhasznált mérőeszközök	44
Anyai kötődés	47
Alvásminőség	49
Kutatási eredmények	52
A kutatás korlátai	66
Összegzés	67

Ajánlások nem csak alvási problémák esetén (praktikus lehetőségek)	68
A mese szerepe	68
A felfedezések ideje: a kisgyermek 1–3 éves kora	69
Végrehajtó funkciók és mentalizáció	73
Minta és adatfelvétel	77
Módszertan	78
Eredmények	81
Családi hatások	85
Családi hatások, családeszlelés	89
Minta	93
Módszertan	95
Eredmények	98
Összegzés	102
Kortárs kapcsolatok, protektív faktorok	107
Irodalomjegyzék	111

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS



Köszönöm a Károli Gáspár Református Egyetemnek, hogy a kutatási projekt révén lehetőséget kaptunk a vizsgálatok elvégzésére és a kötet megjelenésére.

Köszönöm továbbá a következő iskolák vezetőinek és tanárainak a segítséget, amelyet a hallgatóknak nyújtottak a vizsgálatok elvégzéséhez: Tüskevár Általános Iskola és Gimnázium, Vadaskert Általános Iskola, Gyermekház Általános Iskola.

Köszönöm az adatgyűjtést, feldolgozást azoknak a hallgatóimnak, akik kiváló szakdolgozatokat készítettek a kutatási projektben való részvételükkel: Tótok Veronika és Herczeg Viktória (*Végrehajtó funkciók és mentalizáció*), Áfra Marietta (*Korai alvásproblémák és anyai kötődés*), Philipp Noémi és Szabó Gerda (*Család–családészlelés–megküzdés*).

F. Földi Rita

BEVEZETÉS



Az ADHD problémaköre és a kapcsolódó kutatások régóta foglalkoztatják a kutatókat. Végigtekintve az elmúlt évtizedek kutatásait, látjuk, hogy maga a diagnózis és a diagnózis felállítására alkalmazott mérőeszközök is jelentős változáson mentek át, sajnos azonban a probléma előfordulási gyakorisága nem csökkent.

Az ADHD (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*) az egyik leggyakrabban előforduló gyermekpszichiátriai kórkép, mely az érintett gyermekeknek, szülőknek és a gyermekkel foglalkozó valamennyi szakembernek – óvodapedagógus, gyógypedagógus, gyermekneurológus, pszichológus – kihívást jelent. Ehhez hozzájárul az is, hogy az ADHD tünetei olyan mértékben zavaróak a környezet számára, hogy a gyermekpszichiátriai kivizsgálás valószínűsége jelentősen nő más fejlődési zavarokhoz képest. Előfordulási gyakorisága 3–12%,¹ fiúknál 10%, lányoknál 5% alatt.² Történetileg nézve az ADHD diagnosztikai kritériumait azt látjuk, hogy már a *DSM* harmadik kiadásában³ szubjektív, leíró tünetlista szerepelt, amely elsősorban a megfigyelésekre támaszkodó jellemzőket sorolta fel. Olyan jellemzőket tartalmazott, mint például „gyakran nem figyel, izeg-mozog, renge-

¹ T. E. Brown: Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of two conflicting views, *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 53, 2006/1, 35–46.

² Polanczyk et al.: The Worldwide Prevalence Of Adhd: A Systematic Review And Metaregression Analysis, *American Journal Of Psychiatry*, vol. 146, 2007/6, 942–948. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541055/> (Letöltés: 2024. október 14.)

³ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, DSM-III*, Washington, American Psychiatric Association, 1980. <https://aditpsiquiatriay psicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERME DADES/DSM-III.pdf> (Letöltés: 2024. október 14.)

teget beszél, gyakran feledékeny, nem fejezi be, amit elkezdett, kívánságait azonnal teljesíteni kell”.⁴

Jól látható, hogy az említett jellemzők, bár kétségtelenül igazak, meglehetősen szubjektívek, mivel több tényező is befolyásolja ezeket. Elsőként a gyermek életkora, hiszen kisgyermek- és gyermekkorban a motoros aktivitás általános jellemző, sőt az idegrendszeri érés egyik facilitátora, ahogy azt a kötet mozgásfejlődés részében részletesen bemutatjuk. A tünetek észlelését befolyásolja továbbá a megfigyelő (szülő, pedagógus, pszichológus) személyisége (mennyire zavaró számára a gyermek aktivitása); valamint függ a szituációtól, amiben a gyermek éppen van (mennyire ismerős számára, mennyire érzi biztonságban magát). A motoros aktivitást a gyermek neme is befolyásolja.

Nem véletlen, hogy a *DSM* következő, negyedik kiadásában⁵ a figyelemhiányos (F90.0) és a diszruptív viselkedési zavarokat (F91.9)⁶ alábbi formáit különítették el:

- a) Figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar, kombinált típus:
 - figyelmetlenség (elkezdett cselekvés abbahagyása, feladatra összpontosítás nehézsége, játék során is fokozott elterelhetőség stb.);
 - impulzivitás (gondolkodás nélküli cselekvés, szervezetlen feladatvégzés, folyamatos felügyelet igénye stb.);
 - hiperaktivitás (extrém expanzív viselkedés, állandó mozgás, nyugtalanság alvás közben is).
- b) Főleg figyelemhiányos típus.
- c) Főleg hiperaktív-impulzív típus.

⁴ C. K. Conners: Rating scales for use in drug studies with children, *Psychopharmacology Bulletin (Special issue on children)*, 1973, 24–29. A szerző fordítása.

⁵ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, DSM-IV*, Washington, American Psychiatric Association, 1994. <https://img3.reoveme.com/m/2ab8dabd068b16a5.pdf> (Letöltés: 2024. október 7.)

⁶ Uo., 80, 830.

Ha áttekintjük a kritériumokat (*figyelmetlenség, impulzivitás, hiperaktivitás*), akkor látható, hogy olyan jellemzőket ragad meg, amelyek a tipikus fejlődésű gyermekekre már nem jellemzőek, de ADHD esetén igen. Lényeges a pontos meghatározás, hiszen ha a gyermek elmerül egy játékban, gyakran nem reagál a környezetére vagy arra a személyre, aki szól hozzá.

Az impulzivitás esetén is fontos pontosítás jelent meg: az azonnali cselekvés és a szervezetlenségre vonatkozó kritérium mellett az alvás közben is fennálló nyugtalanság. Ennek kapcsán a vonatkozó szakirodalmak mellett bemutatjuk a kapcsolódó kutatásunkat is.

A DSM következő, ötödik kiadása a végrehajtó funkciókra helyezi a hangsúlyt.⁷ Meghatározása szerint a figyelemzavar (*attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD*) neurokognitív zavar, amely elsősorban a figyelem gyengeségében, az impulzív és/vagy hiperaktív magatartásban nyilvánul meg. Ilyesmi az iskolás gyermekek 3–7 százalékánál fordul elő,⁸ és negatívan befolyásolja a gyermekek tanulási teljesítményét, szociális beilleszkedését.

A DSM-5 tehát a végrehajtó funkciók működésére összpontosítva állította össze a differenciáldiagnosztikai kritériumokat, vagyis a korosztályhoz képest a funkciók eltérését állítja a középpontba. A korábbi kutatások ellentmondásai azonban továbbra is fennállnak, amelyek részben visszavezethetők a diagnosztikai kritériumok változásaira, a célcsoport heterogenitására, a végrehajtó funkciók feltérképezésére alkalmas eszközök hiányosságaira és a fennálló társuló kórképek magas előfordulására. További nehézséget jelent az életkor: az egészségügyi szakmai irányelvek szerint a tünetek 7 éves kor előtt jelennek meg, de gyakran már 2 éves kor előtt is jelentkezhetnek.

⁷ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5*, Washington, American Psychiatric Association, 2013.

⁸ R. A. Barkley: Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, vol. 121, 1997/1, 65–94.

A *DSM-5* olyan tünetekre is felhívja a figyelmet, amelyek a szociális alkalmazkodás nehézségeit vetik fel, tehát nemcsak a kognitív fejlődést, tanulási teljesítményt, hanem a kortárs kapcsolatok alakulását is befolyásolják.⁹

A tünetlista láthatóan a negatív jegyek, tehát a figyelmi, gátlási, arousal- és megerősítési működések zavarát emeli ki, amelyek másodlagos kognitív tünetekkel járnak, és különböző mértékű zavarokat okoznak a metakogníció, a tanulási stratégiák és a szociális viselkedés terén. Ezek a negatív jegyek diagnosztikai szempontból fontosak, de a tünetlista sajnos kevésbé tér ki az olyan pozitív magatartási jegyekre, mint a spontán segítőkészség, az erős igazságérzet és a gyors reakciókészség.¹⁰ Pedig éppen ezek a pozitív jellemzők segíthetnek a gyermek énképének, szociális kapcsolatainak javításában és a másodlagos tünetek kialakulásának megelőzésében. A háttérben feltételezhető organikus ok vagy atipikus idegrendszeri érés, neurokémiai folyamat, illetve genetikai tényezők megléte esetén az ADHD ugyanis „csak abban az esetben válik manifesztté, ha a környezeti feltételek nem segítik elő a kompenzációs mechanizmusok beindulását”.¹¹

Kötetünkben bemutatjuk azokat a kutatásainkat, melyek a korai fejlődéstől jelzik az atipikus fejlődés lehetőségét és összefüggéseit a szociális környezetből érkező hatásokkal, melyek befolyásolják az eredményes alkalmazkodást az ADHD-val küzdő gyermekek és serdülők esetében. Külön figyelmet fordítunk azokra a hatásokra, melyek jelentősen befolyásolják az ADHD prevalenciáját a 21. század első évtizedeiben, valamint az eredmények alapján segíthetik a gyermekek sikeres alkalmazkodását, illetve az őket gondozó/nevelő szülőket és pedagógusokat.

⁹ *DSM-5*, 170.

¹⁰ William N. Bender: *Understanding ADHD: A Practical Guide for Teachers and Parents*, Upper Saddle River, Prentice Hall, 1997; Cordula Neuhaus: *Hiper- és hipoaktivitás*, ford. Kleyer Éva, Budapest, Kairosz, 1999; Csépe Valéria: *Kognitív fejlődés-neuropszichológia*, Budapest, Gondolat, 2005, 288;

¹¹ F. Földi Rita: *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere*, Budapest, Comenius, 2005, 234.

KORAI FEJLŐDÉSI JELLEMZŐK, SZABÁLYOZÓ FOLYAMATOK ALAKULÁSA

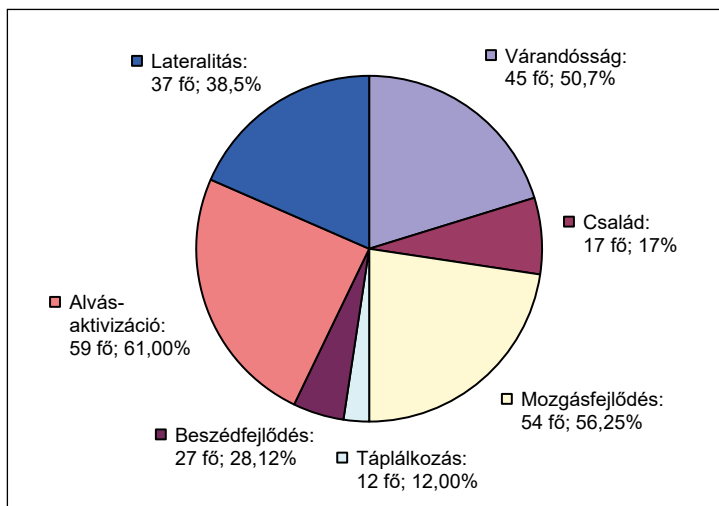
A korai fejlődési jellemzők kiemelése azért lényeges, mert a tanulmány alapvető szempontjaként azt tartom a legfontosabbnak, hogy a pontos diagnózis mellett, sőt lehetőleg a diagnózis előtt segítséget kapjanak az ADHD-s gyermeket nevelő szülők, illetve nevelők, és a gyermek is megfelelő időben kapja meg a célzott fejlesztést azokra a támogató, protektív faktorokra támaszkodva, melyek az egészséges lelki fejlődését biztosíthatják.

A szakirodalmi áttekintések alapján az első tünetek, különösen a hiperaktivitás és impulzivitás tekintetében, már a korai időszakban tapasztalhatók, míg a figyelemzavar tünetei típusosan 7 éves kor után jelennek meg. Ez természetesen azért is lényeges, mert a 0–7 éves korosztály esetében a „tünetek” fejlődési jellemzőként szubklinikai módon jelen vannak, amelyet az idegrendszeri érés befolyásol. Tehát a tünetek fennállása az életkorhoz viszonyítva indokolja a diagnózis felállítását, amit kiegészíthetünk az egyéni fejlődési jellemzőkkel az anamnesztikus interjú alapján. Így például egy 3-4 éves gyermek esetében a viselkedési jellemzők, a tipikus fejlődési trendtől való eltérés, a szabályozó funkciók és az életkornak megfelelő kognitív fejlettség megállapításáról beszélhetünk, a korai fejlődési jellemzőinek figyelembevételével. Karp és munkatársai a 12–72 hónapos gyermekekből álló mintájukon azt találták, hogy a temperamentumjellemzők (hangulat, aktivitás, vokalizáció, érdeklődés, hangulati konzisztencia, alkalmazkodás) szignifikánsan bejósolták a teszt alatti adaptív viselkedést, illetve a fejlődési teszt eredményeit.¹² csecsemő-

¹² Karp et al.: An Observational Measure of Children's Behavioural Style: Evidence Supporting a Multi-Method Approach to Studying Temperament, *Infant and Child Development*, vol. 13, 2004/2, 135–158.

és óvodáskorban az intelligenciatesztek megoldásának kompetenciája szorosan kötődik a viselkedéshez,¹³ az alvásszabályozás zavara pedig a figyelem fenntartásának zavarával társul.¹⁴

Saját korábbi kutatásunkban a korai fejlődést befolyásoló tényezőket vizsgáltuk az anamnesztikus adatok mentén (N = 96, fiú = 67, lány = 29).¹⁵



1. ábra. A korai fejlődés rizikófaktorai anamnesztikus adatok alapján (N = 96 fő).

A diagram (1. ábra) azokat a rizikófaktorokat mutatja be, melyek a hiperaktivitás háttérében előfordulhatnak. A minta 96 fő,

¹³ L. Kubicek – R. Emde – S. Schmitz: Temperament, Mental Development, and Language in the Transition from Infancy to Early Childhood in J. Hewitt – R. Emde (eds.): *Infancy to Early Childhood: Genetic and Environmental Influences on Developmental Change*, New York, Oxford University Press, 2001, 307–328.

¹⁴ Turnbull et al.: Behavioral Sleep Problems and their Potential Impact on Developing Executive Function in Children, *Sleep*, vol. 36, 2013/7, 1077–1084.

¹⁵ F. Földi: *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere*, 2005.

az ADHD tüneteit mutató 6-7 éves gyermek anamnézisére támaszkodik, és a rizikófaktorok százalékos előfordulását jelzi. A kiemelt rizikófaktorok:

- a várandósság alatti egészségügyi problémák az édesanyánál [várandósság],
- családi helyzetben bekövetkezett változások (válás, haláletet) az első életév folyamán [család],
- atipikus mozgásfejlődés az első életévben [mozgásfejlődés],
- táplálkozási problémák az első életévben [táplálkozás],
- megkésett beszédfejlődés [beszédfejlődés],
- alvási folyamat problémái [alvásaktivizáció],
- laterális (kézdominancia) alakulásának problémái 6 éves korban [lateralitás].

Kiemelhető a legnagyobb arányban az alvásaktivitás és az atipikus mozgásfejlődés magas előfordulása; ennek alapján ezek idegrendszeri hátterét tekintjük át a továbbiakban.

AZ ADHD ÉS AZ ALVÁS SZABÁLYOZÁSA

Az idegrendszeri érés során az alvási ciklus szabályozása megelőzi az éberség és a figyelem fejlődésének szabályozását. Az alvásszabályozás mennyiségi és minőségi eltéréseit a neurobiológiai elméletek összefüggésbe hozzák az ADHD viselkedéses és kognitív tüneteinek megjelenésével, és mivel az alvás szabályozása korábban jelenik meg, mint a figyelem szabályozása, ez szerepet játszhat a figyelmi eltérések kialakulásában.¹⁶ A csecsemőkorú regulációs zavarok (excesszív sírás, táplálkozási és

¹⁶ A. N. Coogan – N. M. McGowan: A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder, *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, vol. 9, 2017/3, 129–147.

alvási problémák) együttesen egy meghatározott genetikai predispozíció esetén növelik az ADHD kockázatát.¹⁷

Az ADHD és az autizmus-spektrumzavar közös és eltérő korai fejlődési kockázatainak áttekintése során a két zavar egyes pontokon már korai életkorban is elkülöníthetőnek bizonyult; az alvási problémák például kevésbé az autizmus-spektrumzavar korai tényezőinek, hanem inkább az ADHD korai kockázatának tekinthetők.¹⁸

A regulációs zavarok, melyek az első életévben tapasztalhatók, a második év folyamán, másodlagos zavarként befolyásolják a kötődés alakulását és az érzelmi szabályozást is.¹⁹ Figyelmet érdemel, hogy a nemzetközi szakirodalom alapján az ADHD-val élő személyeknél az alvási problémák magas arányban fordulnak elő. Előfordulásuk 35–70%, ami függ az ADHD típusától, a nemtől, az életkortól, a komorbid kórképektől és a gyógyszerhasználattól, illetve a mérés objektivitásától.²⁰

Cortese és munkatársainak összefüggéseket áttekintő korábbi tanulmánya a mérőeszközök (szülői kérdőívek) és a labor kutatások eredményeinek eltéréseire hívta fel a figyelmet.²¹ Az 1987

¹⁷ S. Becker – J. M. Langberg – K. C. Byars: Advancing a biopsychosocial and contextual model of sleep in adolescence: A review and introduction to the special issue, *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 44, 2015/2, 239–270.

¹⁸ M. H. Johnson – T. Gliga – E. Jones – E. T. Charman: Annual Research Review: Infant development, autism, and ADHD – early pathways to emerging disorders, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 56, 2015/3, 228–247.

¹⁹ Hédervári-Heller É.: *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia, A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*, Budapest, Animula, 2008.

²⁰ M-H. Tsai – J. F. Hsu – Y. S. Huang: Sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Current status of knowledge and appropriate management, *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, 2016/8, 76.

²¹ S. Cortese – S. V. Faraone – E. Konofal – M. Lecendreux: Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis

és 2008 között készült 16 tanulmány eredményei szerint a szülői kérdőívekben az ADHD-val diagnosztizált gyermekek – a legtöbb vizsgált jellemző szerint – jelentősebb alvásproblémákkal küzdenek, mint a kontrollcsoportokba tartozók. Később az objektív mérőeszközök közül az aktigráfiai és a polyszomnográfiai mérések során is megerősítést nyert az ADHD-val diagnosztizált gyermekeknél a töredezett alvás, az alacsony alváshatékonyság, az alvással összefüggő légzészavar és a nappali álmoság.²² A két zavar összefüggéseinek irányát vizsgálva a különböző módszereket alkalmazó kutatási irányok evidenciái alapján megerősítést nyert az is, hogy csoportszinten kétirányú összefüggés van az alvás és az ADHD között, és mindkét zavar közös háttérrel rendelkezik. Az aktigráfot alkalmazó kutatások egy része nem talált eltéréseket az ADHD-val diagnosztizált és a kontrollcsoport között, azonban az újabb kutatások aktigráffal is megerősítették a hosszabb elalvási szakaszt (SOL), az alacsonyabb alváshatékonyságot és alacsonyabb alvásmennyiséget az ADHD-vel élők csoportjában.

Talán érdemes felidézni az ADHD farmakológiai modelljét. A fejlődő idegrendszerben az érési folyamatok egy olyan genetikai program alapján zajlanak, ami meghatározza az idegsejtek közötti kapcsolatok alakulását és a kémiai ingerületátvivő anyagok megjelenésének sorrendjét. A viselkedés-, magatartás- és mozgásszabályozásban részt vevő agyi területeken az ingerületátvivő anyag a katekolaminok csoportjába tartozó (tirozinból szintetizálódó) dopa, dopamin és noradrenalin.

Három jól elkülöníthető pályarendszert különböztetnek meg, melyből az első kettő kapcsolatba hozható az ADHD-ban megjelenő tünetekkel:

of subjective and objective studies, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 48, 2009/9, 894–908.

²² M. D. Weiss et al.: New research on the complex interaction of sleep and ADHD, *Current Sleep Medicine Reports*, vol. 1, 2015/2, 114–121.

1. A *mozgásszabályozásban* részt vevő nigrostriális pálya (a fekete állomány és a csíktelt test között).

2. A *magatartásszabályozásban* szerepet játszó mezolimbikus pálya a közép- és előagyi területeken.

3. A tejelválasztási hormont gátló tubero-infundibuláris rendszer²³ feltételezi, hogy a dopaminerg aktivitás a neostriátumban később jelenik meg, amit az érési folyamatok elmaradása okoz, illetve a formatio reticularis (hálózatos állomány) dopaminerg neuronjai serkenő hatást váltanak ki. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy ezek az agyterületek funkcionális kapcsolatban vannak egymással, tehát egymás működését is befolyásolják, így némileg komplexebb folyamatok állhatnak a háttérben.

Az alvászavar és az ADHD közötti kapcsolatot longitudinális vizsgálatok is alátámasztják. Hemmi, Wolke és Schneider 2011-es tanulmányukban²⁴ tették közzé a csecsemőkori regulációs problémák hosszú távú hatását az ADHD internalizáló és externalizáló tüneteivel kapcsolatban. A vizsgálatok 1987 és 2006 között folytak, a regulációs problémák a vizsgálatban részt vevő 1935 gyermek mintegy 20%-át érintették, és kifejezetten az externalizációs tünetekre voltak mérhetőek. A kutatások alapján megállapítható, hogy már a korai fejlődés során megjelentek az alvás minőségi és mennyiségi eltérései, amelyek előre jelezték, mi az a várható életkor, amikor a klinikai diagnózis felállítható.²⁵ A későbbi és a jelenlegi kutatások pedig a regulációs zavarok és az ADHD kapcsolatát állítják fókuszba. Úgy gondolom azonban, hogy mind az alvási, mind a regulációs zavarok korai megjele-

²³ Paul H. Wender: *A hiperaktív gyermek, serdülő és felnőtt*, ford. Kiss Péter, Budapest, Medicina, 1993.

²⁴ M. H. Hemmi – D. Wolke – S. Schneider: Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis, *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 96, 2001/7, 622–629.

²⁵ N. Scott et al.: Sleep patterns in children with ADHD: a population-based cohort study from birth to 11 years, *Journal of Sleep Research*, vol. 22, 2013/2, 121–128.

nése az idegrendszeri szabályozó folyamatok érésehez kötött, így egyértelmű a kapcsolat a szabályozó folyamatok (például az érzelemszabályozás, viselkedésgátlás, mozgásszabályozás) alakulásával.

AZ ADHD ÉS A MOZGÁSSZABÁLYOZÁS ALAKULÁSA

A korai életkorban a csecsemő mozgásfejlődése tipikus. Az elemi mozgásminták húszhetes magzati kortól kimutathatók, az egyensúlyi rendszer ingerlésével.²⁶ Katona megkülönbözteti a lokomócióval és a felegyenesedéssel kapcsolatos mozgásmintákat, melyek súlyosabb esetben már a születés után jelzik az idegrendszer korai fejlődésének problémáit. Erre dolgozták ki az ún. neurohabilitációs eljárást.

A Katona-módszer a fejlődésneurológia és neuroterápia a praenatalis, perinatalis és korai postnatalis idegrendszeri (agy, gerincvelő, perifériás idegrendszer, vegetatív idegrendszer) károsodások okozta funkciózavarok korai diagnosztikája és aktív, korai neuroterápiája. A fejlődésneurológia és neuroterápia módszertana Magyarországon került kidolgozásra, bevezetésre és alkalmazásra. A folyamatosan megújuló technikai lehetőségek inkorporálása szerves része a fejlődésneurológia módszertanának, beleértve a pszichofiziológia új eredményeinek alkalmazását, illetve bevezetését a klinikai gyakorlatba. A komplex diagnosztikai és terápiás rendszer egyes elemeit mind hazai, mind külföldi intézmények átvették és eredményesen használják. A neuroterápia aktív kezelési módszereket foglal magában, de – tekintettel arra, hogy a kórfolyamat folyamatosan változó (progresszív) szakasza egybe esik az agy növekedésé-

²⁶ Katona Ferenc: *Az öntudat újraébredése*, Budapest, Medicina, 2001.

vel és szerkezeti kialakulásával, érésével – egyúttal harmadlagos megelőzést is lehetővé tesz.²⁷

A korai mozgások egyensúlyi vezérlés alatt állnak, a látás csak később, a harmadik hónap után válik a mozgások irányítójává. Szerepet játszik ebben az, hogy az elemi mozgások a születés utáni második hónapban gátlás alá kerülnek, tehát az elemi kúszás, elemi mászás, elemi járás nem váltható ki egyensúlyi ingerléssel. Gátlás alá kerül az aszimmetrikus, tónusos nyaki reflex a harmadik hónap folyamán. Tehát a csecsemő karja nem nyúl ki reflexszerűen a fej fordításának irányába (ez nyilvánvalóan akadályozná a hossz tengely körüli megfordulást, hátról hasra). Az elemi mozgások gátlás alá helyeződése teszi lehetővé az akaratlagos mozgásfejlődést. Hatással van a magasabb szabályozó folyamatok alakulására, emeli a mozgáskoordináció szintjét, ezzel segíti a helyzetnek megfelelő cselekvési sémák és a célirányos, akaratilag mozgás kialakulását.

Az atipikus mozgásfejlődés jelentőségére már az 1990-es években felfigyeltek a kutatók. Bushnell és Boudreau feltételezik, hogy a mozgásfejlődés szerepet játszik a kognitív és tanulási képességek alakulásában.²⁸ A feltételezést megerősítik az intelligencia biológiai meghatározottságának igazolásával kapcsolatos kutatások, úgy mint a reakcióidő, a megfigyelési idő és a kiváltott potenciál-vizsgálatok, melyek részben alátámasztják az információfeldolgozás sebességének szerepét az intelligencia alakulásában. Wrobel pozitív kapcsolatot talált a mozgásgyorsaság

²⁷ Dr. Szvatkó Anna – Arató Domonkos – Bodnár Eszter – Fodorné Dr. Földi Rita: *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*, Budapest, Családbarát Ország, 2019, 24.

²⁸ E. W. Bushnell– J. Boudreau: Motor Development and the Mind: The Potential Role of Motor Abilities as a Determinant of Aspects of Perceptual Development, *Child Development*, 1993/64, 1005–1021.

és az IQ között,²⁹ Waternberg és munkatársai pedig a vizuomotoros integráció és a munkamemória, valamint a fluencia között mutattak ki összefüggést.³⁰ A mozgásfejlődés kapcsolatban áll a vizuális téri konstrukció és a memória alakulásával,³¹ a mozgás és egyensúlyszabályozás pedig a magatartás szabályozásával.

A mozgásszabályozás idegrendszeri éréssel való kapcsolatát vizsgáló kutatók³² specifikus motoros próbákból álló feladatokkal (*Zurich Neuromotor Assessment*) két szempont szerint – a kivitelezés sebessége és az együttjáró kényszermozgások aspektusából – vizsgáltak 5–18 éves kor közötti gyerekeket. Eredményeik alapján a mozgás végrehajtásának gyorsasága általában 10 éves kor körül jut el az egyénre jellemző szintre. A mozgásvégrehajtást kísérő kényszermozgások (az ellenoldali végtagokban) az életkorral csökkenő tendenciát mutattak, de még serdülőkorban is kimutathatók voltak az esetek 10%-ában. (Minden neuropszichológiai vizsgálat alkalmával a vizsgálat részét képezi az ellenoldali végtagok mozgásának gátlása, például az ujjak érintése során; a gátlás hiánya és/vagy éretlensége esetén kényszermozgást vagy kényszertartást látunk az ellenoldali végtagon.)

²⁹ J. Wrobel: Vom Kopf auf die Füße stellen Ellipsis, Die Bedeutung von Bewegung für das Lernen, *Praxis der Psychomotorik*, vol. 29, 2004, 204–208.

³⁰ N. Waternberg – N. Waiserberg – L. Zuk – T. Lerman-Sagie: Developmental coordination disorder in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and physical therapy intervention, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 49, 2007/12, 920–925.

³¹ F. Földi Rita – Tomasovszki László: A Rey-féle összetett figura és felismerési próba neuropszichológiai alkalmazási lehetőségei, *Ideggyógyászati Szemle*, 2003/3–4, 82–91; F. Földi Rita – Boda-Ujlaky Judit: Vestibular regulation in children with ADHD: a neuropsychological perspective, *Psychologia Hungarica Caroliensis*, vol. 2, 2014, 66–75.

³² T. H. Kakebeeke et al.: Neuromotor development in children. Part 3: motor performance in 3 to 5 years olds, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 55, 2013/3, 248–256.

A MOZGÁSFEJLŐDÉS ÉS A TESTSÉMA ALAKULÁSA

A mozgásszabályozáshoz kapcsolódóan a testséma alakulását, jelentőségét szükséges kiemelni. Az erre vonatkozó szakirodalom áttekintése során világossá válik, hogy a testsémával foglalkozó szerzők eltérő aspektusokat állítanak a középpontba, így a megközelítésben a kognitív, affektív vagy viselkedéses összetevők játszanak szerepet. A fejlődésneurológiai megközelítés szerint a testséma szerveződése szoros kapcsolatban van a mozgás korai fejlődésével, hiszen az önindította, aktív mozgás és a hozzá kapcsolódó funkciók, a taktilis, kinezetziás, vesztibuláris, vizuális területek érzési mechanizmusai segítik a testtudat kialakulását. A definíció szerint a testséma „az önmagunkról kialakult háromdimenziós élmény, mely nem áll a tudat középpontjában, hanem annak csak a perifériáján marad”.³³ Kialakulása fejlődési folyamat eredménye,

„a testséma idegrendszeri érzési és perceptuális *fejlődési folyamat eredménye*, amelynek szerveződését veleszületett komponensei segítik. A testséma alakulása elválaszthatatlan a mozgástól és térérzékeléstől. A test és az egyes testrészek ismerete, funkcionális egyességük adja a vizuális testmodell tudati tükröződését, a testsémát.”³⁴

A korai perceptuális tanulás, a mozgásos akciók tapasztalatai a második életévtől kezdődően a fogalmi megnevezésekkel egészülnek ki. Ez a folyamat egészen 9 éves korig zajlik. A testrészek megismerése, elkülönítése óvodáskorban, a fogalmak alakulásával párhuzamosan történik, a jobb és baloldal elkülönítése 5

³³ Péter Ágnes: *Neurológia, neuropszichológia*, Budapest, Tankönyvkiadó, 1989.

³⁴ F. Földi Rita: A testséma fejlődése és jelentősége, in Fehér Pálma Virág – Kövesdi Andrea – Szemerey Márton (szerk.): *Testképek a gyógyításban*, Budapest, Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan, 2019, 46. (Kiemelés az eredetiben.)

éves kortól, az ujjak megnevezése pedig 6 éves kor körül jelenik meg, melyben természetesen környezeti tényezők, a gyermekre irányuló figyelem is szerepet játszik az ujjak megnevezése és a kapcsolódó játékok formájában. Az idegrendszer szerveződését tekintve a testi érzékelés elsőként a belső szervekből érkező (*viszceroceptív*) információkat dolgozza föl, amit a viszceroceptív reflexek dominanciája bizonyít.³⁵ Ez a születés utáni 6–8 hetes korban változik meg, amikor a külső ingerek válnak egyre jelentősebbé. Ennek látható megjelenése a csecsemő viselkedésében a szemkontaktus és a szociális mosoly megjelenése. A saját test percepciójában a taktilis (tapintás, nyomás, hő, fájdalom), vesztibuláris (egyensúlyi), motoros és propioceptív érzékek (saját testérzékelés) játszanak szerepet. Ezek az érzékek már az idegrendszer korai szerveződésének szintjén megjelennek, vagyis már magzati korban kimutathatóak egyensúlyi és propioceptív reakciók. Az érzékeknek a test észlelésén és a saját testhez való emocionális viszony alakulásán túl a kognitív fejlődésben is jelentős szerepük van. Ayres ADHD-val diagnosztizált gyerekeknél taktilis defenzivitási szindrómát (negatív emocionális válasz) állapított meg olyan feladatok teljesítése közben, amelyekben taktilis differenciálást kellett végrehajtani.³⁶

A mozgásszabályozás alakulását és a temperamentumjellemzőknek a kognitív fejlődéssel való kapcsolatát további kutatások is alátámasztják. Ferenczi és Kalmár a nyelvi fejlődés területén vizsgálta a temperamentumjellemzők és a kognitív fejlődés kapcsolatát,³⁷ és az általunk idézett kutatások is jó előrejelzést adnak a

³⁵ Kulcsár Zsuzsanna: *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók. Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai megközelítésben*, Budapest, Akadémiai, 1996, 225.

³⁶ J. Ayres: *Sensory Integration and Learning Disorders*, Los Angeles, Western Psychological Services, 1972.

³⁷ Ferenczi Szilvia Györgyi – Kalmár Magda: A temperamentum és a fejlődés kapcsolata koraszülött és időre született kisgyermeknél, *Gyógypedagógiai Szemle*, 37. évf., 2009/4, 202–217.

mentális fejlődés vonatkozásában. Az említett kutatás eredményeként emelik ki a szerzők, hogy az egyéves kori fejlettebb mozgáskoordinációt mutató gyermekek jobban bevonódtak a feladathelyzetbe, jobban figyeltek, és együttműködőbbek voltak, mint a gyengébb mozgásfejlettséggel rendelkező gyermekek. Kétéves korban pedig jobb az érzelmszabályozás és a vizsgálati helyzethez való alkalmazkodás. Mindez pedig a szabályozási folyamatok és a kognitív fejlődés kapcsolatára hívja fel a figyelmet.

KÖRNYEZETI HATÁSOK A MOZGÁSFEJLŐDÉSBEN

A csecsemő akaratlan, tömbös nagymozgásai véletlenszerűen hoznak létre környezeti változást, amely az orientációs reflex révén felkelti a gyermek figyelmét, aki a változás ismételt kiváltására törekszik. Ebben a folyamatban a test, a kar helyzetének és mozgásának érzékelése, valamint látványa, a mozgás kezdő- és végállapota együtt raktározódik el a mozgatókéregben a bekövetkezett környezeti változással, így érzékszervi, mozgásos sémát hoz létre. Tehát a saját test helyzetének és mozgásának érzékelése kapcsolódik a látványhoz és az eredményhez.

Jellemző a funkcióöröm, ami e tevékenységeket kíséri, és elősegíti az ismételtetést, a „gyakorlást”. Az önindította, akaratlan mozgás különösen fontos *egyrészt a szem–kéz koordináció alakulása, másrészt a mozgás eredményeként rögzülő mozgásos sémák szempontjából*. „A tárgyелérő viselkedés során a mozgás vizuális és poszturális jelzései kapcsolatba kerülnek egymással és együtt raktározódnak el.”³⁸ És ha valaki megfigyeli egy csecsemő aktivitását a második félévben, az láthatja azt a belső

³⁸ Marton K. Magda: Tanulás, vizuális, poszturális testmodell és a tudat kialakulása, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 27. évf., 1970/2, 186; F. Földi: *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere*, 2005.

hajtóerőt, ami a környezetben lévő tárgyak megszerzésére irányul, és azt az örömet, amit a végzett tárgyakkal való manipuláció kivált. Persze ilyenkor még a tárgyak megragadása és elengedése az elsődleges.

A FEJLŐDÉST TÁMOGATÓ KÖRNYEZETI HATÁSOK (PRAKTIKUS AJÁNLÁSOK)

0–2 éves kor

A negyedik hónaptól ajánlottak az ölbéli játékok (höcögtetők, lovagoltatók), a ritmusos, mozgásos mondókák, a szenzomotoros intelligencia szintjén megjelenő váltakozós játékok (kukucsjáték, kendővel eltakart és ismét megjelenő arc, tárgyadogató játékok, bújócska), a ringatás, hintáztatás – mindaz, amit Wallon az „énformálás gyakorlatainak” nevez. (Természetesen csak aktív, éber állapot idején.) A felsoroltak segítik az egyensúlyszabályozást, a saját test érzékelését (propriocepció), a bőr- és izomérzékelést (taktilkinesztézis), miközben szerepet játszanak az „én és a másik” elkülönítésében, a kötődés alakulásában és a személyiségfejlődésében.

Öltöztetésnél 12 hónapos kor körül kezdjük meg a testrészek megnevezését.

A kúszás, illetve később a mászás megjelenése már biztosítja a helyváltoztatást a kicsi számára, akinél belső késztetés az exploráció, a felderítés. Ha a kúszás és a mászás féloldalas (csak az egyik oldalon dolgozik a kezével és a lábával, vagy mindkét kezét váltva teszi előre, de az ellentétes lábmozgásokat nem vagy csak az egyik oldalon hajtja végre), akkor tevőlegesen is meg lehet támogatni (kúszásnál a két bokáját fogva, váltakozva segítjük).

A labda gurítása, dobása is igen hasznos, hiszen a helyváltoztató mozgás mellett a tárgy megkaparintása is vonzó a kicsi számára. Ehhez természetesen megfelelő környezet, biztonságos mozgástér szükséges, ahol az egyéves is biztonsággal derítheti fel a világot.

Ebben az életkorban a mozgásos játékok nem igényelnek eszközöket, sokszor a kicsivel való megfelelő foglalkozás is elegendő, viszont nagyon fontos a rendszeresség. Nemcsak a játékok, hanem a mindennapi rutin szempontjából is. Törekedni kell az alvás-ébrenlét, táplálkozás, ürítési funkciók megfelelő ritmusára, ezekhez kell igazítani a játékokat.

3–5 éves kor

Tipikus fejlődés esetén ebben az életkorban már szinte csak a mozgásos lehetőségeket kell megteremteni a gyermekek számára, mert a természetes aktivitás és a környezet megismerésére irányuló belső késztetés segíti az idegrendszeri érési folyamatok alakulását, és biztosítja a kognitív fejlődést. Az eltérő fejlődésű gyermekeknél azonban ebben az időszakban tapasztalhatóak az első olyan visszajelzések, amelyek a viselkedésben, társas alkalmazkodásban nehézséget okoznak. Számos olyan mozgásos játékgyűjtemény jelent meg az utóbbi két évtizedben, amely segíti a mozgásra épülő játékokat. Fontos ugyanakkor szem előtt tartani, hogy a gyermek addig érez motivációt a játékra, amíg az sikerélményt biztosít számára.

Önállóságra törekvés és támogatása

Ebben az időszakban nagyon hangsúlyossá válnak az önállósági törekvések, az „én egyedül csinálom”. Fontos szerepe van a közvetlen környezetnek abban, hogy az önellátásban és a játékban

elősegítse az életkornak megfelelő önállóságot. Természetesen ez függ a gyermekre irányuló figyelem mértékétől, hiszen az egyre táguló környezetben rengeteg kihívással találkozik a gyermek, ami felkelti az érdeklődését, de még nem látja be az esetleges veszélyforrásokat. A biztonságos háttér megteremtése a környezet feladata. Remek lehetőséget kínál az önállóság támogatására az önálló étkezés, öltözködés, fürdés és a szülőknek való segítség, ami ugyan a szülők részére megnöveli olykor az aktuális tevékenységre fordított időt, de hatékonyan segíti a gyermekben a pozitív énkép alakulását, és hozzájárul a korábban említett „önkéntes segítő-készség” alakulásához, ami protektív faktort jelent.

VÉGREHAJTÓ FUNKCIÓK ÉS KOMORBID KÓRKÉPEK



A diagnosztikai vonatkozásoknál már szót ejtettünk arról, hogy a *DSM-5* meghatározása szerint a végrehajtó működés eltérése mutatható ki ADHD esetén. A fejlődési jellemzők között azért foglalkozom vele a korai szabályozó folyamatok, cirkadián ritmus, mozgásszabályozás/testséma fejlődésének eltérései után, mert a végrehajtó működés a homloklebenyhez kapcsolódik, amelynek érése 6-7 éves korban igazán jelentős.

A frontális lebeny az agy fejlődését tekintve a legkésőbb kialakuló és az egyik legnagyobb agyi struktúra. A homloklebeny a humán agy legmagasabb kognitív funkcióinak a központja. Ilyen funkciók például az akarat, az öntudat, az önreguláció, a viselkedés és a gondolkodás kontrollálása, valamint a motiváció rendszere. A belső állapotok szervezésével és a szándékos cselekvéssel kapcsolatos a működése. Szerepe a szenzoros bemenet, a gondolkodás és az akciók összehangolása, különösen, ha ezek újak, és gyorsan változnak. A prefrontális kéreg (a homloklebeny elülső része) tehát nem az egyszerű, automatikus cselekvések kivitelezésében, hanem azok koordinálásában játszik szerepet. Az orbitofrontális terület – a homloklebeny szemüreg fölötti részének – sérülése leginkább a szociális magatartást, a viselkedés organizációját (például hiperaktivitás, gátlástalanság) és az emóciókkal kapcsolatos döntéshozatalt befolyásolja, amelynek következménye lehet például az impulzív viselkedés. Működési zavara esetén szociális érzéketlenség, más személyek érzelmi állapotának nem megfelelő megítélése, impulzivitás, agresszió, dühkitörések léphetnek fel. Fontos ugyanakkor kiemelni, hogy a homloklebeny érése, kapcsolatainak alakulása 6 éves kortól a serdülőkorig a legintenzívebb. Mivel a magatartás-

és viselkedésminták tanulásában és kiválasztásában játszik fő szerepet, ezért az érést elősegítő környezeti hatások / terápiák rendkívül jelentősek.

A végrehajtó funkciók kutatása ma is kurrens téma az ADHD területén, bár a kutatások eredményei ellentmondásosak – ezek visszavezethetők a már korábban említett eltérésekre a diagnosztikai kritériumok változásaiban a célcsoport heterogenitására vonatkozóan, a végrehajtó funkciók feltérképezésére alkalmas eszközök hiányosságaira és a fennálló társuló kórképek magas előfordulására. A *szakmai irányelvek* pontosan meghatározzák a diagnózis felállításához szükséges vizsgálatokat, beleértve az anamnézis felvételét, az egyéni és közösségi helyzetben való megfigyelést és az önkitöltős kérdőívek használatát 9 évesnél idősebb gyermekek esetében.

A diagnózis felállításának részét képezi a gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálat az intellektus és az előforduló társuló kórképek megállapítására. Magát a diagnózist a BNO és a *DSM-5* kritériumrendszere szerint lehet felállítani. Fontos szempontként emelném ki, hogy a primer észlelési folyamatok és ezek integrációjának (szenzoros integráció) vizsgálata elengedhetetlen ahhoz, hogy megfelelő fejlesztési tervet lehessen kidolgozni a másodlagos tünetek megelőzése érdekében, valamint azt, hogy már a korai időszakban megfelelő támogatást kapjon a gyermek és a szülő; ehhez nyújthat támpontot a korábban már említett fejlődési eltérések felismerése (regulációs zavarok, alvásproblémák, cirkadián ritmus eltérései, mozgásszabályozás elmaradása).

A BNO diagnosztikai rendszere nem engedi a társuló kórképek felállítását, de a *DSM-5* rendszerében számos társuló kórkép szerepel, amelyeket az *egészségügyi irányelvek* is felsorolnak.

Az oppozíciós zavarnak, tic-zavarnak, tanulási zavaroknak, viselkedészavaroknak ADHD esetében magas az előfordulási gyakorisága. A pszichiátriai kórképek közül pedig a szorongásos zavar, a depresszió, mániás epizód és az addikciók előfordulását említik a szakirodalmak. Nyilvánvaló, hogy az időben történő

felismerés és a megfelelő támogatás, fejlesztés, szülői konzultáció rendkívül fontos az adaptív magatartás alakulása szempontjából, mert ezáltal csökkenthetjük vagy megelőzhetjük a másodlagosan kialakuló zavarokat. Lényeges ez abból a szempontból is, hogy a családi és kortárs kapcsolatok megfelelően alakuljanak. Már a regulációs zavar esetén is nyilvánvaló, hogy a korai időszakban az expresszív sírás, az alvásproblémák, táplálkozási nehézségek csökkentik a szülői kompetenciát, ami hatással van a kötődés alakulására is. *A Károli Gáspár Református Egyetem neuropszichológiai kutatócsoportja az ADHD és az alvásminőség kapcsán végzett kutatásában az anyai kötődés és a csecsemő alvásproblémái között talált összefüggést.* Ahogy a korai jellemzők kapcsán már említettük, az ADHD-val diagnosztizált gyerekek körében lényegesen magasabb az alvási problémák előfordulása az anamnesztikus adatok alapján. Az alvásminőség kapcsán arra voltunk kíváncsiak, hogy az idegrendszeri szabályozó folyamatokon túl mely tényezők lehetnek hatással az alvás alakulására csecsemő- és kisgyermekkorban.

AZ ALVÁSI CIKLUSOK ALAKULÁSA A KORAI FEJLŐDÉSSEN ÉS A KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK SZEREPE

Az alvás szabályozásában a cirkadián (napszaki) ritmus érvényesül, mely már intrauterin korban létező mechanizmus, és az anyai melatoninkiválasztás befolyásolja. A hatodik hónapra fejlődik ki teljesen, a csecsemőkor után pedig a környezeti hatásoknak nagyobb szerepe van a szabályozási mechanizmus kialakításában. Az alvás homeosztatisz szabályozása a 2-3. hónapban kezdődik, és az első életév végéig tart. Az alvásidő az első életévben 16–18 óra, mely 6–9 alvási periódusra oszlik el, és ennek 50%-a REM alvás, ami körülbelül 3 éves korra éri el a felnőtt korra is jellemző 20%-os arányt. A kisgyermekkor alváshiány vizsgálatai összefüggést mutatnak a viselkedészava-

rokkal és a végrehajtó funkciók működésével, elsősorban az alacsony önszabályozással. A figyelemhiányos hiperaktivitászavar és autizmus-spektrumzavar fennállása esetén mutattak rá, hogy az alvászavar a figyelem fenntartásának problémájával társul. Az alvási ciklus szabályozása megelőzi az éberség és a figyelem fejlődését. Az éberség és a figyelem a külvilággal való kapcsolat alapja, hiszen az ingerek felvételének (érzékelés) feltétele a megfelelő éberségi állapot és az inger felé való odafordulás. A kapcsolat elemei már újszülött korban is működnek, hiszen a reticularis rendszer (az éberséget biztosító hálózatos állomány = *formatio reticularis*) viszonylag hamar működőképessé válik. A *formatio reticularis* és az egyes érzékleteket közvetítő rendszerek fejlődése szorosan összekapcsolódik, a hálózatos állomány működése biztosítja az optimális éberségi szintet, ami nélkül a specifikus ingerületek nem kerülnének feldolgozásra a központi idegrendszerben. Az ingerek érzékelése és feldolgozása az aktív magatartás egyik forrása. Az agytörzsi hálózatos állomány az agykéreg szabályozó hatása alatt áll, mely a halántéklebeny belső részén helyezkedik el. A hippocampusban speciális idegsejtek vannak, ezek egy része a beérkező ingerületeket kódolja, feltehetőleg az agykéreg érző központjaiból kapja afferentációit, és ennek alapján hatást gyakorol a hálózatos állomány további működésére, vagyis gátolja annak működését, és ezzel a további ingerfelvételt. Feltételezhető, hogy ingerszelekciós hatással bír. A hippocampus a thalamus nem specifikus magcsoportjaira is gátló hatást gyakorol. A gátlás alapja az inger állandó ismétlődése, aminek hatására a hippocampus gátolja a reticularis rendszert. Látható, hogy önszabályozó rendszerként működik, mely szorosan kapcsolódik az idegrendszeri éréshez.

A magzati fejlődés során (egyedfejlődés) a magzat mozgásában negyvenperces ciklusokat mutattak ki, ezt a REM-fázissal azonosították. Az újszülött alvásának legnagyobb része, mintegy 70%-a aktív alvás, mely megfelel a paradox alvásszakasznak. A születés után az aktív szakaszok ideje fokozatosan csökken,

és az álommentes alvás aránya nő (koraszülötteknél ez a változás hosszabb idő alatt következik be). A csecsemőnél nem azonos az alvásszakaszok sorrendje, mert az aktív alvás gyakran az ébrenlét után alakul ki. A felnőttre is jellemző nyugodt alvás az első három hónap folyamán válik meghatározóvá. Különös jelentőséggel bírnak azok a kutatások, amelyek szerint a paradox alvás (REM) az információfeldolgozás szolgálatában áll. Erre utal, hogy a filogenezisben későn jelenik meg, valamint hogy rendkívül nagy az aránya csecsemőkorban. Ezt erősítik meg azok a vizsgálatok is, amelyek a REM-időtartam megnövekedését regisztrálták afáziás betegeknél a funkció újraépülésének időszakában. A REM-alvás fontos feladata az agy katekolamin-rendszereinek felfrissítése. A központi idegrendszer megfelelő szerkezetei a szintetizált molekulákat a REM-alvás alatt veszik fel. Tehát az éberség fenntartásában és szabályozásában szerepet játszó rendszer működését biztosítják. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy az alvás alakulása csecsemőkorban igen lényeges az éberség alatti információfeldolgozás szempontjából, hiánya pedig késlelteti az információfeldolgozás alakulását. Az alvás mintázata és az alvással töltött idő is eltérést mutat: a csecsemő a felnőtt mintázattól eltérően az alvás elején a REM-hez hasonló alvási mintázatot mutat, míg a felnőtt jellemzően non-REM-fázisban alszik el. Az egyes alvási szakaszok kevésbé elkülöníthetők a csecsemőknél. Az alvással töltött idő folyamatos csökkenése mellett a nappali alvások száma is csökken: az újszülöttkori 4-5 alvásról egy nappali alvásra 15-18 hónapos kor körül.³⁹

Az idegrendszer érése mellett a környezeti tényezők is szerepet játszanak az alvás alakulásában: különösen az éjszakai felébredésekre vannak hatással, amelyek nemcsak a csecsemő és

³⁹ Dénes Ivett: *Békés éjszakák, vidám nappalok*, Budapest, magánkiadás, 2018.

a kisgyermek alvásminőségét, hanem a szülők éjszakai pihenését is befolyásolják. Az anamnézisadatokból azt is tudni lehet, hogy leginkább ez a tényező hat a csecsemő és a kisgyermek alvásminőségének megítélésére. A központi idegrendszer érésén túl a szülők szubjektív benyomása is számottevő. Az éjszaka átalvásához az elalvás idejének és helyének rendszeressége mellett hozzátartoznak azok a környezetből érkező ingerek is, amelyek az alvás előtt érik a csecsemőt (például az elalvási rituálék). A nyugalmi állapot kialakításánál mind a gyermek, mind a szülők szükséglete (saját alvási ritmus kialakítása) szerepet játszik. Fontos hangsúlyozni, hogy lélektani szempontból a gyermek és a gondozó közötti kapcsolat egy olyan interakció, ami a csecsemő alvását/átalvását túl a szülő kompetenciaérzetére is hatással van. A nyűgös, irritábilis csecsemő az anyai/szülői kompetenciát csökkenti, az anya bizonytalansága viszont visszahat a gyermekre, és ez csökkenti a változásokhoz való adaptív alkalmazkodást.

KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK: AZ ANYA SZEREPE AZ ALVÁSSZABÁLYOZÁS ALAKULÁSÁBAN

Az anyasággal kapcsolatos viselkedésminták, elvárások összefüggésbe hozhatók az anya korai tapasztalataival, amelyeket transzgenerációs hatásként tart számon a lélektan. Hadházi Éva és Hajdu Ildikó tanulmányában idézi a Cowanék által összefoglalt átöröklést biztosító mechanizmusokat:⁴⁰

⁴⁰ Hadházi Éva – Hajdu Ildikó: Múlt- és jelenbeli tapasztalatok összefonódásai a párkapcsolatban és az anyaságban, *Psychologia Hungarica*, II. évf., 2015/1, 23–49; P. A. Cowan – C. P. Cowan: Couple relationships: A missing link between adult attachment and children's outcome. Attachment, *Human Development*, 2009/11, 1–4.

1. genetikai és biológiai mechanizmusok;
2. a gyermek azonos nemű szülője felettes énjének internalizációja az identifikációs folyamatban;
3. a belső munkamodellek kialakítása a kötődési személyekkel átélt tapasztalatok alapján;
4. az utánzott magatartásmódok, melyeket a szociális, obszervációs tanulás során sajátít el a személy;
5. a származási családban megtapasztalt szülői párkapcsolat.

Hadháziék emellett számos olyan kutatást mutatnak be, amelyek alátámasztják a transzgenerációs hatást, akár a későbbi intim kapcsolatok, akár a saját gyermekkel való kapcsolat minőségében, sőt, a szülők kötődési mintázatainak következményeit is felvetik.⁴¹

A kötődéssel kapcsolatos vizsgálatok Mary Ainsworth kutatásai révén váltak ismertté, aki az „idegen helyzet” eljárás révén vizsgálta az érzelmi kötődési kapcsolatokat.⁴² A következő kötődési típusokat különítette el:

1. *Biztonságos* (a vizsgált gyermekek 60-65%-a) mintázat esetén az anya egyfajta bázis a csecsemő explorációjához, biztonságos menedék számára – az anya reakciói szinkronban vannak a csecsemő igényeivel.
2. *Bizonytalan* (20%) mintázat esetén a gyermek az anyától függetlenül bátran explorál, a szeparáció láthatóan nem viseli meg, független tőle – nagyrészt az anyák általános elutasító viselkedése állapítható meg.
3. *Ambivalens* kötődés, amelyet Main Solomon további két részre oszt:

⁴¹ Hadházi–Hajdu: *Múlt- és jelenbeli tapasztalatok*, 23–49.

⁴² M. D. Ainsworth – M. Blehar – E. Waters – S. Wall: *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum, 1978, 167.

- Az *ellenálló/ambivalens* (10%) mintázatra jellemző, hogy a szorongás az anya jelenlétében is jelen van, mely akadályozza az explorációt – az anya viselkedése nincs szinkronban a gyermek igényeivel, viselkedése kiszámíthatatlan.⁴³
- A *zavarodott* kötődésre (10-15%) ellentmondásos, logikátlan viselkedésmintázat jellemző, befejezetlen cselekvéssorozatokkal – az esetek többségében valamilyen bántalmazó, pszichiátriai zavarokkal rendelkező édesanya az elsődleges gondozó.

A szülői hozzáállásban tapasztalható eltérések a kötődési mintázatokban a következőképpen vannak jelen.⁴⁴

A biztonságos kötődés a *válaszkész szülői magatartással*, a gyermek szükségleteire és viselkedésmintázatainak jellemzőire adott reakciókkal áll kapcsolatban (például sírásmintázatok azonosítására adott adekvát válasz). A szülők reagálnak a csecsemő diszkomfortérzésének jelzéseire, megfelelő a gyermekre való figyelem mértéke, és megfelelőek a válaszreakciók.

A szorongó, elkerülő kötődési mintázat leginkább a *következetlen szülői magatartás* esetén jellemző. A szülők támogatják a gyermeket, de nem következetesen reagálnak a jelzéseire, vagy nem értik, mire van szüksége.

Az elutasító, elkerülő kötődés akkor alakul ki, ha *a szülők nem reagálnak* a csecsemő jelzéseire, gyakran kerülnek a testi kontaktust.

⁴³ Józsa Emese: Társas szükségletek. A társas kapcsolatokra irányuló motivációs alapszükséglet, in Bányai Éva – Varga Katalin (szerk.): *Affektív pszichológia. Az emberi késztetések és érzelmek világa*, Budapest, Medicina, 2013.

⁴⁴ K. N. Levy – S. J. Blatt – R. Shaver: Attachment styles and parental representation, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, 1998/2, 407–419.

A *belefeledkezett-elárasztó kötődés* a szülői szükségletek ki-elégítéséről szól. A túláradó szeretetigény nem a gyermek szükségleteiről, hanem a szülő igényéről szól, ami a későbbiekben erősen gátolja az autonómiatörekvéseket és a felfedező akciókat.

Speciális esetet képeznek a dezorganizált mintázattal bíró személyek, akik hajlamosak az abuzív magatartási formák gyakorlására és saját traumáik, sérelmeik megélésére gyermekükkel megélt kapcsolatukban.

A kötődés szerepével kapcsolatban érdemes kiemelni az anyai tükröző funkciót, ami a későbbi személyiségfejlődésben komoly jelentőséggel bír. Az anya csecsemőre adott expresszív megnyilvánulásai (érzelemtükrözés) segítik a szelf alakulását, a tükrözés hiányában pedig a szelf gyengesége lesz a meghatározó. A tükrözés a legkorábbi időszakban jelentős, és a továbbiakban segíti az énkép alakulását. Rendkívül fontos tehát, hogy az anya milyen érzéseket tükröz a csecsemővel való interakcióban. A pozitív, elfogadó érzések segítik, míg a megfelelő szociális támogatás elmaradása kóros irányba tolják a személyiségfejlődést.⁴⁵ A tükröző funkciók hiányában megjelenő érzelmek kiváló demonstrációja a Gottman Intézet által készített oktatófilm, amely egyértelművé teszi jelentőségüket.⁴⁶

Természetesen az apai szerep hasonlóan fontos, és úgy tűnik, hogy az apák egyre inkább részt kívánnak venni a gyermekgondozás/-nevelés folyamatában. Az apával való kapcsolat jelentősen növeli a gyermek biztonságérzetét, ami a környezet felderítése és átalakítása során biztosítja azt az aktivitást, amely a kognitív fejlődéshez szükséges. (És megfelelő, „elég jó” párkapcsolat esetén természetesen hatással van az anya érzelmi állapotára és

⁴⁵ Kulcsár Zsuzsanna: *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók*, 225.

⁴⁶ *The Research: The Still Face Experiment*, The Gottman Institute. <https://www.gottman.com/blog/research-still-face-experiment/> (Letöltés: 2024. október. 10.)

biztonságérzetére.) Jean Piaget fejlődéslélektani elmélete⁴⁷ a gyermek saját aktivitása mentén mutatja be a kognitív fejlődés szakaszait, és kiemeli, hogy a gyermek saját aktivitása magasabb szintű tudást konstruál, mint amit az érés és a környezet biztosít. Talán nem kell külön kiemelni, de érdemes megfigyelni a 6–12 hónapos gyermek érzelmeit, amikor valamilyen tevékenységet sikeresen hajt végre.

A KÖTÖDÉST BEFOLYÁSOLÓ TOVÁBBI KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK (BELSŐ MUNKAMODELLEK)

A belső munkamodellek a korai tapasztalatok hatására kialakult sémák, amelyek a gondozó felnőtt reakciójához kapcsolódnak, vagyis azt mutatják meg, hogy a gyermek számára fontos személy milyen érzelmet tükröz, és a gyermek képes-e kiváltani a megfelelő viselkedést a gondozóból. A kötődésemléletek megegyeznek abban, hogy számos olyan munkamodellt alakítunk ki, amelyek hierarchikusan szerveződnek.⁴⁸ A kialakult munkamodellek részben önmagunkra, részben a környező világra, vagyis a másokkal kapcsolatos elvárásokra vonatkoznak. A megfelelő válaszkészség beépülése (internalizálása) a biztonságérzés szempontjából lényegesen segíti a környezet explorációját és az ön-bizalom alakulását.

A korai kötődés tehát hatással van a csecsemő és a kisgyermek fejlődésére, felnőttkorban pedig befolyásolja nemcsak a baráti és párkapcsolati viszonyulásokat, de azt is, hogy milyen lesz a viszonyulása a szülőnek a saját gyermekéhez.

⁴⁷ Jean Piaget – Bärbel Inhelder: *La psychologie de l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966; magyarul: Jean Piaget – Bärbel Inhelder: *Gyermeklélektan*, Budapest, Osiris, 1999.

⁴⁸ Vankó Tünde: *Kötődés és maladaptív sémák vizsgálata egyes pszichés zavarokban*, doktori disszertáció, Pécs, Janus Pannonius Tudományegyetem, Pécs, 2012.

A kifejezetten csecsemő- és kisgyermekkorban előforduló problémákat összefoglaló DC: 0–5 (*Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorder of Infancy and Early Childhood*) klasszifikációs rendszer a regulációs zavarokat (alvás-, táplálkozási és evés-, valamint a sírászavarok), az első életév folyamán leggyakrabban jelentkező problémákat tartalmazza. A rizikófaktorok között vannak biológiai/genetikai faktorok, pszichoszociális, valamint környezeti tényezők is.⁴⁹

A DC: 0–5 klasszifikációs rendszer az alvászavarokat, amelyek 6 hónapos kortól fordulnak elő, és legalább egy hónapig fennállnak, négy csoportba sorolja:

1. *Elalvási zavar.* A csecsemőnek/kisgyermeknek 30 percnél hosszabb az elalvási szakasza a hét legtöbb napján. Diagnózis 6 hónapos kor felett adható, ha a tünetek legalább 1 hónapon keresztül fennállnak.
2. *Éjszakai ébredések zavar.* Többszöri vagy hosszan tartó éjszakai ébredés a hét legtöbb napján, melyet a csecsemő/kisgyermek hangos jelzései kísérnek. Diagnózis 8 hónapos kor alatt adható, ha a tünetek legalább 1 hónapon keresztül fennállnak.
3. *Részleges ébredéssel járó zavar.* Diagnózis 12 hónapos kor alatt adható, ha a tünetek legalább 1 hónapon keresztül fennállnak.
 - a) *Alvási rémület.* Gyakori éjszakai ébredési epizódok, amelyek nem érik el a teljes éberségi szintet, és gyakran kapcsolódnak hozzá kiáltások és distresszjelek.
 - b) *Alvajárás.* Gyakori, ismétlődő epizódok, amelyek során a kisgyermek kikel az ágyából és járkal, azonban korlátozottan válaszképes.
4. *Kora gyermekkori lidércesálmok-zavar.* Hirtelen fellépő ébredések vagy lidérces álmok ismétlődő megjelenése, ami

⁴⁹ Danis Ildikó (szerk.): *DC: 0–5. A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*, ford. Dorn Krisztina et al., Budapest, Medicina, 2019.

nem magyarázható szeparációs szorongásos zavarral vagy poszttraumás stressz-zavarral.⁵⁰

Ahogy a szakkönyv is utal rá,⁵¹ a korai életkorban (első 42 hónap) előforduló alvászavarok, illetve a zavarok következtében kialakuló alváshiány összefüggésbe hozható 6 éves kori hiperaktivitás-problémákkal, az alacsonyabb kognitív teljesítménnyel, beleértve a nyelvi fejlettséget és a téri gondolkodást. De az első 3 év alatti elégtelen alvásmennyiség bejósolja az elhízás lehetőségét is.

D. W. Beebe, aki átfogó metaanalízisben vette górcső alá az alváshiány témáját és következményeit, a fentiek mellett kiemeli a nem megfelelő figyelemszabályozást, viselkedéses zavarokat, napközbeni aluszékonyságot és a későbbi iskolai teljesítményt.⁵²

ALTATÁSI-ALVÁSI RUTINOK SZEREPE

Mindell és Williamson⁵³ összefoglaló kutatása a fiatal kisgyermeknél kialakított alvási rutinokat tekintette át. A megfelelő alvási rutin segíti a megfelelő minőségű és mennyiségű alvást, ami pozitív hatással van a gyermek fejlődésének minden területére. Az alvási rutin definícióját úgy határozták meg, hogy az alvást megelőző időben megfigyelhető, bejósolható, ismétlődő szülői viselkedést vették alapul.

A kutatók a demográfiai változók alapján létrejövő csoportok közötti különbségeket a szocio-ökonómiai státusz és az alvási

⁵⁰ Uo.

⁵¹ Uo.

⁵² D. W. Beebe: Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents, *Pediatric clinics of North America*, vol. 58, 2011/3, 649–665.

⁵³ J. A. Mindell – A. A. Williamson: Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond, *Sleep Medicine Reviews*, 2018/40, 93–108.

rutin állandóságával indokolták: a típusosan a nyugati civilizációhoz tartozó országokban gyakoribb az alvási rutin kialakítása, míg az ázsiai országokban ez kevésbé jellemző. A kultúraközi kutatások eredményei szerint a gyermekek etetése és a fürdetés szinte mindenütt jellemző, de az éneklés és az olvasás viszonylag ritka. Olyan rutinok is figyelmet kaptak, amelyek kevésbé hatnak pozitívan az alvásra, mint például a lefekvés előtti televíziózás, telefon vagy táblagép használata, illetve a túlzott fizikai aktivitás.

Mindell és Williamson olyan kutatásokat is idéznek, amelyek általánosságban a gyermeknevelés során alkalmazott rendszeres rutinok előnyeit és hátrányait vizsgálták.⁵⁴ Érdekesség: az áttekintett szakcikk arra a következtetésre jutottak, hogy a rutinok pozitív hatást gyakorolnak a fejlődésre. Ami természetesen nem meglepő, hiszen a kiszámíthatóság a gyermek biztonságérzetére is hatással van. A váratlan, kiszámíthatatlan élethelyzetek minden esetben stresszreakciót váltanak ki. Érdeemes megjegyezni, hogy az olyan rutinok, amelyek a mesehallgatáshoz hasonlóan beépíthetők az esti rutinba, nemcsak a biztonságérzetre, nyugalmi helyzetre vannak hatással, de a kognitív fejlődést, a nyelvi képességek alakulását vagy az időhöz kapcsolódó fogalmak megértését is elősegítik. Ha például az esti mesében összefoglalja a szülő, hogy ébredéstől a lefekvésig milyen tevékenységek jelentek meg a nap során, azzal segíti az „én folytonosságának” megélését és az időészlelés alakulását, természetesen a biztonságos kapcsolat mellett.

A megfelelő és állandó alvási rutin kialakulásával a gyermekek korábban alszanak el, ritkábban ébrednek fel éjjel, az alvásuk időtartama hosszabbá válik.

Ahogy a szerzők összefoglalják, nem a rutinok egyes jellemzői, hanem azok állandósága és kiszámíthatósága segíti az alvás megfelelő minőségét.

⁵⁴ Uo.

Eredményeik alapján javaslatot is tesznek:

1. Az esti rutinok a hét minél több napján ismétlődjenek.
2. Az alvás ideje előtt kerüljön sor 2-4, az alvás szempontjából fontos, naponta ismétlődő tevékenységre (például etetés, fürdetés, fogmosás, mesehallgatás, olvasás).
3. Az alvást megelőzően kerüljön sor pozitív interakciókra (ölelés, jóéjszakát puszi stb.).
4. A 2. pontban szereplő aktivitásoktól függően az alvási rutin ne legyen hosszabb 30-40 percnél.
5. Kerüljük az alvást nehezítő tevékenységeket (például a televízió és más elektronikus eszközök használata).

AZ ANYAI KÖTŐDÉS ÉS AZ ALVÁSMINŐSÉG

A továbbiakban egy ide kapcsolódó kutatást mutatunk be, amelyet a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének neuropszichológiai kutatócsoportja végzett hallgatói közreműködéssel. A kutatás elsősorban a kötődés és alvásminőség kapcsolatra vonatkozott, az ADHD-val való említése kifejezetten az ADHD korai tüneteinek és a gyermekre ható környezeti tényezők összefüggésében értelmezhető. Részben a korábbiakban bemutatott kutatások alapján, részben saját korábbi eredményeink alapján (az anamnestikus adatokban megjelenő alvásproblémák ADHD-s gyermekeknél, 1. ábra) az alábbi hipotéziseket (H1–4) állítottuk fel:

H1: Szignifikánsabban jobb alvásminőséggel rendelkeznek a biztonságos kötődésű anyák csecsemői/kisgyermekei, mint egyéb kötődési mintázat esetén.

H2: A biztonságosan kötődő anyák kompetensebbnek, hatékonyabbnak és elégedettebbnek élik meg szülői szerepüket.

H3: A biztonságosan kötődő anyák inkább pozitív érzelmekkel ruházzák fel a gyermekeiket, és kevésbé látják őket dominánsnak.

H4: A biztonságosan kötődő anyákat kevésbé viselik meg a környezeti stresszorok.

A kitöltő nők átlagéletkora 32,75 év ($SD = 4,68$). A kutatásban összesen 1503 fő vett részt, akik a beválasztási kritériumoknak megfelelően olyan nők, akik legalább egy gyermeket szültek, és van egy 6 és 36 hónap közötti gyermekük. A mintába került nők gyermekeinek száma átlagosan 1,49 ($SD = 0,74$).

Alapvető demográfiai kérdések (életkor, családi állapot, végzettség, lakhely, gyermekek száma, gyermekek életkora) mellett a következő pszichológiai tesztekkel töltötték ki.

FELHASZNÁLT MÉRŐESZKÖZÖK

ASQ-H

A felnőtt kötődési stílusokat az *Attachment Style Questionnaire* (ASQ-H) magyar változatával néztük.⁵⁵ Az ASQ-H a dimenziók mentén végül három fő kötődési stílust hozott létre: az elkerülő-elutasító csoportot, az ambivalens-félelemteli csoportot és a biztonságosan kötődőeket. Azonban az utóbbi két részre oszlik a függőségi és a függetlenségi tényezőjük mentén, így lett egy csoport biztonságos függőségigénnyel, illetve egy csoport biztonságos függetlenségigénnyel. Az indokolta a szétválasztást a szerzők szerint, hogy akik egyébként biztonságot élnek meg a kapcsolataikban, azoknál a függetlenség és az önértékelés igénye nem szükségképpen jár együtt a fontos másikkal való kapcsolat kerülésével vagy elutasításával. Ugyanez igaz az ellenkezőjére, a magas függőségi igény sem utal feltétlenül arra, hogy a személy a kötődési kapcsolatban megélt szorongását kompenzálná vele.

BISQ-R

A *Brief Infant Sleep Questionnaire* (BISQ-R) az alvásminőség dimenzióit méri. Sadeh és munkatársai összesen 5006 szülővel végeztek 0–3 év közötti gyermekeikre vonatkoztatott vizsgálatot, ami korábbi kutatásokban is megbízhatónak bizonyult.⁵⁶ A kérdőív specifikus kérdéseket tartalmaz a gyermek nappali és éjszakai alvásmintázatáról, de az alvással kapcsolatos szülői viselkedésmintázatok is a mérés részét képezik. A kérdőív 33 kérdésből áll, de a pontozás csak 19 kérdésre vonatkozik, amelyek kiértékelését a jogtulajdonos végezte el számunkra az Amerikai

⁵⁵ Hámori E. et al.: A felnőtt kötődés új típusai? Eredmények a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változatával, *Alkalmazott Pszichológia*, 16. évf., 2016/3, 57–77.

⁵⁶ A. Sadeh – J. A. Mindell – K. Luedtke – B. Wiegand: Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study, *Journal of Sleep Research*, vol. 18, 2009/1, 60–73.

Egyesült Államokban. A BISQ-R három alskálát tartalmaz: *Infant Sleep* (5 item), *Parent Perception* (3 item), *Parent Behaviour* (11 item). 0–100 pont között értékelték az egyes alskálákat, az összpontszám a három skála átlaga lett. Minél magasabb pontot ér el a gyermek, annál jobb az alvásminősége, annál pozitívabbnak látja a szülő a gyermek alvását, és annál jobban támogatja a szülő viselkedése a gyermeke egészséges és önálló alvását.

DASS-21

A *Depression Anxiety and Stress Scale 21* (DASS-21) segítségével a depresszió, a szorongás és a stressz negatív érzelmi állapotait vizsgáltuk.⁵⁷ A kérdőív összesen 21 tételből áll, amelyeket a résztvevő 0-tól 3-ig terjedő Likert-skálán értékelhet. Az egyes tételek állításokat fogalmaznak meg a résztvevő utóbbi egy hétben megélt érzelmi állapotairól, amelyeket a soha (0) és a majdnem mindig (3) válaszokkal értékelhet. A depressziós, szorongásos és stresszel kapcsolatos tüneteket 7-7 item méri. A kérdőív segítségével meghatározható az egyes pszichés mutatók súlyossága. A súlyosság 5 kategóriára osztható: ezek a normál, enyhe, mérsékelt, súlyos és extrém súlyos kategóriák. A normál kategória depresszió esetén 4 pontig, szorongás esetén 3 pontig, stressz esetén 7 pontig terjed. Az extrém súlyos kategória a depresszió esetén 14 pont feletti értéket jelent, a szorongás esetén 10 pont felettit, míg stressz esetén 17 pont felettit. Az egyes alskálák pontszáma 21-ig terjed.

⁵⁷ J. D. Henry – J. R. Crawford: The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample, *British Journal of Clinical Psychology*, 2005/44, 227–239.

PSOC

A *Parenting Sense of Competence Scale* (PSOC) kérdőív magyar változatával az észlelt anyai kompetenciát vizsgáltuk.⁵⁸ A kérdőív állításokat tartalmaz a szülői hatékonyságra és elégedettségre vonatkozóan 15, illetve 16 tételben. A hatékonyság-alskála a nevelési képességekre, míg az elégedettség-alskála a szülői szereppel kapcsolatos érzelmi jóllétre vonatkozik. Az eredeti angol Johnston–Mash-kérdőív (1989) pszichometriai tulajdonságaival kapcsolatban megbízható Cronbach-alfákrol számoltak be: az elégedettség-alskála esetében 0,75-ösről, hatékonyság esetében pedig 0,76-osról. A teljes kérdőív esetében pedig 0,79-es alfát kaptak.

DERS-SF

A *Difficulties in Emotion Regulation* (DERS-SF) kérdőívet használtuk az érzelmszabályozási nehézségek mérésére. A kérdőív kidolgozása Kaufman és munkatársai nevéhez fűződik,⁵⁹ az eredeti kérdőívet Kökönyi György⁶⁰ adaptálta. A Kaufman-féle kérdőív összesen 18 tételből és hatfaktoros struktúrából áll. Megbízhatónak bizonyult: az egyes alskálák Cronbach-alfa értéke 0,79 és 0,91 között mozgott. Az egyes tételeket a résztvevők 1–5-ig terjedő Likert-skálán értékelhetik, ahol az 1-es érték jelzi a „majdnem soha”, az 5-ös érték jelzi a „majdnem mindig” választ. Az egyes tételek állításokat fogalmaznak meg, amelyek érzelmszabályozási nehézségeket tartalmaznak, például „amikor ideges vagyok, elveszítem a kontrollt”. A 3 itemből álló

⁵⁸ N. Márk-Ribiczey – M. Miklósi – M. Szabó: Maternal self-efficacy and role satisfaction: The mediating effect of cognitive emotion regulation, *Journal of Child and Family Studies*, 2016/25, 189–197.

⁵⁹ E. A. Kaufman et al.: The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 38, 2016/3, 443–455.

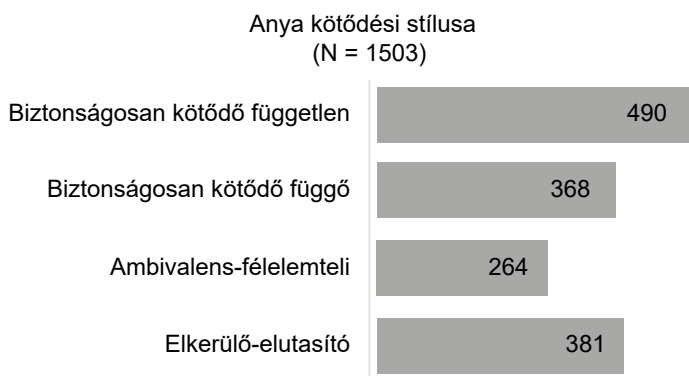
⁶⁰ Kökönyi György: *Érzelmszabályozás krónikus fájdalomban*, doktori disszertáció, Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Tudomány Doktori Iskola, 2008.

faktorok a következők: érzelmi reakciók elfogadhatatlansága, nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában, érzelmi tudatosság hiánya, impulzuskontroll-nehézségek, érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés, érzelmi tisztaság hiánya.

ANYAI KÖTŐDÉS

Az ASQ-kérdőívet 1503 anya töltötte ki. A kitöltő édesanyák gyermekei között a teljes mintában 779 fiú (51,83%) és 724 lány (48,17%) gyermek volt. A megkérdezett anyák gyermekei átlagosan 18,08 hónaposak voltak ($SD = 8,73$).

Az anya kötődési mintáját tekintve (lásd ASQ-H-skála) a minta legnépesebb csoportját a biztonságosan kötődő csoport alkotta ($N = 858$), ez megfelel az átlag populációban található aránynak, ami 65%. A legkevesebben az ambivalens-félelemteli csoportba tartoznak ($N = 264$). A résztvevők kötődési mintáját a 2. ábra szemlélteti.



2. ábra. A résztvevők kötődési mintázatának megoszlása (gyakoriság).⁶¹

⁶¹ Forrás: Áfra Marietta: *Korai alvásproblémák és anyai kötődés*, szakdolgozat, Budapest, KRE, 2023.

Az egyes kötődési stílusok eltérést mutatnak abban a tekintetben, hogy milyen mértékben aggódnak a kapcsolataikkal és a munkájukkal kapcsolatos kérdésekben a válaszolók. Az eltérés vizsgálatához Kruskal–Wallis-próbát alkalmaztunk, mivel a függő változók (CWS itemek) 0–4 közötti skálán értékelt változók, ami a nem paraméteres próbák használatát indokolja.

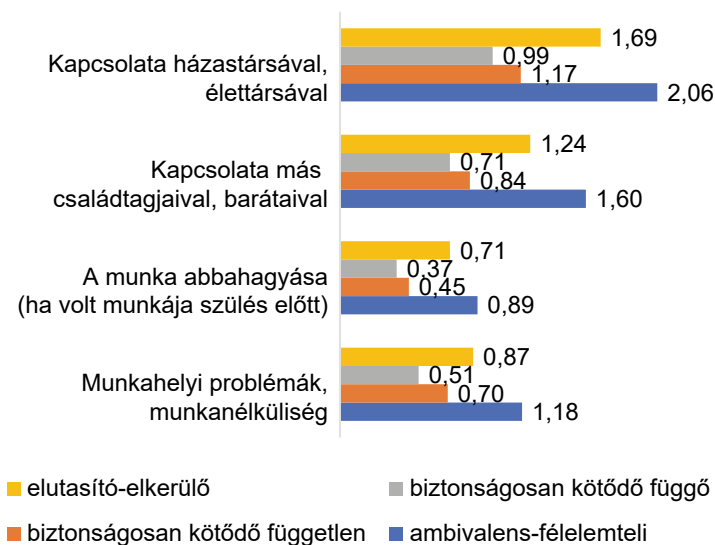
Szignifikáns eltérés mutatkozik a kötődési stílusok és munkahelyi problémák miatti aggodalom között ($H(3) = 45,54$; $p < 0,001$). Elmondható, hogy szignifikáns az eltérés a biztonságosan kötődő függő és az elutasító-elkerülő csoport között (adj. $p < 0,001$), a biztonságosan kötődő függő és az ambivalens-félelemteli csoportok között (adj. $p < 0,001$). Az összefüggésről elmondható, hogy a legnagyobb mértékben az ambivalens-félelemteli csoport tagjai tartanak a munkahelyi problémáktól.

Szignifikáns eltérés mutatkozik a kötődési stílusok és a munkahely elvesztése miatti aggodalom között ($H(3) = 43,08$, $p < 0,001$). Elmondható, hogy nincs szignifikáns különbség a két biztonságosan kötődő csoport esetében (adj. $p = 1,000$), és nincs különbség az elutasító-elkerülő és az ambivalens-félelemteli csoportok között (adj. $p < 0,001$). A kapcsolat természetéről elmondható, hogy a legnagyobb mértékben az ambivalens-félelemteli csoport tagjai tartanak a munkahelyük elvesztésétől.

Szignifikáns eltérés mutatkozik a kötődési stílusok és a társal (férj, élettárs) kapcsolatos aggodalom között ($H(3) = 114,24$, $p < 0,001$). A két biztonságosan kötődő csoport között nincs szignifikáns különbség (adj. $p = 1,000$), és nincs eltérés az elutasító-elkerülő és az ambivalens-félelemteli csoportok között (adj. $p < 0,001$). A kapcsolat természetéről elmondható, hogy a legnagyobb mértékben az ambivalens-félelemteli csoport tagjai aggódnak a társukkal kapcsolatban.

Szignifikáns különbség látható a kötődési stílusok és a családtagokkal, barátokkal kapcsolatos aggodalom között ($H(3) = 98,70$, $p < 0,001$). De nincs szignifikáns eltérés a két biztonságosan kötődő csoport esetében (adj. $p = 1,000$). A többi kötődé-

si csoport esetében eltérés figyelhető meg ($p < 0,05$). A kapcsolatot természetéről elmondható, hogy a legnagyobb mértékben az ambivalens-félelemteli csoport tagjai aggódnak a családtagok és a barátok miatt (3. ábra).

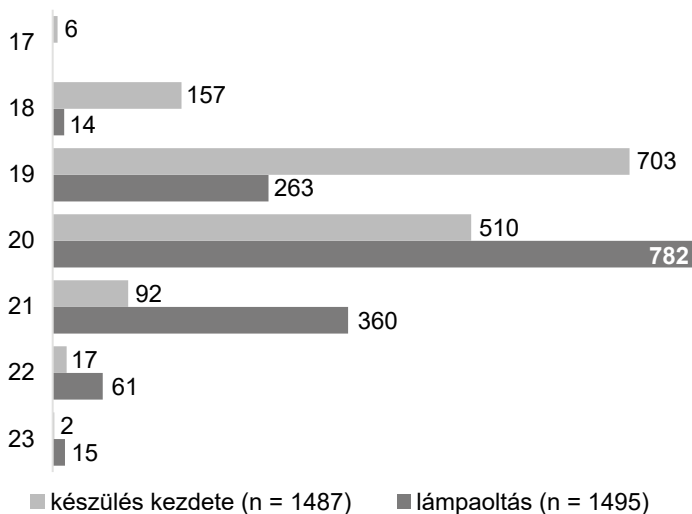


3. ábra. Az aggodalom átlagos mértéke kötődési stílusok szerint.⁶²

ALVÁSMINŐSÉG

A 4. ábra a gyermekek altatásának kezdetét és a lámpaoltás idejét mutatja. A többségre az jellemző, hogy 19 órakor készülődnek a gyermek lefektetéséhez ($N = 703$ fő), a lámpaoltás legkorábban egy órával később történik meg. A többség 20 órakor kerül a lámpaoltással nyugalmi állapotba ($N = 782$ fő). A minta alapján 14 gyermeknél 18 órakor oltják le a szülők a lámpát. Legkésőbb 23 órakor kerülnek a gyermekek az ágyba ($N = 15$ fő).

⁶² Forrás: Áfra: *Korai alvásproblémák*.



4. ábra. A gyermek fektetési idejének kezdete és a lámpaoltás.

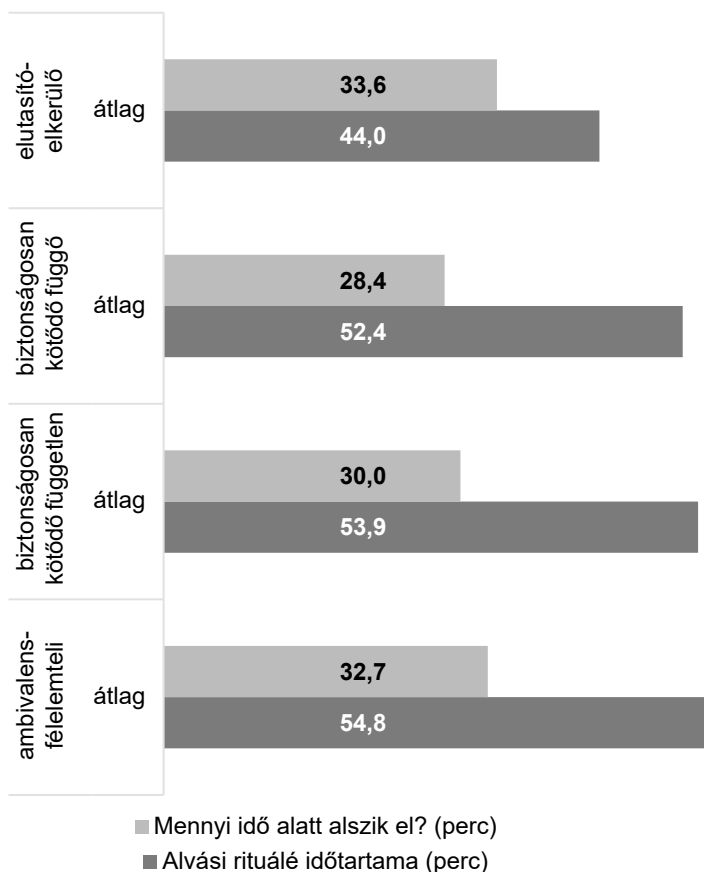
Az éjszakai alvási rituálé kezdő és befejező időpontja a gyermek életkorának megfelelően az alábbi mintázatot mutatja. Korcsoportonként nincs jelentős eltérés, hogy átlagosan hány órakor kezdik meg a szülők a fektetést (19.00 óra után, de 20.00 óra előtt), és a között sem, hogy a lámpaoltás hány órakor történik meg (20.00 óra után, de 21.00 óra előtt).

A lefekvés rutin részeként egy többválasztós kérdésblokkból választhatták ki a válaszadók, hogy a gyermekkel alvás előtt milyen rutinok vannak jelen. Tisztálkodással kapcsolatban a fürdés 1395 esetben, míg fogmosás 965 esetben történik. A szülőkkel való összebújás a második leggyakrabban előforduló esemény (N = 1056 fő). Egyéb nyugtató tevékenységek is megjelennek vegyesen, kisebb esetszámmal: olvasás (N = 719 fő), éneklés (N = 496 fő), ringatás (N = 440 fő), zenehallgatás (N = 109 fő).

1. táblázat. Lefekvés rutinok előfordulási gyakorisága.

Fektetési rutin	Esetszámok (N)
Fürdés	1398
Összebújás	1056
Itatás, szoptatás	1048
Fogmosás	965
Olvasás, felolvasás	719
Játék	704
Vacsora, falatozás	661
Éneklés	496
Ringatás	440
Tévénézés	244
Szaladgálás	144
Imádkozás	123
Zenehallgatás	109
Egyéb	52
Okostelefon, tablet	52
Összesen	1503

Abban a kérdésben, hogy mennyi idő alatt alszik el egy gyermek, a szülő kötődési stílusa szerinti bontást alkalmaztuk az alábbiak szerint. A 5. ábrán a fektetési idő kezdete és a lámpaoltás között eltelt percek átlaga (alvási rituálé időtartama), illetve a szülő által megadott elalváshoz szükséges idő mennyiségének átlaga (mennyi idő alatt alszik el) figyelhető meg kötődési stílusok szerint. Az alvási rituálé az ambivalens-félelemteli csoport esetében a leghosszabb ($M = 54,8$), az elkerülő-elutasító csoport esetében a legrövidebb ($M = 44,0$). Az elalváshoz szükséges idő esetében épp ez a csoport igényli azonban a leghosszabb időt ($M = 33,6$), a leggyorsabban pedig a biztonságosan kötődő függő csoport gyermekei alszanak el.



5. ábra. Az alvási rituálé időtartama és az elalvás átlagos ideje.

KUTATÁSI EREDMÉNYEK

A csoportonkénti összehasonlításokhoz ANOVA-vizsgálatot végeztünk. Mivel a modellbecslések és a tényleges értékek különbségeinek eloszlása normális, ezt a modellt futtatása után, a

modell eredményeivel lehet ellenőrizni. A normalitási feltétel teljesülését emellett a csoportok szerinti nagy elemszámok is alátámasztják.

Az első hipotézis szerint jobb alvásminőséggel rendelkeznek a biztonságos kötődésű anyák csecsemői/kisgyermekei a többi kötődési mintával rendelkezőkénél. A kérdést varianciaanalízis segítségével vizsgáltuk, mely kimutatta, hogy szignifikáns kapcsolat van a kötődési mintázat és a gyermek alvásminősége között ($F(3,1499) = 7,07, p < 0,001$). Az alvásminőség a biztonságosan kötődő független csoportban magasabb ($M = 70,95, SD = 13,66$), mint az ambivalens-félelemteli csoportban ($M = 66,82, SD = 13,63$), a különbség szignifikáns ($p < 0,001$). A biztonságosan kötődő, függő csoportban magasabb ($M = 69,87, SD = 13,81$), mint az ambivalens-félelemteli csoportban ($M = 66,82, SD = 13,63$), ez a különbség szintén szignifikáns ($p = 0,032$). A biztonságosan kötődő független esetében magasabb ($M = 70,95, SD = 13,66$), mint az elkerülő-elutasító esetben ($M = 67,67, SD = 14,12$) ($p = 0,003$).

2. táblázat. *Leíró statisztika kötődési stílusonként – alvásminőség.*

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens-félelemteli	66,82	13,66	264	65,17	68,48	0
Biztonságosan kötődő független	70,95	13,63	490	69,74	72,16	0
Biztonságosan kötődő függő	69,87	13,81	368	68,45	71,29	0
Elkerülő-elutasító	67,67	14,12	381	66,25	69,09	0

Az alvászavarok esetében is szignifikáns eltérés található az egyes kötődési stílusok mentén ($F(3,1499) = 12,58, p < 0,001$). A legmagasabb átlagpontszám az elkerülő-elutasító csoport

esetében figyelhető meg ($M = 0,87$, $SD = 0,45$), utána pedig az ambivalens-félelemteli ($M = 0,87$, $SD = 0,48$) esetében. A két csoport közötti közeli eredmény között nincs szignifikáns eltérés ($p = 1,000$).

A biztonságosan kötődő független csoport esetében szignifikánsan kevesebb az alvászavar, mint az ambivalens-félelemteli csoportban ($p = 0,002$) és mint az elutasító-elkerülő csoportban ($p < 0,001$). Hasonló összefüggés figyelhető meg a biztonságosan kötődő függő csoportban, mivel kevesebb itt is az alvászavar, mint az ambivalens-félelemteli csoportban ($p < 0,001$) és mint az elutasító-elkerülő csoportban ($p < 0,001$).

Nincs különbség ($p = 0,550$) a biztonságosan kötődő függő ($M = 0,71$, $SD = 0,44$) és a biztonságosan kötődő független ($M = 0,75$, $SD = 0,43$) szülők gyerekeinek alvászavarát tekintve.

Az első hipotézis nagyobb részben igazolódott, mivel az alvási zavarok esetében a biztonságosan kötődő szülők gyerekei szignifikánsan kevesebb zavart mutatnak, mint az ambivalens és az elutasító-elkerülő szülők gyerekei. De az alvásminőség esetében a biztonságosan kötődő függő csoport nem különbözik szignifikánsan az elkerülő-elutasítótól, azonban az ambivalenstől jobb eredményeket mutat. A biztonságosan kötődő független csoport mind az ambivalens, mind az elkerülő-elutasító csoporttól szignifikánsan jobb eredményt mutat az alvásminőség tekintetében.

A második hipotézis szerint a biztonságosan kötődő anyákra kevésbé jellemző a depresszió, a stressz és a szorongás. A DASS-összpontszám esetében szignifikáns különbség mutatkozik a különböző kötődési stílusú csoportok között ($F(3,1499) = 121,22$, $p < 0,001$). A post hoc tesztek segítségével megállapíthatjuk, hogy lényegében minden csoport szignifikánsan különbözik az összes többi kötődési stílustól a DASS-összpontszám tekintetében. Minden páros összehasonlítás esetében $p < 0,05$ (ANOVA és Tukey-tesztek).

A legnagyobb DASS-összpontszámmal átlagosan az ambivalens-félelemteli csoport rendelkezik ($M = 42,02$, $SD = 24,81$),

őket az elkerülő-elutasító csoport követi ($M = 28,14$, $SD = 22,55$). A biztonságosan kötődő független csoport a harmadik a sorrendben ($M = 19,39$, $SD = 16,72$). A legkevesebb DASS-pontot a biztonságosan kötődő, függő csoport mutatja ($M = 14,40$, $SD = 13,84$).

3. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként –
DASS-összpontszám.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens- félelemteni	42,02	24,81	264	39,01	45,02	0
Biztonságosan kötődő független	19,39	16,72	490	17,90	20,87	0
Biztonságosan kötődő függő	14,40	13,84	368	12,98	15,82	0
Elkerülő-elutasító	28,14	22,55	381	25,87	30,41	0

A DASS-depresszió esetében hasonló mintázat alakul ki, mivel szignifikáns eltérés tapasztalható az egyes kötődési stílusú csoportok között ($F(3,1499) = 123,02$, $p < 0,001$). A páronkénti összehasonlítások esetében szinte minden csoport szignifikánsan eltér a többi kötődési stílusú csoporttól ($p < 0,001$), kivéve a két biztonságosan kötődő csoportot, mivel esetükben nem igazolható, hogy szignifikánsan eltérnének a depresszió mértékét illetően ($p = 0,0587$).

Az ambivalens-félelemteni csoport esetében a legmagasabb a DASS-depresszió mértéke ($M = 13,49$, $SD = 10,63$), míg az elkerülő-elutasítók ennek jóformán a fele mértékében élik át a depressziót ($M = 7,82$, $SD = 8,65$). A két, egymástól el nem térő biztonságosan kötődő csoportban kismértékű depresszió detektálható (független: $M = 4,36$, $SD = 5,49$, függő: $M = 3,08$, $SD = 4,92$).

4. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként –
DASS-depresszió.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens- félelem	13,49	10,63	264	12,20	14,78	0
Biztonságosan kötődő független	4,36	5,49	490	3,87	4,84	0
Biztonságosan kötődő függő	3,08	4,92	368	2,57	3,58	0
Elkerülő-elutasító	7,82	8,65	381	6,94	8,69	0

A DASS-szorongás esetében a depresszióhoz hasonló mintázat mutatkozik, mivel itt is szignifikáns eltérések mutathatók ki a kötődési csoportokban a DASS-szorongás alszála mentén ($F(3,1499) = 53,01, p < 0,001$). A két biztonságosan kötődő csoport között nincs szignifikáns eltérés a szorongás-átlagpontszámok tekintetében ($p = 0,508$), azonban a nem biztonságosan kötődő csoportoknál szignifikáns különbségek mutatkoztak ($p < 0,001$).

5. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként –
DASS-szorongás.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens- félelem	8,88	8,80	264	7,81	9,95	0
Biztonságosan kötődő független	3,73	5,23	490	3,26	4,19	0
Biztonságosan kötődő függő	3,12	4,12	368	2,70	3,54	0
Elkerülő-elutasító	5,94	7,32	381	5,20	6,68	0

A szorongás esetében is az ambivalens-félelem csoport érte el a legmagasabb átlagpontot ($M = 8,88, SD = 8,80$). Ez azonban

most kisebb mértékben ugrik ki a csoportok átlagai közül, mint a depresszió esetében láttuk, mivel az ambivalenseket az elkerülő-elutasító csoport követi ($M = 5,94$, $SD = 7,32$). A biztonságosan kötődő, független csoport átlaga ($M = 3,73$, $SD = 5,23$) csak kismértékben tér el a biztonságosan kötődő függő csoporttól ($M = 3,12$, $SD = 4,12$).

A DASS-stresszre is szignifikáns hatással van a kötődési csoportokra bontás ($F(3,1499) = 98,38$, $p < 0,001$). A páronkénti összehasonlításokból kiderül, hogy lényegében minden kötődési csoport DASS-stressz-átlaga szignifikánsan eltér a többi csoport átlagától.

A legnagyobb DASS-stressz-átlagpontszámmal a többi alskálához hasonlóan az ambivalens félelemteli csoport jellemezhető ($M = 19,64$, $SD = 9,26$), a második legmagasabb átlagponttal pedig az elkerülő-elutasító csoport rendelkezik ($M = 14,38$, $SD = 9,43$). A biztonságosan kötődő független csoport ebben az esetben szignifikánsan magasabb átlagos DASS-stressz-szintet él át ($M = 11,31$, $SD = 8,78$), mint a biztonságosan kötődő függő szülők csoportja ($M = 8,20$, $SD = 7,14$).

6. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként – DASS-stressz.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem-szám	2,5% CI	97,6% CI	Hiányzik
Ambivalens-félelemteli	19,64	9,26	264	18,52	20,77	0
Biztonságosan kötődő, független	11,31	8,78	490	10,53	12,09	0
Biztonságosan kötődő, függő	8,20	7,14	368	7,47	8,93	0
Elkerülő-elutasító	14,38	9,43	381	13,43	15,33	0

A hipotézist elfogadjuk, mert az összefüggés mind a DASS-összpontszám, mind pedig a DASS-depresszió, DASS-stressz és

a DASS-szorongás alskáláknak esetében igazolódott, azaz a biztonságos kötődési stílussal rendelkező anyákra kevésbé jellemző a depresszió, a stressz és a szorongás. Továbbá azt is megállapíthatjuk, hogy a DASS-stresszt és a DASS-összpontszámot nézve a két biztonságosan kötődő csoport esetében is szignifikáns az eltérés, mivel a függő anyáknál alacsonyabb átlagpontszámok mérhetőek. A harmadik hipotézis szerint a nem biztonságosan kötődő anyáknak kevésbé jó az érzelemszabályozása, mint a biztonságosan kötődőknek.

A DERS-összpontszám-skála esetében az egyes kötődési stílussal rendelkező édesanyák között eltérés tapasztalható ($F(3,1499) = 129,16$; $p < 0,001$). A Tukey-tesztek alapján megállapítható, hogy nincs szignifikáns különbség az érzelemszabályozás tekintetében a biztonságosan kötődő édesanyák függő és független csoportja között ($p = 0,079$). Az összes többi összehasonlított csoportpárosítás esetében azonban szignifikáns eltérés mutatkozik a DERS-összpontszám átlagai között ($p < 0,05$) (ANOVA- és Tukey-tesztek).

7. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként –
DERS-összpontszám.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens-félelemteli	49,88	10,05	264	48,66	51,10	0
Biztonságosan kötődő független	39,12	8,15	490	38,39	39,84	0
Biztonságosan kötődő függő	37,66	9,00	368	36,74	38,58	0
Elkerülő-elutasító	44,75	8,62	381	43,88	45,62	0

Az érzelemszabályozás mind közül az ambivalens-félelemteli csoport számára a legnagyobb nehézség ($M = 49,88$; $SD = 10,05$). Kisebbségi probléma az elkerülő-elutasító édesanyák számára ($M =$

44,75, SD = 8,62). Ennél szignifikánsan mérsékeltebben okoz gondot a biztonságosan kötődő független csoport képviselőinek ($M = 39,12$; SD = 8,15) és a tőlük szignifikánsan nem különböző biztonságosan kötődő függő csoport számára ($M = 37,66$, SD = 9,00).

A DERS alskáláit is megvizsgálva látható, hogy az „érzelmi válaszok elfogadhatatlansága”-alskála esetében is szignifikáns kapcsolat mutatható ki a kötődési stílusokkal ($F(3,1499) = 78,11$). A post hoc tesztek megvizsgálva az is megállapítható, hogy nincs szignifikáns eltérés a biztonságosan kötődő független és a biztonságosan kötődő függő édesanyák között abban a tekintetben, hogy mennyire jellemző rájuk az érzelmi válaszok elfogadhatatlansága ($p = 0,064$). A többi kötődéscsoport-párosítás esetében azonban szignifikáns eltérés tapasztalható az alskálával kapcsolatban ($p < 0,05$).

Az érzelmi válaszok elfogadhatatlansága a legnagyobb mértékben az ambivalens-félelemteni csoportra jellemző ($M = 9,09$, SD = 3,20). Náluk kevésbé jellemző az elkerülő-elutasító csoportra ($M = 7,57$, SD = 2,84). A legkisebb mértékben a biztonságosan kötődő független csoportra ($M = 6,37$, SD = 2,79) és a tőle szignifikánsan nem különböző biztonságosan kötődő függő csoportra jellemző ($M = 5,88$, SD = 2,75) ez az alskála.

8. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens-félelemteni	9,09	3,20	264	8,71	9,48	0
Biztonságosan kötődő független	6,37	2,79	490	6,13	6,62	0
Biztonságosan kötődő függő	5,88	2,75	368	5,60	6,17	0
Elkerülő-elutasító	7,57	2,84	381	7,28	7,86	0

A „célvezérelt viselkedés fenntartásának nehézségei”-alskálában esetében hasonló összefüggés tapasztalható, mivel az egyes kötődési csoportok szignifikánsan különböznek egymástól ($F(3,1499) = 34,79$, $p < 0,001$). A páronkénti összehasonlítások rávilágítanak arra, hogy ebben a dimenzióban a biztonságosan kötődő függő és független csoportok nem különböznek egymástól szignifikánsan ($p = 0,1523$), míg a többi kötődési csoportpár szignifikánsan eltér egymástól ($p < 0,001$).

A legnagyobb nehézségei a célvezérelt viselkedés fenntartásával az ambivalens-félelemteni csoportnak vannak ($M = 10,16$, $SD = 3,16$). Az elkerülő-elutasító csoport náluk alacsonyabb mértékben néz szembe ezekkel a nehézségekkel ($M = 8,89$, $SD = 3,02$). A legkisebb érzelemszabályozási nehézségei a DERS ezen dimenziója mentén az egymástól szignifikánsan nem különböző biztonságosan kötődő független ($M = 8,20$, $SD = 3,12$) és a biztonságosan kötődő függő ($M = 7,74$, $SD = 3,22$) csoportoknak van (leíró statisztika, lásd 12. táblázat).

9. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként – DERS.

*A célvezérelt viselkedés fenntartásának nehézségei.*⁶³

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens-félelemteni	10,16	3,16	264	9,77	10,54	0
Biztonságosan kötődő független	8,20	3,12	490	7,92	8,47	0
Biztonságosan kötődő függő	7,74	3,22	368	7,41	8,07	0
Elkerülő-elutasító	8,89	3,02	381	8,59	9,19	0

Az impulzuskontroll nehézségeik eltérő módon jellemzik a különböző kötődési stílusokkal rendelkező csoportokat ($F(3,1499) =$

⁶³ Forrás: Áfra: *Korai alvásproblémák*.

42,19, $p < 0,001$). A két biztonságosan kötődő csoport között nincs eltérés ezen alskála tekintetében ($p = 0,899$), míg a többi csoportpár estében tapasztalható statisztikailag szignifikáns eltérés ($p < 0,05$).

Az impulzuskontroll-nehezségek az ambivalens-félelemteli csoportra a legjellemzőbbek ($M = 8,67$, $SD = 3,69$). Kevésbé jellemző mindez az elkerülő-elutasító csoportra ($M = 7,59$, $SD = 3,23$). A legkisebb mértékben az egymástól szignifikáns mértékben el nem térő biztonságosan kötődő független ($M = 6,38$, $SD = 2,96$) és a biztonságosan kötődő függő ($M = 6,23$, $SD = 2,96$) csoportokra jellemző a DERS-impulzuskontroll-neheztség.

10. táblázat. *Leíró statisztika kötődési stílusonként – DERS.
Az impulzuskontroll nehezégei.*

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens- félelemteli	8,67	3,69	264	8,22	9,11	0
Biztonságosan kötődő független	6,38	2,96	490	6,11	6,64	0
Biztonságosan kötődő függő	6,23	2,96	368	5,92	6,53	0
Elkerülő-elutasító	7,59	3,23	381	7,26	7,91	0

Az „érzelmi tudatosság hiánya”-alskála eltérést mutat az egyes kötődési stílusú csoportok között ($F(3,1499) = 55,10$, $p < 0,001$). A Tukey-teszt alapján a biztonságosan kötődő függő és független csoport között nem tapasztalható eltérés a DERS „érzelmi tudatosság hiánya”-alskála átlagai között ($p = 0,674$), az összes többi csoport páros összehasonlítása azonban azt mutatja, hogy szignifikáns különbségek vannak az átlagok tekintetében.

Az érzelmi szabályozás hiánya legnagyobb mértékben az ambivalens-félelemteni csoportot jellemzi ($M = 7,45$, $SD = 2,83$), náluk kisebb mértékben az elkerülő-elutasító csoport szembesül ezzel ($M = 6,84$, $SD = 2,38$). A legkisebb mértékben az egymástól szignifikánsan nem különböző biztonságosan kötődő független ($M = 5,66$, $SD = 2,13$) és biztonságosan kötődő függő ($M = 5,48$, $SD = 2,17$) csoportok jellemezhetőek a DERS „érzelmi tudatosság hiánya”-alskála mentén.

11. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként – DERS.
Az érzelmi tudatosság hiánya.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens-félelemteni	7,45	2,83	264	7,11	7,79	0
Biztonságosan kötődő független	5,66	2,13	490	5,47	5,85	0
Biztonságosan kötődő függő	5,48	2,17	368	5,25	5,70	0
Elkerülő-elutasító	6,84	2,38	381	6,60	7,08	0

Az érzelemszabályozási stratégiákhoz való korlátozott hozzáérés eltérő mintázatot mutat a DERS többi alskálája mentén tapasztaltakkal, mivel ebben az esetben a különböző kötődési stílusok között nincs eltérés ($F(3,1499) = 1,07$, $p = 0,3617$).

Az „érzelmi tisztaság hiánya”-alskála átlagpontszámai szignifikánsan különböznek a kötődéstartílus-csoportok között ($F(3,1499) = 89,81$, $p < 0,001$). A post hoc tesztek rávilágítanak arra, hogy a biztonságosan kötődő függő és független csoportok esetében az átlag nem különbözik szignifikánsan egymástól ($p = 0,649$), azonban minden más páros összehasonlítás esetében igazolható eltérés tapasztalható ($p < 0,05$).

Az érzelmi tisztaság hiánya legnagyobb mértékben az ambivalens-félelemteni csoportra jellemző ($M = 6,52$, $SD = 2,67$).

Náluk kisebb mértékben jellemzi az elkerülő-elutasító csoportot ($M = 5,86$, $SD = 2,12$). A biztonságosan kötődő független ($M = 4,52$, $SD = 1,77$) és a tőle szignifikánsan nem különböző biztonságosan kötődő függő ($M = 4,36$, $SD = 1,68$) csoportokra jellemző a legkevésbé az érzelmi tisztaság hiánya.

12. táblázat. Az érzelmszabályozás-stratégiákhoz való korlátozott hozzáférés – leíró statisztika.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens- félelemteli	6,52	2,67	264	6,20	6,84	0
Biztonságosan kötődő független	4,52	1,77	490	4,37	4,68	0
Biztonságosan kötődő függő	4,36	1,68	368	4,19	4,53	0
Elkerülő-elutasító	5,86	2,12	381	5,64	6,07	0

Összefoglalásképp megállapítható, hogy a hipotézist elfogadjuk, azaz a nem biztonságosan kötődő anyáknak kevésbé jó az érzelmszabályozása, mint a biztonságosan kötődő anyáknak, mivel az eltérés igazolódott mind a DERS-összpontszám, mind pedig a DERS-alskálák esetében.

A negyedik hipotézis szerint a biztonságosan kötődő anyák kompetensebbnek, hatékonyabbnak és elégedettebbnek élik meg szülői szerepüket.

A PSOC észlelt szülői kompetencia-kérdőív összpontszáma esetében szignifikáns eltérés mutatkozik az egyes kötődési stílussal rendelkező anyacsoportok között ($F(3,1499) = 87,05$, $p < 0,001$). A post hoc tesztek igazolják, hogy minden csoport szignifikánsan különbözik a többi kötődési stílusú édesanyacsoporttól ($p < 0,05$)

Az észlelt szülői kompetencia a legnagyobb mértékben a biztonságosan kötődő függő csoportra jellemző ($M = 59,54$,

SD = 9,28), náluk kevésbé jellemző a biztonságosan kötődő független csoportra ($M = 57,27$, $SD = 9,65$). Az elkerülő-elutasító anyák a biztonságosan kötődő anyáknál alacsonyabb mértékű szülői kompetenciát mutatnak ($M = 51,86$, $SD = 10,30$). A legkisebb szülői kompetenciát az ambivalens-félelemteli csoport mutatja ($M = 47,89$, $SD = 12,07$). (Leíró statisztikához lásd a 13. táblázatot.)

13. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként – PSOC.
Észlelt szülői kompetencia.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens-félelemteli	47,89	12,07	264	46,43	49,35	0
Biztonságosan kötődő független	57,27	9,65	490	56,41	58,12	0
Biztonságosan kötődő függő	59,54	9,28	368	58,58	60,49	0
Elkerülő-elutasító	51,86	10,30	381	50,82	52,90	0

A PSOC-hatékonyság-alskála szignifikáns eltérést mutat az egyes kötődési stílusú csoportok között ($F(3,1499) = 24,27$, $p < 0,001$). A páros összehasonlításokból kiderül, hogy nincs szignifikáns különbség a két biztonságosan kötődő csoport között a hatékonyság tekintetében ($p = 0,791$). A többi páros összehasonlítás azonban szignifikáns eltérést jelez ($p < 0,05$).

A hatékonyság a biztonságosan kötődő függő ($M = 24,68$, $SD = 5,77$) és a vele szignifikánsan megegyező biztonságosan kötődő független csoportok esetén jelenik meg ($M = 24,29$, $SD = 5,45$). Náluk kevésbé hatékonyabb az elkerülő-elutasító csoport ($M = 22,50$, $SD = 6,15$). A legkevésbé hatékonynak az ambivalens-félelemteli csoport tekinthető ($M = 21,16$, $SD = 6,98$).

14. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként – PSOC.
Hatékonyság.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5 CI%	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens- félelemteli	21,16	6,98	264	20,32	22,01	0
Biztonságosan kötődő független	24,29	5,45	490	23,81	24,78	0
Biztonságosan kötődő függő	24,68	5,77	368	24,09	25,27	0
Elkerülő-elutasító	22,50	6,15	381	21,88	23,12	0

A PSOC-elégedettség-alskála esetében is eltéréseket lehet kimutatni az egyes kötődési stílusú csoportok között ($F(3,1499) = 97,55$, $p < 0,001$). A post hoc tesztek bizonyítják, hogy minden kötődési csoport átlagos PSOC-elégedettsége szignifikánsan különbözik a többi csoport átlagos PSOC-elégedettségétől ($p < 0,05$) (ANOVA- és Tukey-tesztek).

A biztonságosan kötődő függő csoport a leginkább elégedett ($M = 34,86$, $SD = 6,24$), náluk kevésbé elégedettnek tekinthető a biztonságosan kötődő független csoport ($M = 32,97$, $SD = 6,26$). Az elkerülő-elutasító csoport még kevésbé elégedett ($M = 29,35$, $SD = 6,86$), a legkevésbé azonban az ambivalens-félelemteli csoportot jellemzi az elégedettség ($M = 26,73$, $SD = 7,58$).

15. táblázat. Leíró statisztika kötődési stílusonként – PSOC.
Elégedettség.

Csoport	Átlag	Szórás	Elem- szám	2,5% CI	97,5% CI	Hiányzik
Ambivalens- félelemteli	26,73	7,58	264	25,81	27,65	0
Biztonságosan kötődő független	32,97	6,26	490	32,42	33,53	0
Biztonságosan kötődő függő	34,86	6,24	368	34,22	35,50	0
Elkerülő-elutasító	29,35	6,86	381	28,66	30,05	0

A negyedik hipotézis teljesült, mivel a PSOC-skálák és -alskálák esetében igazolható, hogy a biztonságosan kötődő anyák kompetensebbnek, hatékonyabbnak és elégedettebbnek élik meg szülői szerepüket. A PSOC-elégedettség alskála, a PSOC észlelt szülői kompetencia esetén a két biztonságosan kötődő csoport esetében az is igazolódott, hogy a függő módon kötődő anyák a függetleneknél is kedvezőbb átlagpontot érnek el ezeken az alskálákon.

A KUTATÁS KORLÁTAI

A kutatás természetes korlátja, hogy számos tényezőt nem vizsgált, amelyek befolyásolhatják az alvásminőséget. Burnham (2021)⁶⁴ is kiemeli, hogy az együtt alvás és az önmegnyugtató olyan változók, melyek csak a környezettel összefüggésben vizsgálhatók: ilyenek lehetnek az etnikai hovatartozás, a kultúra, a család, a szülők viselkedése stb. Ezeket a hatásokat nem lehet megfelelően kontrollálni. Ezeken túlmenően a gyermekek öröklött tulajdonságai, például temperamentumuk, és a korai élményeiből táplálkozó, de előhuzalozott mechanizmusok is befolyásolják az alvásminőséget, akár közvetett módon, a szülők viselkedésének módosításán keresztül.

Ennél fogva számos tényezőt kell figyelembe venni a kötődési stílus és az alvás közötti kapcsolat feltárásakor. Ezek a tényezők életkorspecifikusak is lehetnek, és fejlődési szempontból megfelelő és alkalmazkodó szerepet tölthetnek be. Például a csecsemőkön és gyermekeken végzett vizsgálatok esetén érdemes figyelembe venni az egyéni alvásigényt, a temperamentumot és a szülők viselkedését, de az anyánál a szorongást és depressziót egyaránt.

⁶⁴ M. M. Burnham: Co-sleeping and self-soothing during infancy, in R. C. Tasker (ed.): *Oxford Handbook of Paediatrics*, Oxford, Oxford University Press, 2021.

Kérdéseket vet fel az önbevallásos kérdőívek használata, főként az alvásminőség esetében. Az alvás értékelésekor a szubjektív mérőeszközök kiegészíthetők objektív alvásmérőkkel, mint például aktigráf, PSG. Ezen mérőeszközök által az alvás különböző aspektusai elkülöníthetők, amelyek kölcsönhatásban állhatnak a kötődési stílussal. Azonban a PSG használata otthoni körülmények között nehéz, ezért a kutatások túlnyomó része a szülők önbevallásos eredményeit alkalmazza. A gyermekek szubjektív alvásmérőinek értelmezése azonban pontatlan eredményekhez vezethet, ha azt a szülők végzik, mivel a szülők hajlamosak alábecsülni az alvási nehézségeket vagy éppen túlbecsülni az alvási késleltetést és az ébredések számát.

ÖSSZEGZÉS

Összességében a kutatási eredmények azt mutatják, hogy az anyai kötődés befolyásolja a gyermek alvását, az érzelemszabályozást, a stresszel való megküzdést és a szülői kompetencia érzését.

Az anya bizonytalan kötődése esetén a gyermek alvásminősége rosszabb, érzelemszabályozásával nehézségei vannak, a szülő nehezebben viseli a környezeti stresszorokat, és kevésbé elégedett saját szülői szerepével, kevésbé hatékonyan éli meg magát.

A biztonságosan kötődő anyák jobban szabályozzák az érzelmeiket, a környezeti stresszorokat és így alacsonyabb depresszióval, szorongással és stressz-szinttel jellemezhetők a többi kötődési stílushoz képest. Ezek az anyák több pozitív érzelmet, szeretetet és törődést táplálnak a gyermekeik felé, valamint hatékonyabbnak élik meg, és elégedettebbek szülői szerepükkel.

AJÁNLÁSOK NEM CSAK ALVÁSI PROBLÉMÁK ESETÉN (PRAKTIKUS LEHETŐSÉGEK)

A mese szerepe

Az alvással kapcsolatos nehézségek bemutatása, illetve a kapcsolódó kutatás során már kitértünk rá, hogy az alvási rutinok és az alvási rituálék hatással vannak a csecsemő és a kiskorú elalvására és az alvás minőségére. A pszichológia népszerűvé válásával és a kutatókhoz való hozzáférés lehetőségének bővülésével közismertté vált az alvási rutinok jelentősége, és a beszámolók alapján (ebben a kutatásban is) látható, hogy sokan fontosnak tartják a rutinok kialakítását. A fejezet végén szeretnék kiemelni egy olyan területet, mely az esti elalvás kapcsán több tényezőt is magába foglal a rituálék közül, és a kognitív fejlődésnek is több területét érinti. Ez az esti mese!

Persze felmerül a kérdés, hogy mikortól meséljünk a kicsinek.

Akár magzati kortól! A hallópálya érése ugyanis a 25. magzati héten indul, tehát a külvilágból érkező hangokat már érzékeli a magzat. Ennek következménye, hogy újszülött korban már kimutatható a beszédhangok preferenciája, a hangkategóriák közötti különbségtétel, az anyanyelv és az idegen nyelv hangjainak elkülönítése.

Természetesen nem arra gondolunk, hogy a megértés is veszélyeztetett, de arra igen, hogy a magzattal történő „beszélgetés”, a hangszín, a tónus, a beszédhangok jellegzetessége segíti mind a magzati kötődést, mind a nyelvi fejlődést.

A születést követő első életév során a nyelvi fejlődést a hangadás, a beszédészlelés és az interakció segíti. A fonémák megkülönböztetésének és a nyelvi fejlődésnek az egyik ragyogó példája Illyés Gyula *Mariska hazát választ*⁶⁵ című írása.

⁶⁵ Illyés Gyula művei II. – Regények, novellák, drámák, Budapest, Szépirodalmi, 1982, 802–805.

Az első életév során a legkorábbi időszakban meseolvasáskor az anyanyelvi hangok, az intonáció és hanglejtés adják a nyelvi fejlődés alapját. A tartalom másodlagos, de a hangszín, a tónus fontos. Ringatók, gyermekversek, mondókák valamennyi nyelvben megtalálhatók, és segítik a nyelvi fejlődést.

A felfedezések ideje: a kisgyermek 1–3 éves kora

A környezet felfedezése során a gyermek saját tevékenységének és azok eredményeinek megtapasztalásával fejlődik a kompetenciakésztetés (az „én csináltam”) élménye, ezzel párhuzamosan pedig az én kialakulása. Az élmények megosztása a szociális környezettel a másodlagos interszubjektivitás, amihez kapcsolódik a rámutatás és egyéves kor körül az első szavak, illetve szókezdemények.

Az altatási rutin során a mese témája legyen az aznap tapasztalt élmények megosztása (például kezdjük azzal a kérdéssel, hogy „mit csinált a baba a játszótéren?”, vagy „mit evett a baba reggel?”). Választhatunk olyan saját mesetémát is, ami a praktikus napi elfoglaltságokhoz és tevékenységekhez kötődik:

- otthoni környezet, játszótér („Egyszer volt, hol nem volt, volt egyszer egy kisfiú/kislány, aki elment az anyukával/apukával a játszótérre...”);
- mese a szülőkről, nagyszülőkről, testvérekről;
- saját gyermekkori élményeink vagy családtagjaink jó és kevésé jó élményeinek megosztása; ez utóbbinál ne feledkezzünk el arról sem, hogy elmeséljük, mi vagy ki segített egy adott helyzetben (megoldás, lezárás).

Joseph Campbell 1949-ben publikálta *Az ezerarcú hős* című művét, amelyre Kádár Annamária hivatkozik a *Mesepszichológia II.* című könyvében.⁶⁶

⁶⁶ Kádár Annamária: *Mesepszichológia*, 2. köt, Budapest, Kulcslyuk, 2015.

A hős kalandra indul a hétköznapi világából a természetfeletti csodák birodalmába, ahol mesés erőkkel találkozik, és döntő győzelmet arat, majd olyan hatalommal tér haza ebből a misztikus kalandból, melynek áldásait embertársai javára fordítja.

A mesehősök egyetemes archetípust jelenítenek meg, Jung szerint az emberi tudat közös tartománya. Az ősképeknek a használatával tudunk megküzdeni a nehézségekkel, és a kritikus élethelyzetekben ezek segítenek, hogy megtaláljuk a megoldást.⁶⁷

Ebben az életkorban az is fontos, hogy jelzi azt az utat, amely a megküzdéshez vezet, és a segítők, akik támogatnak céljaink elérésében (mutatja a társas támogatás szerepét a későbbiekben). A mesék már ebben a korai szakaszban egyfajta értékrendet mutatnak, természetesen még csak azon a szinten, amelyet a gyermek megért: mi a jó és mi a rossz. A saját rossz érzések (például harag, düh olyan fontos személyek felé, akiktől a gyermek függ és akiket szeret) 2-3 éves korban még nem fejezhető ki szavakkal, de lássuk be, később sem, ezért a negatív érzések miatt az ember sokszor önmagát is rossznak érzi – ennek megértéséhez elég elolvasni József Attila *Én nem tudtam* vagy Radnóti Miklós *Huszonnyolc év* című versét („Erőszakos rút kisded voltam én, / ikreket szülő anyácska, – gyilkosod!”).

A mesékben megjelenő tartalom – a megpróbáltatások, fenyegetés, menekülés, változás – maga adja meg a megoldást (a gyógyulást). És hogy mi segíti a megoldást? Vegyük sorra ezeket az eseményeket!

- komfortzóna elhagyása (szülői biztonság, önállóság),
- bátorság,
- perspektívaváltás,
- rugalmas alkalmazkodás (reziliencia),

⁶⁷ Uo., 35.

- erőforrások igénybevétele (stressztűrő képesség, társas támogatás),
- kitartás,
- hit a változásban.

A mesék szerepe a későbbi életkorokban is jelentős, természetesen az adott életkornak megfelelő tartalommal. Kiegészíthető még azokkal a mesékkel, amelyek nehéz élethelyzetek esetén jól használhatók az ötéves kor után és iskoláskorban.

VÉGREHAJTÓ FUNKCIÓK ÉS MENTALIZÁCIÓ

Ahogy a diagnosztikai nehézségek bemutatása során említettük, az ADHD-s neurokognitív zavar a gyengébb végrehajtó működésben nyilvánul meg. A korai fejlődési jellemzők után, az életkorban előre haladva, kísérletet tettünk az eltérő működés hátterének feltárására és az abból adódó nehézségek bemutatására.

Több kutatás a prefrontális lebeny működéséhez köthető végrehajtó funkciók sérülését hangsúlyozza (bár az önmagában is kérdés, hogy sérülés vagy fejlődési eltérés) az ADHD egyik legfőbb kockázati tényezőjeként.⁶⁸ A legújabb átfogó vizsgálatok eredménye szerint azonban ezek az agyi strukturális elváltozások gyermekek esetében a hangsúlyosabbak, míg felnőttkorra csak minimálisan mutathatók ki.⁶⁹

A végrehajtó működés elsősorban az önszabályozásban, a viselkedéstervezésben és -szervezésben, a célirányos gondolkodásban, a célvezérelt mozgások végrehajtásában, továbbá a választáslásban és a munkamemória zavarában, a fókuszálásban és a figyelem irányításának nehézségeiben nyilvánul meg. Ezek a deficitiek azonban nem specifikusak, de a motivációs és aktivációs rendszer működési zavara, a megnövekedett jutalomérzékenység és a késleltetés, valamint az averzív visszajelzés feldolgozásának problémái miatt az önmotiválás, önmonitorozás is sérülhet.

⁶⁸ Balázs Judit: *Egészségügyi szakmai irányelv 002048 Egészségügyi Szakmai Irányelv – A hiperkinetikus zavar figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar kórismézéséről*, Budapest, Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Egészségügyi Közlöny, 2018.

⁶⁹ J. J. Kooij et al.: Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD, *European Psychiatry*, vol. 56, 2019/1, 14–34.

Habár a legtöbb ADHD-val diagnosztizált gyermek különböző mértékű érzelmi, viselkedéses, társas vagy iskolai teljesítménnyel kapcsolatos nehézséggel küzd, mégis a vizsgálatok szerint a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral élők megközelítőleg 20%-a jól alkalmazkodik, és az ADHD a tüneti megjelenés ellenére náluk nem befolyásolja a társas, érzelmi és iskolai teljesítményt. A másik 20% kifejezetten rosszul, míg 60% közepesen teljesít ezeken a területeken.⁷⁰ A neuropszichológiai kutatócsoporttal végzett vizsgálatunkban a végrehajtó funkciók szintjét vizsgáltuk neuropszichológiai tesztek felhasználásával, valamint a mentalizáció szintjét, a társas helyzetek megértését és az „elszólást” a helyzetek felismerése kapcsán. Az érdeklődésünk kifejezetten arra irányult, hogy a végrehajtó működés kapcsolatban áll-e a társas helyzetek megértésével és az ahhoz való alkalmazkodással.

Szakirodalmak alapján feltételezhető, hogy a hiperaktivitáshoz a mentalizációs folyamatok alacsonyabb szintje társul, mely hatással lehet többek között a társas alkalmazkodásra is.⁷¹

A mentalizációval kapcsolatos vizsgálatok az autizmus-spektrumzavarral élők esetében mutatták ki először a mentalizációs képesség sérülését és a társas kapcsolatokkal való összefüggését. A további kutatások mentalizációs deficitet mutattak ki többek között a Williams-szindróma, a bipoláris affektív zavar, az antiszociális és borderline személyiségzavarok, bizonyos demenciák, valamint az ADHD esetében is.⁷² Fónagy és Target szerint olyan

⁷⁰ M. A. Regalla et al.: Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study, *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 37, 2015/3, 157–160.

⁷¹ Földi Rita és mtsai: *Végrehajtó funkciók és mentalizáció vizsgálata ADHD-val diagnosztizált gyermekeknél. Múlt És Jelen Összeér. A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkötet*, 2016, 255–256.

⁷² P. Fónagy et al.: The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992: The Theory and Practice of Resilience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 35, 1994/2, 231–257.

biológiai alapú sérülések, mint a hiperaktivitás, a figyelmi problémák, az alacsony impulzuskontroll, valószínűleg akadályozzák, hogy a gyermek mentalizálós reflektív modellt alakítson ki valamilyen konfliktushoz kötődő társas helyzetben.⁷³ Szerintük ez lehet az oka annak is, hogy az agresszív viselkedéses problémák gyakran járnak együtt hiperaktivitással vagy figyelmi nehézségekkel.

Perroud és munkatársai figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar-diagnózissal rendelkező felnőttek esetében vizsgálták a mentalizációs képességeket, összehasonlítva sine morbo, illetve borderline személyiségzavaros kontrollcsoportokkal.⁷⁴ Vizsgálatukban *Reflective Function Questionnaire* (RFQ) kérdőívet használtak. 101 ADHD-s vizsgálati személy (41 nő, 60 férfi) vett részt a kutatásban. Eredményeik azt mutatják, hogy az ADHD-val küzdő vizsgálati személyek mentalizációs kérdőívben elért pontszámai a sine morbo és a borderline személyiségzavaros kontrollcsoportok között helyezkednek el. Az ADHD-tünetek súlyosságával negatívan korreláltak a pontszámok, valamint az ADHD-s vizsgálati személyek csoportjában az impulzivitást és az indulatkezelés nehézségeit mutató vizsgálati személyek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el. Végül pedig arra jutottak, hogy mások megértése során a másik személy mentális állapotáról való meggyőződés vagy bizonytalanság alapján szignifikánsan elkülöníthető az ADHD-s csoport a másik két kontrollcsoporttól. A kutatók arra következtetnek, hogy az eredmények azt sugallják, hogy az ADHD-s vizsgálati személyek nem gondolkodnak a saját vagy mások mentális állapotáról olyan gyakran, amikor megpróbálják megérteni azokat.

⁷³ Fónagy Peter – Target Mary: A kötődés és a reflektív funkciók szerepe a szelf fejlődésében, *Thalassa*, 9. évf., 1998/1, 5–43.

⁷⁴ N. Perroud et al.: Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder, *Psychiatry Research*, 2017/256, 334–341.

Pineda-Alhucema és munkatársai szisztematikus áttekintő tanulmányukban azoknak a kutatásoknak az eredményeit dolgozták fel, amely ADHD-s gyermekek végrehajtó funkcióinak és tudatelméleti képességeinek/mentalizációjának összefüggéseit vizsgálták a szociális funkcióromlás tükrében.⁷⁵ Nyolcból csupán két vizsgálat nem mutatott ki szignifikáns összefüggéseket. A tudatelméleti/mentalizációs képességek ADHD esetén összefüggést mutattak a végrehajtó funkciók közül a gátlási funkciókkal, a munkamemóriával és a kognitív rugalmassággal.

Korábbi kutatásunkban ADHD-s gyermekek végrehajtó funkcióinak és mentalizációs képességeinek összefüggéseit vizsgáltuk.⁷⁶ A vizsgálat kiinduló gondolata az volt, hogy minél súlyosabbak a hiperaktivitáshoz kapcsolódó tünetek (figyelemzavar, impulzivitás), minél inkább detektálja ezeket a tüneteket a gyermek környezete, annál inkább mutatkozik deficit a gyermek mentalizációs folyamataiban. A vizsgálatban N = 31 hiperaktivitással diagnosztizált, 12–17 éves korú gyermek, valamint hasonló létszámú és életkorú, kontrollcsoportba tartozó, tipikus fejlődésű gyermek vett részt. A két csoport átlagainak összehasonlítását követően szignifikáns eredményeket kapunk az SDQ-teszt kortárs kapcsolatokat tesztelő alskálájának átlagaiban, míg a Faux Pas-teszt történetmegértési rész átlagainak összehasonlításában tendencia szintű eltérés mutatkozott. A kontrollcsoport kevésbé volt hajlamos elkövetni az úgynevezett „társas baklövés”-t.⁷⁷

⁷⁵ W. Pineda-Alhucema et al.: Executive Function and Theory of Mind in Children with ADHD: a Systematic Review, *Neuropsychology Review*, vol. 28, 2018/3, 341–358.

⁷⁶ F. Földi R. és mtsai: *Végrehajtó funkciók és mentalizáció vizsgálata ADHD-val diagnosztizált gyermekeknél. Múlt És Jelen Összeér*, A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkiötet, Budapest, 2016.

⁷⁷ A vizsgálatot olyan iskolákban végeztük, ahova ADHD-diagnózissal rendelkező gyermekek jártak. Az iskolák vezetőinek ezúton is köszönöm együttműködését a vizsgálatokban: Tüskevár Általános

A következő hipotéziseket állítottuk fel:

H1: Az ADHD-s gyermekeknél a végrehajtó funkciók alacsonyabb szintű működését feltételezzük.

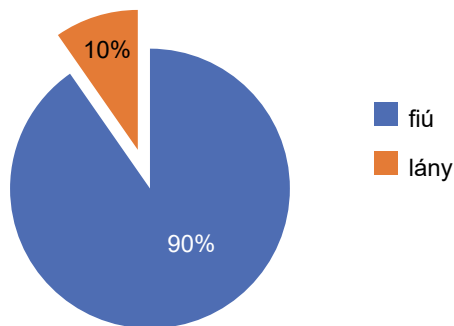
H2: Az ADHD-s gyermekeknél gyengébb mentalizációs folyamatok mutathatók ki.

H3: Minél erősebb a hiperaktivitás tüneteinek súlyossága (figyelemzavar, impulzivitás), annál gyengébb mentalizációs folyamatok társulnak hozzá.

H4: A mentalizációs folyamatok befolyásolják a gyermekek szociális alkalmazkodását.

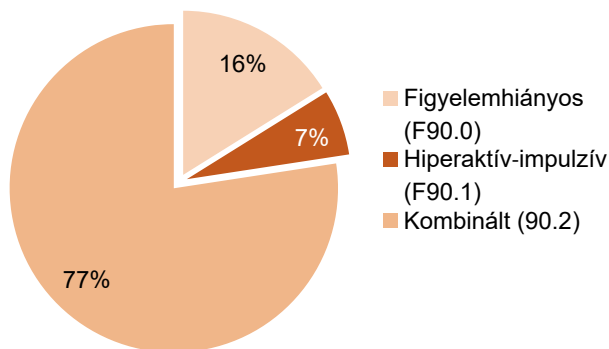
MINTA ÉS ADATFELVÉTEL

Az adatfelvétel 2014–2015 között történt, a mintába összesen $N = 62$ fő került. A mintába került gyerekek életkora összesen 1217 év, átlagéletkoruk 13,6. ADHD-diagnózissal a minta fele, tehát 31 fő rendelkezett, míg 31 fő tipikus fejlődésű volt. A nem megoszlása: 56 fiú, 6 lány (6. ábra).

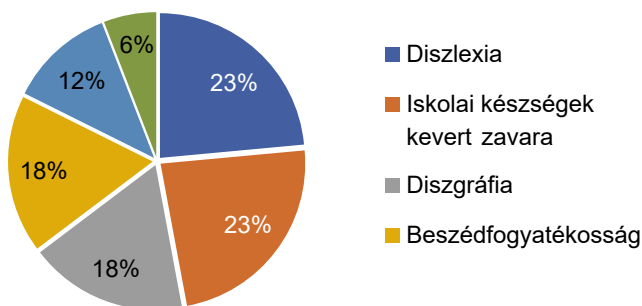


6. ábra. Nemek megoszlásának aránya.

Iskola és Gimnázium, Vadaskert Általános Iskola, Gyermekház Általános Iskola.



7. ábra. A vizsgálati csoport megoszlása a hiperaktivitás típusai szerint, N = 31. (Zárójelben az egyes típusokhoz tartozó BNO-kódok a DSM-5 kézikönyvből.)



8. ábra. Az ADHD-hoz társuló zavarok (N = 17).

MÓDSZERTAN

A *hiperaktivitás tüneteinek* vizsgálatára az alábbi kérdőíveket, teszteket alkalmaztuk:

1. ADHD-RS (*ADHD Rating Scale-IV*).⁷⁸

⁷⁸ G. J. DuPaul et al.: *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*, New York, Guilford, 1998. Magyar kiadás: The American Psychiatric Association: *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve. DSM-IV-TR*, Washington, American Psychiatric Press, 2000.

2. Az SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) kérdőív önkitöltős változata.⁷⁹ A szülők, gyermekek, valamint pedagógusok által egyaránt kitölthető rövid kérdőívet a gyermekkori viselkedési problémák és pszichés zavarok felmérésére, valamint szűrésére használják a világ több országában, a klinikai kivizsgálás részeként, terápiák hatásvizsgálata esetén, illetve kutatási eszközként. Négyéves kortól a Goodman által megalkotott kérdőívnek a szülői és a pedagógus által is kitölthető változata alkalmazható, 11 éves kortól pedig ezeken felül önkitöltős formában is használható. Az SDQ abban különbözik a többi hasonló mérőeszköztől, hogy a gyermekek erősségeit, képességeit és proszociális viselkedését mérő alskálákban és a többi tétel jó részének pozitív megfogalmazását figyelembe véve ad képet a gyermek viselkedéséről és esetleges nehézségeiről, a tételeket egy háromfokú skálán jelölve. A kérdőív tartalmaz egy *összesített problémaskálát*, valamint „*érzelmi tünetek*”, „*viselkedési problémák*”, „*hiperaktivitás*”, „*kortárs-kapcsolati problémák*” és *proszociális skála* alskálákat.

A kutatás során a *végrehajtó funkciókat* is vizsgáltuk az alábbi tesztek segítségével:

1. A *Trail Making-teszt* a vizuális szkennelés és a tartós figyelem viszonylag rövid tesztje, amely két próbából áll. Az első próba megköveteli, hogy a vizsgázók gyorsan sorba húzzák a számokat összekötő vonalakat; a második megköveteli, hogy az egyén felváltva húzzon vonalakat, amelyek számokat és betűket kötnek össze (például 1-A-2-B stb.).⁸⁰

⁷⁹ R. Goodman: The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note, *Journal Child Psychology Psychiatry*, vol. 38, 1997/5, 581–586.

⁸⁰ T. G. Stebbins: Trail Making Test, in C. G. Goetz (ed.): *Textbook of Clinical Neurology*, Saunders, 2007³. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/trail-making-test> (Letöltés: 2024. október 15.)

2. A *Hayling-tesztet* a végrehajtó funkciók vizsgálatára hozták létre, a mondatkiegészítő feladatok az automatikus válasz gátlásának mérésére alkalmasak.
3. *Betű- (fonemikus) fluencia-teszt*: adott hangzóval kezdődő szavak felsorolása.
4. Számterjedelemteszt 1: számterjedelem előre.
5. Számterjedelemteszt 2: számterjedelem visszafelé.
6. A *Digit Span Test* a verbális munkamemória (fonológiai hurok) vizsgálatát teszi lehetővé. A teszt Jacobs (1887) nevéhez köthető, magyar nyelvű változatát Racsmány és munkatársai dolgozták ki,⁸¹ de a Wechsler típusú intelligenciatesztben is szerepel.

A mentalizáció vizsgálatában az alábbi tesztek voltak segítségünkre:

1. *Faux Pas-teszt*: A szituációk megértését a Faux Pas-teszt, a hamis vélekedés jelenségének felmérésén alapuló tudatelméleti mérőeszköz segítségével néztük, mely rendelkezik gyermek, illetve felnőtt verzióval is.⁸²
2. Szemekből olvasás-teszt (*Mind in the Eyes Test, RMET*): a teszt 36 képet tartalmaz, melyek csak a szemeket és szem környéki izmokat mutatják. A teszt során négy érzelem közül választhat a vizsgálati személy az adott képeknél, hogy melyiket tartja a képre meghatározónak, gyakorlatilag a szem és környezetének alapján az érzelem beazonosítását kérjük a vizsgálati személytől. A fordítást és a magyarországi adaptációt Ivády és Takács végezte.⁸³

⁸¹ Racsmány Mihály – Lukács Ágnes – Németh Dezső – Pléh, Csaba: A verbális munkamemória magyar nyelvű vizsgálóeljárásai, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 60. évf., 2005/4, 479–506.

⁸² S. Baron-Cohen – M. O’Riordan – V. Stone – R. Jones: Plaisted Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 29, 1999, 407–418.

⁸³ Ivády Rozália – Takács Boglárka: *Tudatelmélet és idegen-nyelv el-sajátítás: városi legenda vagy valódi kapcsolat?* Magyar Kognitív Tudományi Alapítvány Éves Konferenciája, Tihany, 2005. január 25–27.

EREDMÉNYEK

16. táblázat. Eredmények: végrehajtó funkciók, paraméteres összehasonlítás, vizsgálati csoport és kontrollcsoport.

Tmt_a_id	17,19	7,941	18,65	8,297	-0,179	0,947	-0,683	56	0,498	-0,682	55,3	0,498
Tmt_b_id	34,64	15,37	42,57	20,97	-0,434	0,13	-1,651	56	0,104	-1,634	49,3	0,109
Tmt_b_a	17,44	11,91	23,92	17,66	-0,433	0,176	-1,648	56	0,105	-1,626	46,9	0,111
Tmt_a_hi	0,4	1,163	0,393	0,629	0,008	0,569	0,029	56	0,977	0,029	45,3	0,977
Tmt_b_hi	0,633	1,217	2,286	3,365	-0,662	0,002**	-2,52	56	0,015*	-2,453	33,5	0,020*
Számterj	6,433	1,165	5,37	1,305	0,862	0,72	3,249	55	0,002**	3,229	52,5	0,002**
Számte_1	4,267	1,202	3,852	1,406	0,318	0,656	1,201	55	0,235	1,191	51,5	0,239
Haylín_1	4,567	3,159	5,571	4,834	-0,248	0,556	-0,943	56	0,35	-0,93	46	0,357
Fluencia	34,19	12,78	32,96	9,672	0,108	0,258	0,387	49	0,7	0,389	46,5	0,699
Fluenc_1	1,115	1,243	2,36	2,706	-0,595	0,011*	-2,124	49	0,039*	-2,097	33,4	0,044*
Fluenc_2	0,769	1,557	0,4	0,645	0,308	0,414	1,098	49	0,278	1,114	33,6	0,273
Gátolás_m	0,0265	0,0565	0,0116	0,0199	0,35	0,267	1,249	49	0,218	1,269	31,3	0,214
Klaszter	0,629	0,999	0,509	0,529	0,15	0,529	0,531	48	0,598	0,531	36,5	0,599
Klaszt_1	0,329	0,167	0,604	0,44	-0,831	0,001***	-2,966	49	0,005**	-2,922	30,6	0,006**
Klaszt_2	0,254	0,258	1,889	6,911	-0,331	0,063+	-1,158	47	0,253	-1,182	24,1	0,249

Első hipotézisünkben az ADHD-s gyermeknél a végrehajtó funkciók alacsonyabb szintű működését feltételezzük. Ahogy a táblázatból látható, elvárásaink részben igazolódtak: a Trail Making-teszt B részében (betűk és számok emelkedő sorrendben) hozott szignifikáns eltérést ($p = 0,020^*$; számterjedelem előre: $p = 0,002^*$; fluencia $p = 0,044^*$).

Az eredmények szerint az eltérés a zavaró ingerekből származó interferenciából származik, erre utal a Trail Making-teszt B részében megjelenő gyengébb teljesítmény az ADHD-s csoportban. A „számterjedelem előre”-tesztben kapott eltérés a feldolgozási kapacitás problémáját jelzi. (Ezt korábbi vizsgálataink is alátámasztani látszanak, mint a *REY komplex figura- és felismerési próba* eredményei ADHD-s és kontrollcsoport esetén. A végrehajtó funkciókkal kapcsolatos eredményeinkben a szakirodalomban is megjelenő ellentmondásosság tükröződik, melynek hátterében részben a diagnosztikai kritériumok változása, részben a csoportok heterogenitása és a társuló kórképek (tanulási zavarok, emocionális és viselkedészavarok) gyakorisága áll.

Második hipotézisünk szerint az ADHD-s gyerekeknél gyengébb mentalizációs folyamatok mutathatók ki. Ez szintén részben igazolódott. A Faux Pas-teszt esetében a történetmegértés változó tekintetében találtunk eltérést, a kontrollcsoport kevésbé hajlamos elkövetni az úgynevezett „társas baklövés”-t.

Harmadik hipotézisünkben azt fogalmaztuk meg, hogy minél erősebb a hiperaktivitás tüneteinek súlyossága (figyelemzavar, impulzivitás), annál gyengébb mentalizációs folyamatok társulnak hozzá. A hipotézis részben igazolódott: „TMT B hibák” változó ($p = 0,0147^*$); „számterjedelem előre” változó ($p = 0,002^*$); FPT történetértés-változó ($p = 0,078 +$).

A negyedik hipotézis során a mentalizációs folyamatok szintje és a gyerekek szociális alkalmazkodása közti összefüggést vizsgáltuk. A kortárs kapcsolatok vonatkozásában – az SDQ-teszt kortárs kapcsolatokat tesztelő alskálájának átlagaiban kapott szignifikáns eredménnyel ($t(56) = -4,177$ ($p = 0,000$)) –

igazolódott, hogy az alacsony mentalizációs szint negatívan befolyásolja a szociális alkalmazkodást (ADHD-RS figyelemzavar-alskála és FPT-történetértés-változó: $r = -0,363^*$).

Bár kutatásunkban a frontális működés és a mentalizációs folyamatok között nem sikerült egyértelműen igazolni, hogy az ADHD-val küzdő gyerekeknél a frontális lebeny diszfunkciója gyengébb mentalizációs működéssel társul, eredményeink mégis továbbgondolásra érdemesek, elsősorban a mentalizáció szociális alkalmazkodásban betöltött szerepének tisztázása és fejlődése szempontjából a korai szociális interakciók minőségének mélyebb megismerésével.

Ugyan a hiperaktivitással kapcsolatos kutatások csaknem húsz éve a frontális működés vizsgálatát célozzák, legalább ilyen régen ismert, hogy a szociális környezet elhanyagoló vagy bántalmazó magatartása gyakran ADHD-s tünetekhez vezet. Ezt mutatja az is, hogy a javító-nevelő intézetekben, fiatalkorúak börtönében és az állami gondoskodásban élő gyerekeknél sokszoros az előfordulás gyakorisága.

17. táblázat. Az ADHD-RS, SDQ, FAUX PAS és szemteszt paraméteres összehasonlításának eredményei.

Változó	Kontroll		ADHD		Hatás	Varhom						
	Átlag1	Szórás1	Átlag2	Szórás2		Cohen_d	p/Levene	t-érték	f	p-érték	Welch_d	f
Életkor	13,5	1,776	14	1,866	-0,275	0,624	-1,045	56	0,3	-1,044	55,2	0,301
Adhd_rs_	5,5	4,995	15,79	6,274	-1,821	0,141	-6,931	56	0,000***	-6,877	51,6	0,000***
Adhd_r_1	3,867	4,377	11,82	6,717	-1,413	0,001***	-5,379	56	0,000***	-5,304	45,9	0,000***
Adhd_r_2	9,367	8,636	27,96	11,96	-1,793	0,012*	-6,825	56	0,000***	-6,75	48,9	0,000***
Sdq_érze	2,533	2,569	4,571	2,873	-0,749	0,189	-2,852	56	0,006**	-2,84	54,2	0,006**
Sdq_vise	1,367	1,351	4,036	2,457	-1,359	0,002**	-5,173	56	0,000***	-5,076	41,3	0,000***
Sdq_hipe	2,633	2,173	6,679	2,583	-1,7	0,163	-6,47	56	0,000***	-6,431	52,9	0,000***
Sdq_kort	1,867	1,737	4,143	2,384	-1,097	0,212	-4,177	56	0,000***	-4,132	49,1	0,000***
Sdq_pros	8,667	1,605	6,893	2,485	0,854	0,027*	3,252	56	0,002**	3,205	45,7	0,002**
Sdq_össz	8,333	5,435	22,71	8,059	-2,106	0,034*	-8,016	56	0,000***	-7,911	46,9	0,000***
Fpt_tört	8	1,2	8,679	1,541	-0,489	0,236	-1,796	52	0,078+	-1,812	50,5	0,076+
Fpt_azon	2,654	1,573	2,714	1,536	-0,039	0,583	-0,143	52	0,887	-0,143	51,5	0,887
Fpt_elut	3,885	1,071	4,071	1,052	-0,176	0,747	-0,647	52	0,521	-0,646	51,5	0,521
Fpt_össz	6,538	2,158	6,786	2,114	-0,116	0,418	-0,425	52	0,673	-0,425	51,5	0,673
Szemteszt	18,89	3,479	18,47	3,186	0,124	0,786	0,412	44	0,682	0,419	40,9	0,677

CSALÁDI HATÁSOK

*A családészlelés hatása a lélektani rugalmasság,
a reziliencia alakulására*



A korábbi eredményeink és általában a szakirodalomban fellelhető kutatási eredmények ellentmondásossága felvetette azt az igényt, hogy a családészlelést és ennek a rugalmas alkalmazkodásra és a megküzdésre való hatásait állítsuk a középpontba, különös tekintettel a szociális kapcsolatok alakulására. Az ADHD-val élő gyermekek és serdülők az átlagosnál gyakrabban küzdenek problémákkal a kortárs kapcsolatokban, gyakran szenvednek elutasítást a társaiktól, vagy élnek meg szociális izolációt a mindennapokban.⁸⁴ Az ADHD figyelemhiányos tünetei kapcsolatot mutatnak többek között az érzelemfelismerés hiányosságaival; úgy tűnik, hogy mind a gyermekek, mind pedig a felnőttek esetében az érzelemfelismerés során a negatív érzelmek jelentik a legnagyobb akadályt a figyelemzavarral élők esetében.⁸⁵ A terület kutatói szerint a figyelmi nehézségek szerepet játszhatnak az empátiás készséget érintő eltérésekben; a figyelem fenntartásának nehezítettsége az interakciók közben problémát okozhat mások érzéseinek megértésében és a mások nézőpontjába való behelyezkedésben.⁸⁶

A 21. század kutatásaiban jól megfigyelhető az a változás, amely a pszichológia nézőpontváltozásából következik, ugyanis jelentősen megnőtt azoknak a kutatásoknak a száma, melyek

⁸⁴ G. M. de Boo – J. M. Prins: Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training, *Clinical Psychology Review*, 2007/27, 78–97; F. Földi Rita et al.: Mentalizáció és reziliencia összefüggései ADHD-s és tipikus fejlődésű gyermekek és serdülők körében, *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 8. évf., 2020/3, 139–160.

⁸⁵ Perroud et al.: *Mentalization in adults*, 334–341.

⁸⁶ F. Földi et al: *Mentalizáció és reziliencia összefüggései*, 139–160.

a problémafeltárás mellett a fókuszot azokra a protektív faktorokra helyezik, melyek a lelki egészség megtartására és a gyógyulást elősegítő erőforrások feltérképezésére irányultak.

A lelki rugalmasság vagy reziliencia olyan komplex képességet jelent, amellyel az egyén képes a nehéz élethelyzetekben egyéni vagy globális hatásokkal megküzdeni, és a nehézségek ellenére énképe pozitív marad. Ha a traumatizáló hatások extrém erősek, és a védő rendszer összeomlik, a reziliencia segíti a visszarendeződést és a korábbi hatékony alkalmazkodás visszaállítását. Ugyanakkor a kutatások legfontosabb kérdése, hogy mi teszi ellenállóvá az egyéneket, hiszen a környezeti stresszorokra adott válaszok rendkívül különbözőek. Így a rizikófaktorok mellett olyan faktorokat is elkülönítenek, melyek védő szerepet töltenek be, protektív összetevők és promotív komponensek, például kiemelkedő tehetség valamilyen területen.⁸⁷

A kutatások alapján a reziliens működést meghatározó tulajdonságok a következők: „aktív megküzdés, rugalmas válaszkészség, tanult leleményesség, énhatékonyság, koherenciaérzet, egokontroll, érzelmi intelligencia, diszpozicionális optimizmus, a negatív történések kognitív áértékelésének képessége, szociális kompetencia, a társas támogatás keresése, életcél, veszélykerülés, perzisztencia, kooperativitás, humor”.⁸⁸ Ezeket védőfaktoroknak is nevezhetjük, amelyeket Rutter ekként definiál: „olyan hatások, amelyek módosítják, enyhítik vagy megváltoztatják a személy válaszát valamilyen környezeti veszélyre, amely maladaptív kimenetelre hajlamosít”.⁸⁹ Témánk szempontjából ugyanakkor lényeges kiemelni a szociális kapcsolatok szerepét,

⁸⁷ L. Wilmschurst – M. Peele – L. Wilmschurst: Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, vol. 15, 2011/1, 11–17.

⁸⁸ Szoklovsky Ágnes – V. Komlósi Annamária: A „reziliencia-gondolkodás” felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések, *Alkalmazott pszichológia*, 15. évf., 2015/1, 17–18.

⁸⁹ M. Rutter: Resilience as a dynamic concept, *Development and Psychopathology*, vol. 24, 2012/2, 335–344.

mert a reziliens működést többek között a társas kapcsolatok megléte, a magasabb intelligencia és az alacsony distressz segíti elő.⁹⁰ A társas kapcsolatok nehézségei – mint azt a korábbi eredményeink is mutatják az SDQ-teszt „kortárs kapcsolatok” alskálájában – szignifikánsan eltértek a hiperaktív és a kontrollcsoport között.

A reziliencia fogalomköre részben átfedi a megküzdés területét. A megküzdés meghatározása: „Megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemészthetik aktuális személyes forrásait.”⁹¹

A két fogalom sok tekintetben átfedést mutat, de mégsem azonos, talán a legfontosabb azt kiemelni, hogy míg a megküzdés konkrét helyzetekre vonatkozik, lehet adaptív és maladaptív, a reziliencia viszont egy folytonos jellemző, az alkalmazkodást és annak eredményét tekintve is pozitív tulajdonság. A megküzdés „az alkalmazkodásnak egy speciális formája, alete, nevezetesen alkalmazkodás nehezített feltételek közepette, vagy az átlagosnál fokozottabb megterhelés esetén”.⁹² A megküzdés (*coping*) olyan viselkedéses és kognitív stratégia, amelyet az egyén stresszhelyzetben alkalmaz. Ezeket a stratégiákat a szakirodalom alapvetően két kategóriába sorolja, az egyik az emóciófókuszú, a másik a problémafókuszú.

Az emóciófókuszú megküzdés során az egyén önmagára és a benne kialakuló negatív érzelmi állapotra koncentrál, amit csökkenteni próbál, leggyakrabban a feszültséget előidéző hely-

⁹⁰ Kövesdi Andrea: A személyiségfaktorok és a reziliencia összefüggése az anorexia nervosában, *Psychologia Hungarica Caroliensis*, vol. 6, 2018/1, 7–22.

⁹¹ Kern Boglárka: A testi, lelki változók és a megküzdési stratégiák közti összefüggések, *Anthropologiai Közlemények*, 2014/55, 79. <http://real.mtak.hu/id/eprint/25747> (Letöltés: 2022. november 7.)

⁹² Oláh Attila: *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*, Budapest, Trefort, 2005.

zetből való kilépéssel. A problémafókuszú megküzdés esetén a probléma megoldását helyezi előtérbe, a helyzet megváltoztatásával vagy befelé irányulva saját magában hoz létre változást, készségek kialakításával vagy az igényszint módosításával.

A *megküzdésmód-preferencia-kérdőív*,⁹³ az általunk is használt kérdőív alskáláit exploratív faktoranalízisnek alávetve, kérdőívében egy markáns problémafókuszú és két emóciófókuszú (I., II.) dimenziót határozott meg. Az aktív, adaptív, a probléma megoldására irányuló megküzdési módok közé sorolandó egyrészt a *problémacentrikus reagálás* – a cél, a helyzet megváltoztatására irányuló attitűd és viselkedés. A másik problémafókuszú megküzdési módot pedig *feszültségkontrollnak* nevezzük – ilyenkor a személy inkább belső énjére koncentrál, annak stabilitását kívánja megőrizni, a problémára kissé távolabbról nézve, a helyzet megváltoztatásának lehetőségét fenntartva.

A következő négy alskála az első emóciófókuszú dimenzióba sorolható, a keletkezett feszültséggel állnak kapcsolatban. Ilyen, amikor az illető inkább kilép a stresszt kiváltó helyzetből, vagy halogatja a megoldás keresését – ez utóbbit *figyelemelterelésnek* nevezzük. Előfordul, hogy ezt saját, korábbi, nem kívánatos viselkedésére adott reakcióként, egyfajta következménynek tekinti, ezt nevezzük *önbüntetésnek*. Végül *belenyugvás* esetében az egyén valójában semmilyen formában nem reagál a problémára – úgy gondolja, el kell fogadnia a vele történeteket, ezekkel együtt kell élnie.

A feszültség kiürítésére irányuló (emóciófókusz II.) viselkedések alskálája egyrészt az *emóciókiürítés*, ha a személy a negatív feszültséget nem célirányos reakciókban vezeti le (például bosszússá válik, dühöng, kontrollálatlan viselkedést mutat); illetve a *támaszkeresés* – amely esetében a személy tanácsot, külső segítséget kér valamely számára fontos személytől a felmerülő stresszhelyzet megszüntetésének érdekében.

⁹³ Uo.

CSALÁDI HATÁSOK, CSALÁDÉSZLELÉS

Mint ahogy a tanulmány korábbi fejezeteiben is utaltunk rá, a család szerepe meghatározó a fejlődés során. Az életkor előrehaladtával az autonómiaigény fokozatosan nő, a függőségigény pedig csökken, de még serdülőkorban is jelentős, figyelembe véve az életkor-specifikus krízist, az identitás alakulását és azokat a kortárshatásokat, amelyek ebben a kritikus életkori szakaszban érik a fiatalokat. Természetesen a globális hatások, társadalmi trendek és az igen jelentős változások az online térben hatással vannak erre az életkori szakaszra. Éppen ezért a családdal kapcsolatos kutatásokat nem a külső objektív szempontok, hanem a családtagok szubjektív, megélt viszonyulásai alapján célszerű vizsgálni, ahogy erre Csorba és munkatársai utalnak.⁹⁴ Ez természetesen nem azt jelenti, hogy a korábban megfogalmazott hatások lényegtelenek, hiszen a család meghatározó szerepet tölt be a megküzdési módok alakulásában és fejlődésében. Egészségesen működő családi környezetben a tagok adaptációs képessége rugalmasabb.⁹⁵ Oláh vizsgálatában, ahol 12–17 éves gyermekek pszichológiai immunitását vizsgálták, a 12 éves korosztályban mutatott összefüggést a serdülők és szüleik megküzdésimód-preferenciája.⁹⁶ Oláh vizsgálatai alapján a serdülőkorban eltérés mutatkozik a megküzdési módokban, amit a szorongás szintje befolyásol, a magas szorongásszintű fiatalok elkerülő stratégiát alkalmaznak, míg a közepes és alacsony szorongásszintű serdülők konstruktív stratégiát alkalmaz-

⁹⁴ Margitics Ferenc – Pauwlik Zsuzsa: Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal, *Magyar Pedagógia*, vol. 106, 2006/1, 43–62. <http://real.mtak.hu/5121/1/1136997.pdf> (Letöltés: 2022. november 18.)

⁹⁵ Reinhardt Melinda: *Mentális egészség és tünetképzés összefüggései a családi működéssel serdülőknél*, doktori értekezés, Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, 2013. https://ppk.elte.hu/file/reinhardt_melinda_dissz.pdf (Letöltés: 2022. november 18.)

⁹⁶ Oláh: *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*.

nak. A nemi eltérések is jellemzőek, a fiúk inkább problémaközpontú, a lányok inkább érzelemfókuszú megoldást preferálnak, viszont a lányokra inkább jellemző a társas támogatás keresése problémahelyzetben. A megküzdési mód alakulásában jelentős összefüggést találtak a serdülők és szüleik megküzdésmód-preferenciájában. Tehát azok a stratégiák, melyeket a szülők alkalmaznak, befolyásolják a serdülők megküzdését, különösen akkor, amikor a családi atmoszféra megfelelő, és segíti a személyiségbe való beépülést.

Későbbi kutatások⁹⁷ bemutatták, hogy a konfliktusokkal terhelt családi légkör – amelyben például anyai manipuláció és apai inkonzisztens nevelési attitűd jelenik meg – a fiúknál növeli az érzelemfókuszú megküzdési módok alakulását. A lányoknál a szülői nevelési stílus következetlensége vált ki hasonló megküzdési módokat.

Különösen fontos tehát, hogy az ADHD-val küzdő fiatalok esetében figyelembe vegyük a családi hatásokat, és azt is, hogy ha a serdülőnek nehézségei vannak az iskolai teljesítményben, a kortárskapcsolataiban, az visszahat a családi rendszer működésére is. A hatás tehát oda-vissza értelmezhető. (Gondoljunk csak a szülői kompetenciára, amit a gyermek nehézségei természetesen negatív irányban befolyásolnak.) Kashani vizsgálatában a jól alkalmazkodó serdülők szüleiket megértőbbnek és gondoskodóbbnak látták, mint a közepesen vagy rosszul alkalmazkodó társaik.⁹⁸ Ellentmondásos eredmények születtek a problémával küzdő gyermekek családjában való vizsgálat során. A nehézségekkel küzdő gyermekek szülei több stresszt élnek át, aminek hatására kevesebb érzékenységet mutatnak gyermekeik felé.⁹⁹

⁹⁷ Margitics–Pauwlik: *Megküzdési stratégiák*.

⁹⁸ J. H. Kashani: Characteristics of well-adjusted adolescents, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1987/32, 418–422.

⁹⁹ M. A. Regalla et al.: Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot

Barkley és munkatársai kutatási eredményei szerint mind az ADHD-s, mind a kevert ADHD/ODD-s (oppozíciós zavar) serdülőket nevelő anyák negatívbabnak észlelték a gyermek kommunikációs mintázatait, több dühöt, haragot élnek meg a konfliktusos interakcióik során, mint a kontrollcsoportba tartozó édesanyák.¹⁰⁰ Fontos viszont, hogy ez csak azokra volt érvényes, akiknél az ADHD mellett oppozíciós zavar (ODD) is jellemző volt.¹⁰¹ Uçar és munkatársai frissebb kutatásában a hiperaktív figyelemzavaros fiatalok kevesebb érzelmi támogatásról, illetve több tolaakodó viselkedésről számoltak be otthoni környezetüket illetően, és családjuk egészét, annak működését ingerlékenyebbnek ítélték tipikus fejlődésű társaiknál.¹⁰² Paster és munkatársai vizsgálatukban azt találták, hogy a kontrollcsoporthoz képest a problémával küzdő gyermekek nevelő szülők a megküzdési módok közül szignifikánsan többször alkalmaztak szociális támaszkeresést, menekülő stratégiákat, de pozitív átértékelést is.¹⁰³ A pozitív szülői magatartás és modellnyújtás, illetve családi kohézió azonban támogató hatással lehet, így protektív faktorrá válhat ADHD-val diagnosztizált fiatalok esetében – a szülői értékek iránti elköteleződés ugyanis megelőzheti a serdülők kockázati magatartását, deviáns viselkedését, és javíthatja

study, *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 37, 2015/3, 157–160.

¹⁰⁰ R. A. Barkley: Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, vol. 121, 1997/1, 65–94.

¹⁰¹ H. N. Uçar – Ş. Eray – A. Vural – Ö. Kocael: Perceived family climate and self-esteem in adolescents with ADHD: A study with a control group, *Journal of attention disorders*, vol. 24, 2017/8, 1132–1140.

¹⁰² Uo.

¹⁰³ Berszán Lídia: Megküzdés és reziliencia? Amikor a kevesebb több, *Erdélyi Társadalom*, 13. évf., 2015/1, 9–19. <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=133022> (Letöltés: 2023. április 3.)

életminőségüket, illetve tanulmányi előrehaladásukat is.¹⁰⁴ A reziliencia magas szintje csökkenti az észlelt terhek mértékét ADHD-s serdülőket nevelő szülők körében, akik ezen rugalmas ellenállókészségük által több türelmet és odafordulást mutathatnak gyermekük felé, vezetve őket az adaptív alkalmazkodás és reziliens működés irányába, a nehézségekkel való megbirkózás rögzös útján. Wilmschurst és munkatársai kutatásában a főiskolára bekerült ADHD-s fiatalok édesapjukat emelték ki, a kontrollszemélyek viszont kortársaikat, barátaikat említették leggyakrabban.¹⁰⁵ Ez a pozitív családi és szülői hatások protektív jellegét jelzi, de azt is, hogy az ADHD-s egyének több társas elutasítást élnek meg, és kortárs kapcsolataik nem megfelelőek.¹⁰⁶

Kutatásainknak ebben a részében tehát azokat a támogató (protektív) tényezőket, illetve összefüggéseiket vizsgáljuk, melyek segítik az ADHD-s gyerekek megküzdését: azokat a tényezőket, melyek a családi hatásokkal és annak észlelésével állnak kapcsolatban. A környezeti hatások esetében is kitérünk azokra a tényezőkre, melyek segítik a sikeres alkalmazkodást, javaslatokat, ötleteket nyújtanak a szülőknek és a gyermekkel foglalkozó pedagógusoknak.

A következő hipotéziseket állítottuk fel:

H1: A szülői reziliencia, illetve a családészlelés és reziliencia között erősebb kapcsolatot tételezünk fel az ADHD-s csoportban, mint a kontrollcsoportban, mivel kortárs

¹⁰⁴ M. R. Dvorsky – J. M. Langberg: A review of factors that promote resilience in youth with ADHD and ADHD symptoms, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2016/19, 368–391.

¹⁰⁵ L. Wilmschurst – M. Peele – L. Wilmschurst: Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, vol. 15, 2011/1, 11–17.

¹⁰⁶ C. J. Senior et al.: The effects of a resilience-based group intervention for youth with ADHD, *Journal of Child and Adolescent Counseling*, vol. 6, 2020/3, 200–214.

kapcsolati nehézségeik miatt nagyobb mértékben támaszkodnak családjukra.¹⁰⁷

H2: A kutatások alapján feltételezhetjük, hogy az adaptív megküzdési módok, a pozitív globális családészlelés és a serdülő magas rezilienciaértéke magas szülői reziliens alkalmazkodási képességgel függ össze. Az ADHD-s serdülőket nevelő szülők csoportjában a gyermeki és szülői reziliencia összefüggései, illetve a családészlelés és reziliencia összefüggése erősebb lesz.

H3: Harmadik hipotézisünk szerint a vizsgálati, ADHD-s csoportban a gyermeki és a szülői reziliencia alacsonyabb, az egyének megküzdési módjai kevésbé adaptívak, családészlelésük pedig negatívabb, mint a kontrollcsoport esetében.

MINTA

A mintába 19 fő ADHD-diagnózisú és 20 fő tipikus fejlődésmentű serdülő (13 és 18 év között) került: előbbiek a vizsgálati, utóbbiak – akiknek nincs pszichiátriai vagy pszichológiai diagnózisuk – a kontrollcsoportot alkotják. A szülők esetében az édesanyákat kértük elsősorban a kérdőívek kitöltésére, azonban néhány esetben, ahol ez megoldhatatlan volt, édesapák adták meg válaszaikat (ADHD 1 fő, kontrollcsoport 3).

A demográfiai kérdések a nemre, életkorra, legmagasabb iskolai végzettségre, lakóhelyre és a nevelési körülményekre vonatkoztak: egyedül; a gyermek édesapjával; társsal, de nem a gyermek édesapjával; egyéb módon. A serdülőkötől pedig nemüket, életkorukat kérdeztük meg.

¹⁰⁷ J. V. C. Freire et al.: Resilience and ADHD: What is new, *Research Trends and Challenges in Medical Science*, 2021/9, 1–15.

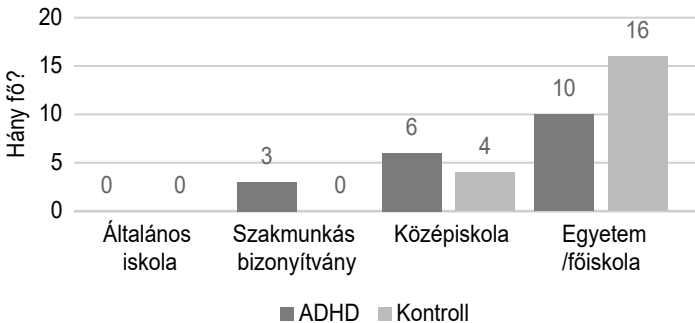
A teljes minta 39 (N = 39) serdülőből és 39 (N = 39) szülőből áll. A 39 serdülőből 19 ADHD fő diagnózisú gyermek, a kontrollcsoportba pedig 20 fő tartozik.

A vizsgálati, ADHD-s csoportban a 19 főből 14 fiú (73,4%) és 5 lány (26,3%) – megfelel az ADHD nemi megoszlásának: a fiúk felülreprezentáltak a lányokhoz képest. A legfiatalabb gyermek 13, a legidősebb pedig 18 éves, átlagéletkoruk 15,32 év (SD = 1,45).

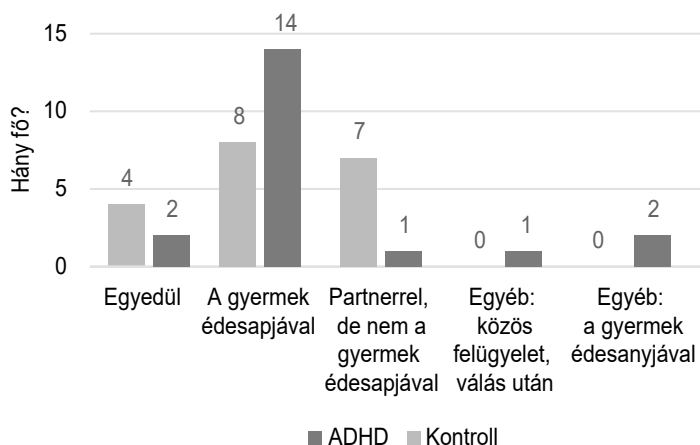
A vizsgálati csoport szülői mintájában 18 nő (94,7%) és 1 férfi (5,3%) szerepel, az átlagéletkor 45,11 év (SD = 5,29), a legfiatalabb szülő 32, a legidősebb 55 éves.

A kontrollcsoportban a 20 serdülő nemek szerinti megoszlása: 14 lány (56%) és 6 fiú (24%). A gyermekek átlagéletkora ebben a csoportban 15,35 év (SD = 1,14), a legfiatalabb személy 14, a legidősebb 18 éves. Szüleik közül 17 nő (85%) és 3 férfi (15%) vett részt a vizsgálatban, átlagéletkoruk 46,5 év (SD = 3,53), a legfiatalabb szülő 40, a legidősebb pedig 55 éves.

A demográfiai kérdésekre vonatkozóan a következő adatokat kaptuk (9. ábra):



9. ábra. Demográfiai adatok. Szülők legmagasabb iskolai végzettsége szerinti megoszlás



10. ábra. A gyermeknevelés körülményei.

MÓDSZERTAN

A vizsgálat során az alábbi mérőeszközöket használtuk:

1. *Connor-Davidson Resilience Scale (Connor–Davidson-féle rezilienciaskála)*:¹⁰⁸ Az eredeti Connor–Davidson-féle rezilienciaskála (CD-RISC) 25 tételes, a vizsgálatban használt rövidített, 10 ítemes verziót Campbell-Sills és Stein dolgozta ki,¹⁰⁹ megbízhatóságát spanyol és angol mintán is igazolták (Cronbach-alfa értéke: 0,85), magyar mintán pedig Járai és munkatársai kutatása erősítette meg a 10 ítemes változat

¹⁰⁸ K. M. Connor – J. R. T. Davidson: Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC), *Depression and Anxiety*, vol. 18, 2003/2, 76–82.

¹⁰⁹ L. Campbell-Sills – S. L. Cohan – M. B. Stein: Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults, *Behaviour Research and Therapy*, vol. 44, 2005/4, 585–599.

megfelelő pszichometriai tulajdonságait, magas reliabilitás- és validitásértékeit.¹¹⁰

2. *Family Perceptions Scale (családészlelés-skála)*: A családészlelés-skálát Tiffin és munkatársai (2011) ¹¹¹dolgozták ki, hazai adaptációja pedig Reinhardt Melinda nevéhez köthető, aki vizsgálatában a kérdőív végleges, 29 tételes verzióját alkalmazta.¹¹² A kérdőívből megállapítható egy globális család-működési index, amely általánosságban jelzi a család „egészségének”, működésének, a családi környezetnek az észlelését. Az öt alskála: a gondoskodás-alskála (6 item) a szeretet és törődés mértékét méri fel a családon belül (például „A családtagok szakítanak időt egymásra.”); a problémamegoldás-alskála (7 item) a konfliktusok, viták és problémák adaptív megoldására, konstruktív rendezésére való képességet hivatott jelezni, amely a családtagok közötti világos és közvetlen kommunikációra támaszkodik (például „A vitákat igazságosan rendezzük.”); azt, hogy a kitöltő családi környezetét mennyire ítéli ellenségesnek, barátságosnak, kritikusnak vagy tolatkodónak, az érzelm kifejezés-alskála (6 item) méri (például „Kritizáljuk egymást.”), melynek tételei fordítottak; a viselkedésbeli határok (5 item) azt mutatják meg, mennyire vannak jelen következetes és érthető szabályok, illetve tisztelet és fegyelem a család működési rendszerében (például „Ha valaki megszeg egy szabályt, azzal foglalkozunk.”); a felelősség-alskála (5 item) pedig a családtagok azon képessé-

¹¹⁰ Járai R. et al.: A Connor–Davidson reziliencia kérdőív 10 itemes változatának jellemzői, *Alkalmazott Pszichológia*, 15. évf., 2005/1, 129–136.

¹¹¹ A. Tiffin – C. Kaplan – M. Place: Brief report: development of the family perceptions scale; a novel instrument for evaluating subjective functioning in the families of adolescents, *Journal of adolescence*, vol. 34, 2011/3, 593–597.

¹¹² Reinhardt: *Mentális egészség és tünetképzés összefüggései*.

gét hivatott jelezni, hogy otthoni feladataikat, felelősségeiket mennyire képesek vállalni, egymás között elosztani, illetve hogy a családi rendszer milyen mértékben képes támogatni az egyéni felelősségvállalást (például „Kisegítjük egymást az egyes munkáknál.”). A kérdőív instrukciója arra kéri a kitöltőket, hogy teljes családjukra gondoljanak a válaszok megadásakor, ne csupán egy-egy személyre. A több családban egyszerre jelen levő (például szülők válása okán) serdülőnek arra a családjára vonatkozóan kell kitöltenie a kérdőívet, amelyben a legtöbb időt tölti.

3. *Megküzdésimód-preferencia-kérdőív:* A kérdőív – megbízhatóságának vizsgálata után – 51 tétele ssé alakult, és négyfokú Likert-skálán (1 = szinte soha nem jellemző rám, 2 = néha jellemző rám, 3 = gyakran jellemző rám, 4 = mindig / teljes mértékben jellemző rám) méri a megküzdést intraperszonális szempontból. A kérdőívben szereplő megküzdési stratégiák speciális módjait nyolc független faktor izolálja. A skálákat elemezve egy markáns problémafókuszú és két emóciófókuszú (I. feszültség megmunkálása – II. feszültség kiürítése) dimenzió különíthető el. A problémafókuszú dimenzió alskálái a problémacentrikus reagálás (például „Különböző megoldásokat gondolok ki.”) és a feszültségkontroll (például „Igyekszem távolabbról szemlélni a helyzetet, így próbálok tárgyilagosabb lenni.”). Az első számú emóciófókuszú dimenzióba a figyelemelterelés (például „Igyekszem a problémát kirekeszteni a tudatomból.”), belenyugvás (például „Elfogadom, ami van.”), emóciófókusz (például „Nyugtatom magam, hogy legközelebb majd másképp alakulnak a dolgok.”) és önbüntetés (például „Magamat okolom a történetekért.”) alskálái tartoznak. A harmadik, feszültség kiürítését célzó stratégiák egyike az emóciókiürítés (például „Minden dühömet kiadom, hogy csökkentsem a probléma keltette feszültséget.”), másik pedig a támaszkeresés (például „Ilyenkor valakivel beszélnem kell az érzéseimről.”). A kérdőív szintén

nem tartalmaz fordított tételeket, az egyes alskálák összpontszáma az azokhoz tartozó állításokra adott pontszámok összege. Oláh reliabilitásvizsgálatában minden egyes alskála Cronbach-alfa értéke elérte a megfelelő szintet, az egyes alskálákba tartozó itemek száma 4–8 között változik.¹¹³

EREDMÉNYEK

H1: A szülői reziliencia, illetve a családészlelés és reziliencia között erősebb kapcsolatot tételezünk fel az ADHD-s csoportban, mint a kontrollcsoportban.

A lineáris regresszióelemzés során a függő változó a gyermek reziliencia-pontszáma, a független változók pedig ismét a gyermeki családészlelés globális pontszáma, a megküzdési módok alskálái, illetve a szülő reziliencia-pontszáma voltak. Az elemzést a vizsgálati és külön a kontrollcsoportban is elvégeztük.

Az ADHD-s csoportban a feszültségkontroll-alskálán kívül minden egyéb változót szignifikanciaértékük ($p > 0,05$) miatt sorban ki kellett zárni az elemzésből. A modellben maradt feszültségkontroll-alskála standardizált β -értéke 0,647 ($p = 0,003$), így végső modellünk is szignifikáns ($F(1;17) = 12,258$; $p = 0,003$), és a reziliencia-pontszám varianciájának 38,5%-át magyarázza (korrigált $R^2 = 0,385$), tehát a modell magyarázó ereje jó.

A kontrollcsoportban is csak a feszültségkontroll-alskála bír előrejelző értékkel a gyermekek reziliencia-pontszámára nézve (az egyéb változókat sorban ki kellett zárni). A modell minden egyéb változó kizárása után 5%-os szignifikanciaszinten szignifikáns ($F(1;18) = 20,686$; $p < 0,001$), magyarázó ereje 50,9% (korrigált $R^2 = 0,509$), ez alapján a modell erősnek mondható. A feszültségkontroll-alskála standardizált β -értéke 0,731.

¹¹³ Oláh: *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény.*

A feszültségkontroll-alskála és a serdülő reziliencia-pontszáma mindkét csoportban együttjárást mutat, β -értékük alapján hasonló mértékben tudják előrejelezni a reziliencia-pontszámot. A szülő reziliencia-pontszáma a kontrollcsoport esetében ugyan korrelál a serdülők rezilienciájával, de sokkal alacsonyabb a korrelációs együtttható értéke, mint a gyermeki reziliencia feszültségkontrollal való összefüggésének β -együtthatója. Lehetséges ez alapján, hogy a szülői reziliencia a feszültségkontrollra való hatáson keresztül kapcsolódik a gyermek reziliens alkalmazkodási képességére. Az első hipotézis részben igazolódott.

H2: Az adaptív megküzdési módok, a pozitív globális családezéselés és a serdülőkorú fiatal magas rezilienciaértéke összefügg a magas szülői reziliens alkalmazkodással. Az ADHD-s serdülőket nevelő szülők csoportjában a gyermeki és szülői reziliencia összefüggései, illetve a családezéselés és reziliencia összefüggése erősebb lesz.

Vizsgálati csoportban a páronkénti összefüggéseket vizsgáltuk a szülők reziliencia-pontszáma és a többi érintett változó között. A vizsgálati csoportban kizárólag a globális családezéselés pontszáma mutatott szignifikáns, egyirányú együttjárást a rezilienciával ($r = 0,551$, $p = 0,014$; Kendall- $\tau_b = 0,353$, $p = 0,040$).

A kontrollcsoportban pedig a következő eredmények születtek:

18. táblázat. Korrelációs kapcsolatok a kontrollcsoportban, szülői reziliencia.

Változók	Pearson (r)	p	Kendall tau-b	p
Szülő reziliencia – Serdülő reziliencia	0,535	0,015	0,327	0,053
Szülő reziliencia – Globális családezéselés	0,481	0,032	0,328	0,050
Szülő reziliencia – Problémacentrikus reagálás	-0,144	0,545	-0,063	0,714
Szülő reziliencia – Feszültségkontroll	0,517	0,020	0,364	0,035

Változók	Pearson (r)	p	Kendall tau-b	p
Szülő reziliencia – Figyelemelterelés	0,104	0,664	0,040	0,817
Szülő reziliencia – Belenyugvás	-0,056	0,813	0,023	0,895
Szülő reziliencia – Emóciófókusz	-0,041	0,864	-0,006	0,973
Szülő reziliencia – Önbüntetés	-0,523	0,018	-0,329	0,058
Szülő reziliencia – Emóciókiürítés	0,195	0,411	0,123	0,470
Szülő reziliencia – Támaszkeresés	-0,423	0,063	-0,311	0,066

A kontrollcsoportban szignifikanciaszintjük eltérései miatt először a gyermek reziliencia-pontszámát ($\beta = 0,011$; $p = 0,950$), majd a „családészlelés globális pontszám” változót ($\beta = 0,064$; $p = 0,710$), végül a megküzdési módok közül az emóciófókusz ($\beta = -0,121$; $p = 0,407$) és a figyelemelterelés ($\beta = 0,175$; $p = 0,164$) változókat kellett kizárni. A modellben maradt változók a szülői reziliencia-pontszám varianciájának 78,7%-át magyarázzák (korrigált $R^2 = 0,787$), ez tehát egy erősnek mondható modell, ahol $F(6;13) = 12,696$; $p < 0,001$.

További eredmények:

Fordított az együttjárás a reziliencia-pontszámmal: magas reziliencia esetén alacsony

- az önbüntetés ($\beta = -0,557$; $p < 0,001$),
- a támaszkeresés ($\beta = -0,460$; $p = 0,003$),
- a problémacentrikus reagálás ($\beta = -0,408$; $p = 0,006$).

Egyirányú az együttjárás a reziliencia-pontszámmal

- a feszültségkontroll ($\beta = 0,520$; $p = 0,001$),
- a belenyugvás ($\beta = 0,339$; $p = 0,021$),
- az emóciókiürítés ($\beta = 0,309$; $p = 0,036$) esetén.

19. táblázat. Vizsgálati csoport lineáris regresszió, végső modell.

Változó	Béta együttható	Szignifikancia (p)	F	Korrigált R2
Globális családészlelés	0,690	0,001	9,145	0,475
Támaszkeresés	-0,499	0,013		

20. táblázat. Kontrollcsoport lineáris regresszió,
végső modell.

Változó	Béta együttható	Szignifikancia (p)	F	Korrigált R2
Önbüntetés	-0,557	<0,001	12,696	0,787
Támaszkeresés	-0,460	0,003		
Probléma- centrikus reagálás	-0,408	0,006		
Feszültség- kontroll	0,520	0,001		
Belenyugvás	0,339	0,021		
Emóciókiürítés	0,309	0,036		

A korrelációk alapján a globális családészlelés és reziliencia kapcsolata valóban a vizsgálati, ADHD-s csoportban volt erősebb. A szülői és gyermeki reziliencia a vizsgálati csoportban nem mutatott összefüggést, így ez nem összehasonlítható a két csoportban. Tehát a családészlelés és a reziliencia erősebb a vizsgálati csoportban, mint a kontrollcsoportban tartozó serdülőknél.

H3: ADHD-s csoportban a gyermeki, és a szülői reziliencia alacsonyabb, az egyének megküzdési módjai kevésbé adaptívak, családészlelésük pedig negatívabb, mint a kontrollcsoport esetében.

Ennek a hipotézisnek a vizsgálatához bináris logisztikus regresszioelemzést alkalmaztunk, a függő változó a vizsgálati vagy kontrollcsoport, a független változók közé pedig a gyermeki és szülői reziliencia, illetve a globális családészlelés pontszámai és a megküzdési módjaik alszámai kerültek. Azt vizsgáltuk, hogy

a változók milyen mértékben tudják bejósolni a referenciacsoport (1 – kontroll) bekövetkezési valószínűségét.

A változószelekció után a szignifikáns modellben a szülői reziliencia és a globális családészlelés pontszáma maradt, $\chi^2(36) = 10,686$, $p = 0,005$, Cox & Snell $R^2 = 0,240$, tehát a modell 24%-os, jó magyarázóerővel bír. A klasszifikációs tábla alapján 74,4%-os pontossággal jósolható be a vizsgálati vagy kontrollcsoportba való tartozás.

Az Exp(B) értékekből láthatjuk (21. táblázat), hogy a globális családészlelés magasabb értéke a kontrollcsoportra, a reziliencia magasabb értéke az ADHD-s csoportra jellemző.

21. táblázat. Bináris logisztikus regresszió végső modell, serdülő és szülői változói is bevonva.

Változó	B	Exp. (B)	Szignifikancia (p)
SZ – Globális családészlelés	0,133	1,142	0,008
SZ – Reziliencia	-0,164	0,849	0,048

A hipotézis kizárólag a szülői családészlelés tekintetében igazolódott, de a szülői rezilienciát illetően nem.

ÖSSZEGZÉS

Ez a kutatásunk ellentmondásos eredményeket hozott, bár a feltételezéseink egy részét sikerült bizonyítani, de sem a reziliencia vonatkozásában, sem a családészlelés kapcsán nem voltak egyértelműek az eredmények.

Az első hipotézis, amely a gyermekek rezilienciája és az egyéb konstruktumok közötti kapcsolatokra irányult, részben beigazolódott. Eszerint a vizsgálati, ADHD-s csoportban nem találtunk összefüggést a szülői és gyermeki reziliencia között, illetve a serdülők családészlelése és rezilienciájuk együtt járása sem

volt meggyőző. A megküzdési módokat és a rezilienciát vizsgáló korábbi kutatásokkal¹¹⁴ összhangban az egyik problémaközpontú, adaptív stratégia összefüggését a rezilienciával sikerült igazolni. A feszültségkontroll a problémafókuszú megküzdések dimenziójába sorolható, és a legtöbb helyzetben adaptív (hiszen fontos a megküzdési módok tekintetében az adott helyzetet is figyelembe venni).

A szülői oldal vizsgálata során a vizsgálati csoportban, a korábbi kutatások eredményeihez hasonlóan, a családészlelés minősége valóban előrejelezte a reziliens alkalmazkodás képességét, azaz minél pozitívabban látja egy ADHD-s gyermeket nevelő szülő a családját, annál magasabb rezilienciaszinttel rendelkezik. A támaszkeresés tekintetében azonban eltérő eredményeket kaptunk, mint amit Paster és munkatársai¹¹⁵ vizsgálatukban tapasztaltak (miszerint a nehézségekkel küzdő gyermekek szülei több szociális támaszt keresnek). Egy lehetséges magyarázat arra, hogy ADHD-s gyermeket nevelő szülők miért keresik kevésbé a társas támogatást, az lehet, hogy az ilyen szülők családi rendszere zártabb, és inkább a saját képességeikre hagyatkoznak a problémák megoldásában. Ezenkívül az is lehetséges, hogy a családokban jelen lévő szociális stigmatizáltságtól való félelem is hozzájárul ahhoz, hogy a családi rendszer sokkal inkább befelé fordul, és kevésbé nyitott a barátok vagy a tágabb környezet által nyújtott támogatásra.

Korábbi kutatásokkal¹¹⁶ összhangban azt az eredményt kaptuk, hogy az ADHD-s gyermeket nevelő szülők körében valóban erősebb az összefüggés a családészlelés és a reziliencia között. Az atipikus fejlődésű gyermeket nevelő család a pozitív működés-

¹¹⁴ Campbell-Sills–Cohan–Stein: *Relationship of resilience to personality*.

¹¹⁵ Berszán: *Megküzdés és reziliencia?*

¹¹⁶ M. Fossati et al.: Resilience as a moderator between Objective and Subjective Burden among parents of children with ADHD, *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 34, 2020/1, 53–63.

déshez, valamint a nehézségekkel küzdő serdülő fejlődéséhez és a megfelelő alkalmazkodáshoz több szülői odafordulást, türelmet, iránymutatást és ellenállóképességet igényel. Mégis, amennyiben a szülő képes a családban betöltött szerepét, az otthoni légkört, családjának működését pozitívan látni – legyen az valóban pozitív vagy a percepciója kognitív átkeretezés eredménye, esetleg aktívan tesz is családjának globális egészsége érdekében –, rugalmasabb alkalmazkodókészségre tehet szert.

Amikor kizárólag a gyermek tulajdonságait vettük figyelembe, összefüggés mutatkozott a hiperaktív figyelemzavar diagnózisa és a serdülő negatív családeszlelése között. Többek között Uçar és munkatársai mutattak rá arra, hogy a hasonló nehézségekkel küzdő fiatalok általában több tolatkodó viselkedésről számolnak be otthoni környezetüket illetően, és családjuk egészét, annak működését ingerlékenyebbnek ítélik tipikus fejlődő társaiknál.¹¹⁷ Negatívabb családeszlelésük a szülők túlzott ellenőrzésre vagy büntetésre hajlamos magatartására vagy a gyermek feléjük irányuló szociális kezdeményezéseire adott csökkent reakciókészségére is visszavezethető.¹¹⁸

Azt is megnéztük, hogy a *családeszlelés-skála* esetében ezen a mintán igazolódik-e Reinhardt eredménye,¹¹⁹ miszerint a diákok véleménye családi működésükről az otthoni felelőségek megosztását kivéve minden részterületen különbözik. A serdülők észlelései alapján családjuk kevésbé gondoskodó és törődő, kevésbé konstruktívan old meg problémákat, kevésbé szab világos határokat (és szabályokat), illetve az interakciós stílusok és a kommunikáció tisztasága is problematikusabb – mint szüleik meglátása szerint. Ezek mellett az otthoni légkört ellenségebbnek, kritikusabbnak, egymás megértését pedig nehezebbnek

¹¹⁷ Uçar et al.: *Perceived family climate*.

¹¹⁸ R. A. Barkley: Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing an unifying theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, vol. 121, 1997/1, 65–94.

¹¹⁹ Reinhardt: *Mentális egészség és tünetképzés összefüggései*.

ítélik nevelőiknél. Vizsgálatomban is kizárólag az otthoni felelőségek és feladatok megosztásáról, megoszthatóságáról vélekedtek hasonlóan a diákok. Számtalan korábbi kutatás eredménye, miszerint a serdülők normatív krízisük átélése, identitásuk sokszor viharos alakulása, a hangsúly szülőkről kortársakra való áthelyezése, autonómiaigényük növekedése miatt gyakran negatívan észlelik családjuk működését,¹²⁰ jelen mintán is igazolódott.

Melyek tehát azok az összefüggések, melyek a család, családészlelés vonatkozásában támaszt jelentenek az ADHD-s fiatalok és az őket nevelő családok számára?

A kutatás során összefüggést találtunk az adaptív megküzdés és a reziliens alkalmazkodás között, azonban az egyetlen *coping stratégia, amely gyermekek esetén a (magas) reziliencia pontszámmal járt együtt, a feszültségkontroll volt*. Joggal merül fel a kérdés, hogy ez azt is jelenti-e, hogy kifejezetten azokban az esetekben számottevőek a gyermek alkalmazkodási nehézségei és kortárs kapcsolati problémái, ha az ADHD-hoz impulzivitás is társul.

Az önreflexió, saját érzések azonosítása és megfogalmazása segítheti a serdülőket abban, hogy a szociális készségeik megfelelően alakuljanak. Azok az ADHD-s gyermeket nevelő szülők reziliensebbek, akik családjuk globális működését pozitívan látják és ítélik meg, viszont társas támogatást csekély mértékben vagy nem keresnek.

¹²⁰ Tiffin–Kaplan–Place: *Brief report: development of the family*.

KORTÁRS KAPCSOLATOK, PROTEKTÍV FAKTOROK



Lehetőségek és kérdések

Építsünk azokra a pozitív tulajdonságokra, melyeket korábban említettünk: a segítőkésziségre, az igazságérzetre és a reagálás gyorsaságára. Egyéni motivációk, képességek, lehetőségek felismerése, azonosítása, ennek megfelelő kortárs csoportokban való részvétel. Ebben a szülők, a pedagógusok és iskolapszichológusok is tudnak segíteni. A mentalizáció és a megküzdési lehetőségek kapcsán irányított beszélgetések, de az ifjúsági irodalom vagy a drámapedagógia, pszichodráma is segíthet az önkifejezés megtalálásában a társas szituációk kapcsán, a helyzet megértésében és a megfelelő viselkedési minta alakításában. Segíthet a mese- vagy történetírás az életkor-specifikus konfliktusokról és a megoldási lehetőségekről, valamint a történet megbeszélése, ötletek, lehetőségek felvetése.

A kortárs kapcsolatok természetesen a valódi és nem a virtuális kapcsolatokra vonatkoznak, nem a barátok száma fontos, hanem az, hogy a gyermeknek legyenek hasonló korú barátai, akik ugyanazokkal a kihívásokkal szembesülnek, akiknek hasonló problémáik vannak, még akkor is, ha minden serdülő egyedinek gondolja a sajátját. Az internetgeneráció a mentális egészség szempontjából is hatalmas kihívásokkal szembesül, saját kényelmetlen érzéseire, esetleges kudarcaira, félelmeire az interneten keres válaszokat. De mennyiben segíti a korszellem a lélek erőforrásainak alakulását, megtartását?

Egyáltalán hogyan állunk lelki egészségünkkel?

Napjainkban a pszichiátriai zavarok gyakorisága soha korábban nem látott módon emelkedik. A WHO adatai alapján 2013-ban a

tartós munkaképesség-csökkenés 21,2%-át világszerte a mentális zavarok okozzák. A depresszió gyakorisága 1990 és 2013 között 53,4%-kal nőtt és ezzel az egyik vezető népegészségügyi problémává vált.¹²¹

Ehhez az is hozzátartozik, hogy az internet bőven ontja a különböző mentális zavarokkal kapcsolatos információkat, és gyakorlati tapasztalatként azt látjuk, hogy a serdülőkortól kezdődően a fiatalok önmagukat és kortársaikat diagnosztizálják. Természetes a bizonytalanság, hiszen önmagát is keresi: ki vagyok, milyen vagyok, milyen szeretnék lenni? Miközben döntéseket kell hoznia saját magáról. Ezt az őrlődést fejezi ki a Murakami Harukitól kölcsönzött idézet:

Folyton azt érzem, mintha más szeretnék lenni. Mintha új helyet keresnék, új élettel és új személyiséggel. Ez együtt jár a felnőtté válással, meg azzal a törekvéssel is, hogy újra megtaláljam magam. Azzal, hogy mássá válok, felmentem magam minden alól. Komolyan azt hittem, hogy ahányszor próbálkozom, mindig felszabadulhatok. De mindig zsákutcába kerültem. Mindegy, hova megyek, eltévedek. Ami nincs, az nem változik. A forgatókönyv módosulhat, de én mindig ugyanaz a tökéletlen ember maradok. Mindig ugyanazok a hiányérzetek kínoznak, amelyeket sosem tudok kielégíteni. Azt hiszem, meg kell ismernem magam.¹²²

És önmagunk keresése bizony embert próbáló feladat, különösen gyorsan változó világunkban, amikor a serdülő úgy érzi, nem maradhat le semmiről, de közben lemarad önmaga megismeréséről, és a saját személyiség keresése közben az internet nyúj-

¹²¹ Új kihívások előtt a hazai pszichiátria, *Pharminindex online*, 2017. <https://www.pharminindex-online.hu/uj-kihivasok-elott-a-hazai-pszichiatria> (Letöltés: 2024. augusztus 20.)

¹²² Murakami Haruki: *A határtól délre, a naptól nyugatra*, ford. Horváth Krisztina, Budapest, Geopen, 2016 [1992].

totta lehetőségekben keres kapaszkodót: „A 18 és 24 év közötti fiatalok 34 százaléka számolt be mentális zavar, például depresszió, szorongás vagy bipoláris zavar tüneteiről. Ez az arány 2000-ben még csak 24 százalék volt. Ennek eredményeként 2021-22-ben több mint félmillió 18-24 éves fiatalnak írtak fel antidepresszánt.”¹²³

Mennyiben segíti a korszellem a lélek erőforrásainak alakulását, megtartását? A válasz nyilvánvalóan életkortól és egyéni érzékenységtől, beállítódástól függ, azonban vannak olyan jellemzők, melyek a 2000-es években nagyon markáns változáson mentek át. Ez azonban nem jelenti azt, hogy korábban másként értékelték, hiszen Heidegger már a 20. század elején kételkedett a fenntartható fejlődésben, a hatvanas években Heinz Kohut pedig a „figyelem hiányát” emlegette...

Az a kérdés, hogy miért is nincs időnk? Miért nem akarunk időt veszíteni? Mert szükségünk van rá és fel akarjuk használni. Mire? Hétköznapi tevékenységekre, melyeknek már régen rabjaivá váltunk.¹²⁴

¹²³ <https://www.pharmindex-online.hu/pszichiatria/hirek-cikkek/a-fiatalok-rosszabb-egeszsegugyi-allapotban-vannak-mint-az-idosebbek> (Letöltés: 2015. október 15.)

¹²⁴ Byung-Chul Han: *Az idő illata*, ford. Csordás Gábor, Budapest, Typotex, 2024, 194.

IRODALOMJEGYZÉK



- ÁDÁM, Gy. et al.: *Physiological Bases of Visceral Perception*, invited paper presented at Baltimore, unpublished manuscript, Maryland, 1988.
- AYRES, J.: *Sensory Integration and Learning Disorders*, Los Angeles, Western Psychological Services, 1972.
- BALÁZS J.: Egészségügyi szakmai irányelv 002048 Egészségügyi Szakmai Irányelv – A hiperkinetikus zavar figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar kórismézéséről, *Egészségügyi Közlöny*, Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2018.
- BARON-COHEN, S. – O’RIORDAN, M. – STONE, V. – JONES, R. K.: Plaisted Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 29, 1999, 407–418. <https://doi.org/10.1023/a:1023035012436>
- BECKER, S. P. – LANGBERG, J. M. – BYARS, K. C.: Advancing a biopsychosocial and contextual model of sleep in adolescence: A review and introduction to the special issue, *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 44, 2015/2, 239–270.
- BEEBE, D. W.: Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents, *Pediatric clinics of North America*, vol. 58, 2011/3, 649–665. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.002>
- BELSKY, J. – CASSIDY, J.: Attachment: Theory and evidence, in M. L. Rutter – D. F. Hay – S. Baron-Cohen (eds.): *Development through life: A handbook for clinicians*, Oxford, Blackwell, 2017.
- BENDER, W. N.: *Understanding ADHD: A Practical Guide for Teachers and Parents*, 1997.

- BERSZÁN, L.: Megküzdés és reziliencia? Amikor a kevesebb több, *Erdei Társadalom*, 13. évf., 2015/1, 9–19. <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=133022>
- BORBÉLY, A. A. – DAAN, S. – WIRZ-JUSTICE, A. – DEBOER, T.: The two-process model of sleep regulation: a reappraisal, *Journal of Sleep Research*, vol. 25, 2016/2, 131–143.
- BROWN, T. E.: Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of two conflicting views, *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 53, 2006/1, 35–46. <https://doi.org/10.1080/10349120500510024>
- BURNHAM, M. M.: Co-sleeping and self-soothing during infancy, in R. C. Tasker (ed.): *Oxford Handbook of Paediatrics*, Oxford, Oxford University Press, 2021.
- BUSHNELL, E. W. – BOUDREAU, J. P.: Motor Development and the Mind: The Potential Role of Motor Abilities as a Determinant of Aspects of Perceptual Development, *Child Development*, 1993/64, 1005–1021.
- BYUNG-CHUL, H.: *Az idő illata*, ford. Csordás Gábor, Budapest, Typotex, 2024.
- CAMPBELL-SILLS, L. – COHAN, S. L. – STEIN, M. B.: Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults, *Behaviour Research and Therapy*, vol. 44, 2005/4, 585–599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- CONNERS, C. K. – SITARENIOS, G. – JAMES, D. A. – N. EPSTEIN, J.: The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 26, 1998/4, 257–268.
- CONNERS, C. K.: *Conners' teacher's questionnaire*, North Tonawanda, Multi-Health Systems Inc., 1988.
- CONNERS, C. K.: Rating scales for use in drug studies with children, *Psychopharmacology Bulletin (Special issue on children)*, 1973, 24–42.

- CONNOR, K. M. – DAVIDSON, J. R. T.: Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC), *Depression and Anxiety*, vol. 18, 2003/2, 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- COOGAN, A. N. – MCGOWAN, N. M.: A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder, *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, vol. 9, 2017/3, 129–147.
- CORTESE, S. – FARAONE, S. V. – KONOFAL, E. – LECENDREUX, M.: Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of subjective and objective studies, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 48, 2009/9, 894–908.
- CSÉPE V.: *Kognitív fejlődés neuropszichológia*, Budapest, Gondolat, 2005.
- CSIKY M.: *A hiperaktivitás és figyelemzavar tünetegyüttes képezének alakulása a különböző életkorokban. A beavatkozás lehetőségei.* <https://www.adh-magyarorszag.com/akos/csikim.pdf>
- CSIKY M.: *A hiperaktivitás és figyelemzavar tünetegyüttes képezének alakulása a különböző életkorokban.* <http://www.adh-magyarorszag.com/akos/csikim.pdf>
- DANIS Ildikó (szerk.): *DC: 0-5. A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*, ford. Dorn Krisztina et al., Budapest, Medicina, 2019.
- DANIS I. – LAKATOS K. – NEY K. – TÓTH I. – GERVAI J.: A szülői- és a tágabb családi környezet kérdőíves vizsgálatának lehetőségei, *Alkalmazott Pszichológia*, 7. évf., 2005/4, 59–74.
- DE BOO, G. M. – PRINS, P. J. M.: Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training, *Clinical Psychology Review*, vol. 27, 2007, 78–97.
- DÉNES I.: *Békés éjszakák, vidám nappalok*, Budapest, magánkiadás, 2018.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, DSM-IV*, Washington, American Psychiatric Association, 1996. <https://img3.reoveme.com/m/2ab8dabd068b16a5.pdf>

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5*, Washington, American Psychiatric Association, 2013.
- DR. SZVATKÓ A. – ARATÓ D. – BODNÁR E. – FODORNÉ DR. FÖLDI R.: *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*, Budapest, Családbarát Ország, 2019.
- DUPAUL, G. J. – POWER, T. J. – ANASTOPOULOS, A. D. – REID, R.: *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*, New York, Guilford, 1998.
- DVORSKY, M. R. – LANGBERG, J. M.: A review of factors that promote resilience in youth with ADHD and ADHD symptoms, *Clinical child and family psychology review*, 2016/19. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0216-z>
- F. FÖLDI R. – BODA-UJALKY J.: Vestibular regulation in children with ADHD: a neuropsychological perspective, *Psychologia Hungarica Caroliensis* 2, 2014, 66–75.
- F. FÖLDI R. et al.: Mentalizáció és reziliencia összefüggései ADHD-S és tipikus fejlődésű gyermekek és serdülők körében, *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 8. évf., 2020/3, 139–160.
- F. FÖLDI R. – TOMASOVSKÍ, L.: A Rey-féle Összetett Figura és Felismerési Próba neuropszichológiai alkalmazási lehetőségei, *Ideggyógyászati Szemle*, 3–4. évf., 2003, 81.
- F. FÖLDI R. és mtsai: Végrehajtó funkciók és mentalizáció vizsgálata ADHD-val diagnosztizált gyermekeknél. Múlt És Jelen Összeér, *A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkiötet*, Budapest, 2016.
- F. FÖLDI R.: *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere*, Budapest, Comenius, 2005.
- F. FÖLDI R.: A testséma fejlődése és jelentősége, in Fehér P. V. – Kövesdi A. – Szemerey M. (szerk.): *Testképek a gyógyításban*, Budapest, Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan, 2019.
- F. FÖLDI R.: Az aktivitás és a figyelem zavarával küzdő gyermekek korai fejlesztése, in Meszéna Ferencné (szerk.): *Kaleidoszkóp rendszerelméletében a korai terápiás háromszög*, Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., 2019.

- FERENCZI SZ. – KALMÁR M.: A temperamentum és a fejlődés kapcsolata koraszülött és időre született kisgyermekeknél, *Gyógypedagógiai Szemle*, 37. évf., 2009/4, 202–217.
- FÓNAGY P. – TARGET M.: A kötődés és a reflektív funkciók szerepe a szelf fejlődésében, *Thalassa*, 9. évf., 1998/1, 5–43.
- FÓNAGY P. et al.: The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992: The Theory and Practice of Resilience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 35, 1994/2, 231–257.
- FÓNAGY, P. – BATEMAN, A. W.: Adversity, Attachment, and mentalizing, *Comprehensive Psychiatry*, vol. 64, 2016/1, 59–66.
- FOSSATI, M. et al.: Resilience as a moderator between Objective and Subjective Burden among parents of children with ADHD, *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 34, 2020/1, 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.11.001>
- FREIRE, J. V. C. et al.: Resilience and ADHD: What is new, *Research Trends and Challenges in Medical Science*, vol. 9, 2021, 1–15. <https://doi.org/10.9734/bpirtcms/v9/7765D>
- GOODMAN, R.: The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 38, 1997/5, 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- HADHÁZI É. – HAJDU I.: Múlt és jelenbeli tapasztalatok összefonódásai a párkapcsolatban és az anyaságban, *Psychologia Hungarica*, II. évf., 2014/1, 23–49.
- HÁMORI E. et al.: A felnőtt kötődés új típusai? Eredmények a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változatával, *Alkalmazott Pszichológia*, 16. évf., 2016/3, 57–77.
- HÁMORI E. et al.: A felnőtt kötődés mérése: A Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változata, *Alkalmazott Pszichológia*, 16. évf., 2016/3, 119–144.
- HÉDERVÁRI-HELLER É.: *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia – A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban*, Budapest, Animula, 2008.
- HEIDEGGER, M.: *Lét és idő*, ford. Angyalosi Gergely et al., Budapest, Osiris, 2007.

- HEMMI, M. H. – WOLKE, D. – SCHNEIDER, S.: Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis, *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 96, 2011/7, 622–629.
- IVÁDY R. E. – TAKÁCS B.: *Tudatelmélet és idegen-nyelv elsajátítás: városi legenda vagy valódi kapcsolat?*, Magyar Kognitív Tudományi Alapítvány Éves Konferenciája, Tihany, 2005. január 25–27.
- JÁRAI R. et al.: A Connor–Davidson reziliencia kérdőív 10 itemes változatának jellemzői, *Alkalmazott Pszichológia*, 15. évf., 2005/1, 129–136.
- JOHNSON, M. H. – GLIGA, T. – JONES, E. – CHARMAN, TH.: Annual Research Review: Infant development, autism, and ADHD – early pathways to emerging disorders, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 56, 2015/3, 228–247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12328>
- JÓZSA E.: Társas szükségletek. A társas kapcsolatokra irányuló motivációs alapszükséglet, in Bányai É. – Varga K. (szerk.): *Affektív pszichológia. Az emberi késztetések és érzelmek világa*, Budapest, Medicina, 2015, 287–339
- KÁDÁR A.: *Mesepszichológia*, Budapest, Kulcslyuk, 2014.
- KAKEBEEKE, T. H. et al.: Neuromotor development in children. Part 3: motor performance in 3 to 5 years olds, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 55, 2013/3, 248–56.
- KARP, E.: An observational measure of children's behavioural style: Evidence supporting a multi-method approach to studying temperament, *Infant and Child Development*, vol. 13, 2004/2, 135–158.
- KASHANI, J. H.: Characteristics of Well-Adjusted Adolescents, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 32, 1987/6, 418–422. <https://doi.org/10.1177/070674378703200602>
- KAUFMAN, E. A. et al.: The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol 38, 2016/3, 443–455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>

- KERN B.: A testi, lelki változók és a megküzdési stratégiák közti összefüggések, *Anthropologiai Közlemények*, 55. évf., 2014, 79–88.
<http://real.mtak.hu/id/eprint/25747>
- KOOIJ, J. J. S. et al.: Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD, *European Psychiatry*, vol. 56, 2019/1, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- KÖKÖNYEI Gy.: *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*, doktori disszertáció, Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai tudomány Doktori Iskola, 2008.
- KÖVESDI A.: A személyiségfaktorok és a reziliencia összefüggése az anorexia nervosában, *Psychologia Hungarica Caroliensis*, vol. 6, 2018/1, 7–22. <https://doi.org/10.12663/PsyHung.6.2018.1.1>
- KULCSÁR Zs.: *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók. Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai megközelítésben*, Budapest, Akadémiai, 1996.
- LARGO, R. H. et al.: Neuromotor development from 5 to 18 years. Part 1 timed performance, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 43, 2001/7, 436–443.
- LEVY, K. N. – BLATT, S. J. – SHAVER, P. R.: Attachment styles and parental representation, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, 1988/2, 407–419.
- MARGITICS F. – PAUWLIK Z.: Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal, *Magyar Pedagógia*, 106. évf., 2006/1, 43–62. <http://real.mtak.hu/5121/1/1136997.pdf>
- MÁRK-RIBICZEY, N. – MIKLÓSI, M. – SZABÓ, M.: Maternal self-efficacy and role satisfaction: The mediating effect of cognitive emotion regulation, *Journal of Child and Family Studies*, vol. 25, 2016, 189–197.
- MESZÉNA Ferencné (szerk.): *Kaleidoszkóp. Rendszerszemléletben a korai terápiás háromszög*, Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Köszhasznú Kft., 2019.
- MINDELL, J. A. – WILLIAMSON, A. A.: Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond, *Sleep Medicine*

- Reviews*, vol. 40, 2018/8, 93–108. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.10.007>
- MURAKAMI H.: *A határtól délre, a naptól nyugatra*, ford. Horváth Krisztina, Budapest, Geopen, 2016.
- NEUHAUS, C.: *Hiper- és hipoaktivitás*, ford. Kleyer Éva Budapest, Kairosz, 1999.
- OLÁH A.: *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*, Budapest, Trefort, 2005. <https://doi.org/10.1556/9789634546979>
- PERROUD, N. et al.: Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder, *Psychiatry Research*, vol. 7, 2017/6, 334–341.
- PÉTER Á.: *Neurológia neuropszichológia*, Budapest, Tankönyvkiadó, 1989.
- PINEDA-ALHUCEMA, W. et al.: Executive Function and Theory of Mind in Children with ADHD: a Systematic Review, *Neuropsychology Review*, vol. 28, 2018/3, 341–358.
- POLANCZYK et al.: The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis, *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, 2007/6, 942–948.
- RACSMÁNY M. – LUKÁCS Á. – NÉMETH D. – PLÉH Cs.: A verbális munkamemória magyar nyelvű vizsgálóeljárásai, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 60. évf., 2005/4, 479–506.
- REGALLA, M. A.: Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study, *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 37, 2015/3, 157–160.
- REINHARDT M.: *Mentális egészség és tünetképzés összefüggései a családi működéssel serdülőknél*, doktori értekezés, Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, 2013. https://ppk.elte.hu/file/reinhardt_melinda_dissz.pdf
- RUTTER, M.: Resilience as a dynamic concept, *Development and Psychopathology*, vol. 24, 2012/2, 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>

- RUTTER, M.: Resilience: Causal Pathways and Social Ecology, in M. Ungar (ed.): *The Social Ecology of Resilience*, s. l., Springer, 2011.
- SADEH, A. – MINDELL, J. A. – LUEDTKE, K. – WIEGAND, B.: Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study, *Journal of Sleep Research*, vol. 18, 2009/1, 60–73. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x>
- SCOTT, N. et al.: Sleep patterns in children with ADHD: a population-based cohort study from birth to 11 years, *Journal of Sleep Research*, vol. 22, 2013/2, 121–128.
- SENIOR, C. J. et al.: The effects of a resilience-based group intervention for youth with ADHD, *Journal of Child and Adolescent Counseling*, vol. 3, 2020/6, 200–214. <https://doi.org/10.1080/23727810.2020.1719353>
- SOFI Gy.: A gyermek- és serdülőkorú figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD) okozta nemzetgazdasági problémák és azok lehetséges kezelése, *IME – Egészségügyi vezetőik szaklapja*, XXI. évf., 2022/1, 41–47.
- STEBBINS, G. T.: Trail Making Test, in C. G. Goetz (ed.): *Textbook of Clinical Neurology*, Saunders, 2007. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-3618-0.X1000-4>
- SZOKOLSZKY Á. – V. KOMLÓSI A.: A „reziliencia-gondolkodás” fel-emelkedése–ökológiai és pszichológiai megközelítések, *Alkalmazott Pszichológia*, 15. évf., 2015/1, 11–26. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.11>
- THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (ed.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, DSM-III*, Washington, American Psychiatric Association, 1980. <https://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>
- TIFFIN, P. A. – KAPLAN, C. – PLACE, M.: Brief report: development of the family perceptions scale; a novel instrument for evaluating subjective functioning in the families of adolescents, *Journal of Adolescence*, vol. 34, 2011/3, 593–597. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.03.001>

- TSAI, M-H. – HSU, J-F. – HUANG, Y-S.: Sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Current status of knowledge and appropriate management, *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, 2016/8, 76. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0711-4>.
- TURNBULL, K. – REID, J. – MORTON, G. J.: Behavioral Sleep Problems and their Potential Impact on Developing Executive Function in Children, *Sleep*, vol. 36, 2013/7, 1077–1084.
- UÇAR, H. N. – ERAY, Ş. – VURAL, A. P. – KOCAEL, Ö.: Perceived family climate and self-esteem in adolescents with ADHD: A study with a control group, *Journal of Attention Disorders*, vol. 24, 2017/8, 1132–1140. <https://doi.org/10.1177/1087054717696772>
- Új kihívások előtt a hazai pszichiátria, *Pharminindex online*, 2017. <https://www.pharminindex-online.hu/uj-kihivasok-elott-a-hazai-pszichiatria>
- VARGA K.: A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66. évf., 2011/3, 507–532.
- WASSENBERG, R.: Relation between cognitive and motor performance in 5- to 6-year-old children: results from a large-scale cross-sectional study, *Child Development*, vol. 76, 2007/5, 1092–1103.
- WATEMBERG, N. – WAISERBERG, N. – ZUK, L. – LERMAN-SAGIE: Developmental coordination disorder in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and physical therapy intervention, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 49, 2007/12, 920–925. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00920.x>
- WEISS, M. D. et al.: New research on the complex interaction of sleep and ADHD, *Current Sleep Medicine Reports*, vol. 1, 2015/2, 114–121.
- WENDER, P. H.: *A hiperaktív gyermek, serdülő és felnőtt*, ford. Kiss Péter, Budapest, Medicina, 1993.
- WILMSHURST, L. – PEELE, M. – WILMSHURST, L.: Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, vol. 15, 2011/1, 11–17. <https://doi.org/10.1177/1087054709347261>

A SOROZATBAN EDDIG MEGJELENT



MONOGRÁFIA

Lovász Irén: *Szagrális kommunikáció*

Galsi Árpád: *Jakab, az Úr testvére*

Pap Ferenc: *Templom mint teológia. Kulcsok az Ezékiel 40-48. értelmezéséhez*

Tóth Sára: *A képzelet másik oldala.*

Irodalom és vallás Northrop Frye munkásságában

Tari János: *A néprajzi és az antropológiai filmkészítés.*

Történeti, elméleti és gyakorlati példák

Buda Béla: *Empátia. A beleélés lélektana*

Németh Dávid: *Pasztorálantropológia*

Szenczi Árpád: *Az ember természete – természetes(en) nevelés.*

A reformpedagógia egy lehetséges reformja

Váradai Ferenc: *Vázlatok az óvodai anyanyelvi-irodalmi nevelésről*

Semsey Viktória (szerk.): *Latin-Amerika 1750–1840.*

A gyarmati rendszer felbomlásától a független államok megalakulásáig

Bagdy Emőke: *Pszichofitness. Kacagás – kocogás – lazítás*

Balázs Siba: *Life Story and Christian Metanarration. The importance of the research results of narrative identity to practical theology*

Kocziszky Éva: *Antifilozófusok huszonöt időszerű kérdése a kereszténységhez*

Honti László: *Magyar nyelvtörténeti tanulmányok*

Szummer Csaba: *Freud, avagy a modernitás mítosza*

Kun Attila: *A munkajogi megfelelés ösztönzésének újszerű jogi eszközei*

Dr. Lenkeyné dr. Semsey Klára: *Életútinterjú*

Görözdí Zsolt: *Protestáns egyházértelmezés a reformáció századában a jelentősebb egyházi rendtartásokban*

Békési Sándor: *Sisi személyének teológiai portréja*

Török Emőke: *Munka és társadalom.*

A munka jelentésváltozásai a bér munkán innen és túl

Sepsi Enikő: *Pilinszky János mozdulatlan színháza*

Mallarmé, Simone Weil és Robert Wilson műveinek tükrében

Erdélyi Ildikó: *A lélek színháza. A pszichodráma és az önismeret útjai*

Szummer Csaba: *Pszichedelikumok és spiritualitás*

Papp Sándor: *Török szövetség – Habsburg kiegyezés.
A Bocskai-felkelés történetéhez*

Bolyki János: *Teológia a szószéken és a katedrán*

Balogh Eszter: *Túlélési stratégiák a magyar gazdaságban.
Esettanulmányok a 2000-es évek elejéről*

Falussy Lilla: *Trendek a kortárs olasz drámában*

Bekő István Márton: *Jézus csodáiról szóló elbeszélések Márk evangéliumában*

Kovai Melinda: *Lélektan és politika. Pszichotudományok a magyarországi államszocializmusban 1945–1970*

Spannraft Marcellina: *Költészet és szakralitás*

Németh István: *Műtárgyak a boncteremben. Tanulmányok az orvoslás és a képzőművészet tárgyköréből*

Homicskó Árpád Olivér: *A magyar társadalombiztosítási és szociális ellátások rendszere*

Fabiny Tibor: *Az eljövendő árnyékai. A figurális tipológiai olvasás*

Szetey Szabolcs: *Adatok a magyar református prédikációs gyakorlat újraértékeléséhez 1784–1878 között*

Balogh Tamás: *Huizinga Noster.*

Filológiai tanulmányok J. Huizinga magyar recepciójáról

Dávid Gyula: *Angol fogalmi idióma szótár.*

Angol idiómák és magyar megfelelőik

Beke Albert: *Gyulai Pál személyisége és esztétikája*

Németh Dávid: *Vallásdidaktika. A hit- és erkölcstan tanítása az 5–12. osztályban*

Sepsi Enikő: *Kép, jelenlét, kenózis a kortárs francia költészetben és Valère Novarina színházában*

Papp Ágnes Klára: *A tér poétikája – a poétika tere. A századfordulós kisvárostól az ezredfordulós terekig a magyar irodalomban*

Lányi Gábor János: *A kálvinizmus nyitánya. Berni zwingliánusok és francia-svájci kálvinisták vitája az egyházfegyelem gyakorlásáról*

Kovács Dávid: *Nemzetfelfogás és történelemszemlélet a 20. századi Magyarországon*

Pap Ferenc: *Az egyházi év*

Farkas Ildikó: *A japán modernizáció ideológiája*

Horváth Csaba: *Megtalált szavak*

Csízy Katalin: *Az ideális vezető politikus alakja a görög-római hagyományban*

Siba Balázs: *Pasztorálteológia*

Indries Krisztián, Szummer Csaba: *Freud és a felkelő nap országa*

Bognárné Kocsis Judit: *A vallás mint forrás Karácsony Sándor nevelési koncepciójában*

Vető Miklós: *Jonathan Edwards gondolatvilága*

Kodácsy Tamás: *A homiletikai aptum. Hogyan lesz a szószéki beszédből igehirdetés?*

Brandt Györgyi: *A hungarológia intézményrendszerének létrehozása. Gragger Róbert a berlini egyetemen*

Simon Gabriella: *A mentorálás elmélete és gyakorlata. A mentori kompetenciák attitűdelemei és a kezdő pedagógusok mentormodellek szerinti támogatása*

Legény Kristóf: *A természettudományos és a teológiai megismerés modelljei*

Siba Balázs: *Pasztorálteológia* (Második, javított kiadás)

Szabados Ádám: *Az apostolok hagyománya*

Lukács Olga: *Az erdélyi egyházak ezeréves együttélésének szinopszisa*

Literáty Zoltán: *Homiletika és retorika*

Toókos Péter János: *A III. szibillakönyv. Irodalmi és teológiai bevezetés*

Borsi Attila János: *Elhívástól kihívásig. Vázlatok az egyház és a keresztyén gondolkodás megértéséhez*

Szalma József: *A biztosítási szerződés. A biztosítói kárfelelősség az európai és a magyar magánjogban*

Kövi Zsuzsanna: *Az alternatív ötfaktoros személyiségmodell és a személyiségklaszterek*

Nemeshegyi Péter SJ: *A kelet-ázsiai vallások története*

Bethlenfalvy Ádám: *Dráma a tanteremben. Történetek cselekvő feldolgozása*

Sólyom Réka: *Szaknyelvi szemantika. Funkcionális kognitív elemzések*

Dér Csilla Ilona: *Diskurzusjelölők és társulásaik a magyar nyelvben*

Csontos Nóra: *Szakszöveg-típológia. Szakszövegtípusok vizsgálata társas-kognitív keretben*

Visky András: *Mire való a színház? Útban a theatrum theologicum felé*

Kovács Dóra: *Az empátia tudománya és művészete*

Korpics Márta: *A késő modern vallásosság közösségi mintázatai*

Fóris Ágota: *Fordítás és terminológia. Elmélet és gyakorlat*

Gálffy László: *Anjou és grófjai. A politikai területformálódás útjai és sajátosságai Franciaországban (9–13. század)*

Szabados Ádám: *Az apostolok hagyománya* (Második, javított kiadás)

Csűrös András: *Református egyházi élet a Tanácsköztársaság idején. A magyar reformátusság egy válságos korszakban*

Nagy József: *Élet és halál, örök élet és örök halál a Jelenések könyvében*

Boros Gábor: *Georg Misch és az önéletírás*

Karasszon István: *Az ószövetségi teológia üzenete*

Birher Nándor: *Értékalapú (köz)igazgatás*

Jakab Éva: *Állam és demokrácia: törvényhozás és törvénykezés az ókori Athénban*

Nagy József: *Élet és halál, örök élet és örök halál a Jelenések könyvében*

Bölcskei Andrea: *Az egyház mint egykori birtokos a magyar helynevekben*

Szontagh Pál: *Miért (nem) leszek pedagógus? Hivatás- és pályamotiváció a Kárpát-medencei pedagógusjelöltek körében*

Mészáros László: *Az ókori Európa nevelésügye*

László Emőke: *Kiválasztás Krisztusban*

Szűcs Ferenc: *Az imago Dei értelmezése a barthi és a Barth utáni teológiában*

Németh László: *Vidéki ellenségek a Szabad Népből*

Frazer-Imregh Monika: *Életmód, asztrológia és mágia a reneszánszban*

Schmidt Ildikó: *A sikeres iskolai inklúzió tényezői*

G. Komoróczy Emőke: *Földbolygó szívmagasságban*

Váradi Ferenc: *Krúdy keresése*

Szalma József: *A kárfelelősség alapelvei*

Prontvai Vera: *Költészet és szakralitás a kortárs magyar színházban*

Nádor Orsolya: *A kelet-közép-európai nyelvi térség*

Kustár György: *Követhető-e Jézus?*

Beretzky Ágnes: *A nemzeteszme brit szemmel*

Szummer Csaba: *Spontán értelemképződés módosult tudatállapotban*

Csontos Nóra: *Az idézés működése a magyar nyelvben*

Rác Edit: *Nyelvkönyvek nevelési potenciálja*

Bene Sándor: *Egy reneszánsz magyar író: Andreas Pannonius*

Heltai Pál: *Bevezetés a fordítástudományba – Posztgraduális szakfordítói képzések számára*

Sitku Tibor: *A fowleri hitfejlődés-elmélet értékelése és alkalmazási területei*

Kovács Enikő Hajnalka: *Egyéni panaszénekek a Zsoltárok könyvében*

Péntek Dániel Gábor: *Kiáltás a mélységből*

P. Márkus Katalin: *Kéziszótárak az ezredfordulón*

Váradi Ferenc: *Gyermekek központú médiaismeret*

Balogh Dávid: *A lekcio a magyar református istentiszteleti gyakorlatban*

Kiss Gabriella: *A tette kész néző*

Kövesdi Andrea, Soltész-Várhelyi Klára: *A fa mint szimbólum*
– *Kódkönyv a „Négy fa”- teszt leíró jegyeinek méréséhez*

Sarnyai Csaba Máté: *Keresztútjában – Az erdélyi római*
katolikus autonómia felszámolása (1918–1932)

Bölcskei Andrea: *Korai keletkezésű helynevek a Brit-szigeteken*

Smohay Máté: *Paradigmaváltás a hatásvizsgálatokban –*
Bevezetés az egyénfókuszú kísérleti módszercsaládba

L'Harmattan France
5-7 Rue de l'École Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20
Email: diffusion.harmattan@wanadoo.fr

L'Harmattan Italia SRL
Via Degli Artisti 15
10124 Torino
Tél: (39) 011 817 13 88 / (39) 348 39 89 198
Email: harmattan.italia@agora.it

Nyomdai előkészítés: Károli Könyvműhely
Szakmai koordinátor: Gáspár Katalin
Műszaki szerkesztő: Kardos Gábor
Borító: Kára László

Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft.
Felelős vezető: Tomcsányi Péter